

REGIONE DEL VENETO



**AZIENDA
Z E R O**



**Piano Integrato di Attività e Organizzazione
(PIAO)
(Aggiornamento)
AZIENDA ZERO
2023-2025**

Padova, 31 marzo 2023

Sommario:

Premessa

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

- 1.1 Generalità sull'Azienda Zero
- 1.2 La Missione e la Visione aziendale
- 1.3 I principi
- 1.4 Verso l'adozione del nuovo Atto aziendale
- 1.5 Le risorse economico-finanziarie aziendali
- 1.6 L'Azienda in sintesi

Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

Introduzione

- 2.1. Trasversalità degli obiettivi
- 2.2. Il Valore Pubblico in Azienda Zero
 - 2.1.1 Azienda Zero e l'impatto ambientale
 - 2.1.2 Il processo della dematerializzazione
 - 2.1.3 Il benessere organizzativo in Azienda la valutazione della qualità delle cure
 - 2.1.4 Azienda Zero e l'AGENDA DIGITALE
 - 2.1.5 Le Azioni future
 - 2.1.6 Le prossime sfide
 - 2.1.7 Il Sistema dei Controlli Interni aziendali: Linee di indirizzo
 - 2.1.8 La mappatura dei processi aziendali
 - 2.1.9 L'internal Audit e le prossime sfide

2.2 Sottosezione Performance

- 2.2.1 Il Piano della Performance 2022-2024
- 2.2.2 Le fonti della pianificazione
- 2.2.3. Le linee e gli obiettivi strategici
 - 2.2.3.1 Dalla pianificazione strategica alla performance organizzativa: la programmazione annuale
 - 2.2.3.2 Dalla performance organizzativa alla performance individuale
- 2.2.4 Trasversalità degli obiettivi
- 2.1.5 Le prossime sfide

2.3 Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza

- 2.3.1 Il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2023-2025
- 2.3.2 Gestione del Rischio
- 2.3.3 Misurazione di prevenzione alla Corruzione
- 2.3.4 PNRR
- 2.3.5 Trasparenza
- 2.3.6 Collegamento con Il Piano della Performance
- 2.3.7 Trasparenza e tutela della privacy

Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

- 3.1 Struttura organizzativa
- 3.2 Organizzazione del lavoro agile
 - 3.2.1 Le condizionalità e i fattori abilitanti
 - 3.2.1.1. Misure organizzative
 - 3.2.1.2. Piattaforme tecnologiche
 - 3.2.1.3. Competenze professionali
 - 3.2.2. Gli obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance
 - 3.2.3. I contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia
- 3.3. Piano Triennale dei fabbisogni di personale
 - 3.3.1. Principali fonti normative nazionali
 - 3.3.2. Principali fonti normative regionali e provvedimenti aziendali
 - 3.3.3. Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023-2025 e programmazione 2023
 - 3.3.3.1. Consistenza del personale di Azienda Zero, conferimento incarichi dirigenziali e incarichi di funzione
 - 3.3.3.2. Programmazione strategica delle Risorse Umane
 - 3.3.3.2.a Stime delle cessazioni 2023-2025
 - 3.3.3.2.b Strategie di copertura del fabbisogno 2023-2025
 - 3.3.3.2.c Strategie attrattive
- 3.4. Formazione del personale
- 3.5 Piano triennale di azioni positive 2023-2025
 - 3.5.1 Il Comitato Unico di Garanzia
 - 3.5.2 Piano Triennale Azioni Positive

Sezione 4: Monitoraggio

- 4.1 Monitoraggio ciclo di gestione delle performance
- 4.2 Monitoraggio trasparenza e anticorruzione

Allegato:
Elenco Obblighi di Pubblicazione

Premessa

Il DL. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021, introduce per tutte le amministrazioni pubbliche il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (in seguito PIAO). Il principio che guida la definizione del PIAO si riconosce nella volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso.

Il PIAO ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzando in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione a cui le amministrazioni devono ottemperare. Il principio che guida la stesura del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di governance. Il PIAO dovrà rappresentare una sorta di "testo unico" della programmazione, al fine di semplificare gli adempimenti a carico degli enti, adottando una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. La sua realizzazione rappresenterà la migliore modalità in seno ad ogni ente di conferire omogeneità e continuità ai diversi piani non finanziari, al fine di prevenire una ridondante stratificazione e disorganicità organizzativa.

Il PIAO deve assicurare una elevata trasparenza dell'attività amministrativa al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese procedendo alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012, realizzando una struttura snella e accessibile.

Il PIAO si inserisce tra le misure operative previste nel PNRR per accompagnare la riforma "orizzontale" della Pubblica Amministrazione ed ha un duplice obiettivo:

- integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
- orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Il PIAO è stato inteso come un documento di pianificazione con orizzonte temporale triennale a scorrimento annuale, la cui logica di stesura non è rigida ma vuole essere il più possibile flessibile (day-by-day), questo anche per potere "intercettare" gli eventuali cambiamenti che possono accadere. Un elemento chiave di questo nuovo approccio è la elasticità nel modificare (anche più volte) il documento durante il corso dell'anno.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 439 del 30.6.2022 Azienda Zero ha adottato la prima versione del PIAO, successivamente aggiornata mediante approvazione dell'addendum - DDG n.888 del 30/12/2022 - contenente l'elenco aggiornato degli obiettivi regionali per l'anno 2022, organizzati e rappresentati per linee strategiche in coerenza con il quadro deliberato dalla Giunta Regionale n. 759 del 21.06.2022.

Tabella di monitoraggio obiettivi inseriti nel PIAO 2022-2024:

Tipologia di Valore Pubblico	Obiettivo	Stakeholders	Tempi	Indicatore	Monitoraggio
Benessere economico aggregato	Bilancio consolidato	Sistema Sanitario Regionale	2022	Pareggio di Bilancio	
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	App informatica	Cittadino	2022 2024	Valutazione customer \geq 3	
Benessere in termini di sicurezza e lavoro	La messa in sicurezza dei lavoratori aziendali	Personale aziendale	2022	0 Infortuni sul lavoro	
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	Approvazione e del Piano di Audit Aziendale	Cittadino Azienda Zero	2022	Compimento di almeno 75% delle attività previste	
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	Portale Screening	Cittadino	2022 2024	Valutazione customer \geq 3	

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 Generalità sull'Azienda Zero

L'Azienda per il Governo della Sanità della Regione Veneto – Azienda Zero è stata istituita con la L.R. n. 19 del 25 ottobre 2016 e rappresenta l'ente di governance della Sanità Regionale Veneta.

Gli organi di Azienda Zero sono:

- ✓ il Direttore Generale;
- ✓ il Collegio Sindacale;
- ✓ il Collegio di Direzione.

L'Azienda Zero è un ente del Servizio Sanitario Regionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, con autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. La sede aziendale, individuata dalla Giunta regionale, è ubicata in Passaggio Luigi Gaudenzio n. 1, a Padova. Oltre a quest'ultima sono attive altre due sedi fisiche, in via J. Avanzo e via U. Foscolo sempre all'interno della città di Padova.

1.2 La Missione e la Visione aziendale

La missione aziendale consiste nel garantire il miglioramento continuo delle performance cliniche, assistenziali, socio-sanitarie ed economico-finanziarie del SSR, mediante:

– l'accentramento di attività tecnico-specialistiche, svolte a beneficio delle Aziende ed Enti del SSR ed individuate dai provvedimenti regionali, secondo standard quali-quantitativi definiti:

- a) dalla Giunta regionale, con riferimento alle funzioni da essa delegate;
- b) dal Comitato dei Direttori Generali di cui all'art.3 della L.R. 19/2016, con riferimento alle funzioni trasferite dalle Aziende Sanitarie;

– la messa a disposizione di risorse organizzative, strumentali, professionali, tecnologiche per le funzioni a supporto della programmazione regionale (L.R. 19/2016, art.1, c.2).

La visione aziendale consiste nel produrre valore aggiunto per i servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico-amministrativi dell'intero SSR tale per cui il sistema di obiettivi e la valutazione delle performance organizzative, sono strettamente correlati ai risultati dell'intero sistema. Tale risultato è assicurato mediante un assetto organizzativo che valorizza le competenze tecnico – specialistiche dei singoli dirigenti e collaboratori, garantendo nel contempo la riconduzione delle stesse su processi ed attività strumentali ai processi di programmazione regionali.

1.3 I principi

L'attività di Azienda Zero nel perseguimento della missione aziendale deve avere come costante riferimento i seguenti principi:

- a) adeguatezza, qualità ed efficacia delle prestazioni offerte, relativamente alle funzioni attribuite, in risposta ai fabbisogni evidenziati dalle Aziende ed enti del SSR;
- b) verifica costante dei risultati raggiunti e miglioramento permanente degli standard qualitativi;
- c) trasparenza, sia nell'ambito dei processi decisionali aziendali, che nell'erogazione dei servizi. A tal fine primaria importanza viene attribuita all'informazione ed alla comunicazione tra Azienda Zero e aziende ed enti del SSR;
- d) integrazione delle attività e delle politiche con le altre realtà locali per un sempre più efficace perseguimento degli obiettivi;
- e) semplificazione dei procedimenti amministrativi di competenza;
- f) assunzione del sistema budgetario come metodologia per la gestione nel rispetto dei principi di programmazione e controllo;
- g) valorizzazione delle risorse professionali, mediante la formazione e l'aggiornamento del personale;
- h) responsabilizzazione e coinvolgimento del personale a tutti i livelli, ciascuno per la propria professionalità.

1.4 Verso l'adozione del nuovo Atto aziendale

L'organizzazione di Azienda Zero in ragione delle nuove esigenze emerse nel corso degli ultimi anni – anche in considerazione del periodo emergenziale e pandemico trascorso – deve consolidare e rendere ancora più specializzata l'attività di natura gestionale svolta dalle strutture organizzative aziendali consentendo così il pieno esercizio delle funzioni di programmazione in capo alla Regione e l'esecuzione di attività gestionali tecnico-specialistiche in capo ad Azienda Zero.

In questo contesto, sono state individuate le modalità organizzative e i meccanismi operativi per sviluppare ulteriormente il contributo degli specialisti di settore di Azienda Zero nelle attività trasversali di supporto alla programmazione regionale coordinata dai responsabili dell'Area Sanità e Sociale.

Per raggiungere i predetti obiettivi, l'Azienda ha previsto l'adozione di un modello organizzativo matriciale, con l'istituzione di appositi Coordinamenti regionali la cui attivazione avverrà secondo un cronoprogramma condiviso tra il Direttore Generale dell'Area sanità e sociale ed il Direttore Generale di Azienda Zero. Conseguentemente a questo, l'Atto Aziendale potrà subire modifiche ed aggiornamenti a seguito dell'avvio della loro attività.

Si evidenzia, che l'organizzazione prevista nel nuovo Atto Aziendale differisce sensibilmente da quello attualmente in vigore sia per le attività sia per la configurazione delle strutture aziendali previste. In considerazione di tale aspetto, le funzioni saranno rese operative progressivamente alla definizione dei nuovi incarichi di responsabilità (UOC, UOS e Coordinamenti).

L'azienda provvederà a rendere "pienamente operativo" il nuovo atto aziendale non appena sarà acquisito il parere favorevole della Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

1.5 Le risorse economico-finanziarie aziendali

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 865 del 28.12.2022 è stato adottato il Bilancio Economico Preventivo per l'anno 2023 (BEP). Come previsto dalla normativa specifica (D. Lgs. 118/2011), al conto economico previsionale è allegato un piano triennale di investimento.

Il BEP è stato redatto in aderenza alle indicazioni regionali ricevute con la nota prot. 555044 del 1.12.2022 "Bilancio Economico Preventivo 2023 (artt. 25 e 32 D. Lgs. 118/2011)", e quindi con il quadro economico e finanziario in esse contenuto.

Le risorse del Fondo sanitario regionale che transitano patrimonialmente, ed in parte anche economicamente, in Azienda Zero sono finalizzate a coprire quattro differenti tipologie di attività, come illustrato nello schema seguente:

- i trasferimenti alle Aziende sanitarie, vale a dire tutte le operazioni patrimoniali (credito e debito) relative ai trasferimenti da Regione ad Azienda Zero e, da questa, alle Aziende ed altri Enti del SSR;
- il contributo ad Azienda Zero per le proprie spese di funzionamento (personale, forniture, tecnologia, gestione immobili);
- il contributo ad Azienda Zero a ristoro dei costi delle attività centralizzate, a beneficio delle aziende sanitarie (come ad esempio la plasmaderivazione e il telesoccorso);
- i trasferimenti alle Aziende ed Enti del SSSR (a titolo indistinto o vincolato) ovvero ad altri soggetti pubblici e privati, su progetti ed attività disposti dalla Giunta regionale.

Sul versante dell'utilizzo delle risorse finanziarie, è opportuno distinguere le attività di funzionamento e quelle centralizzate a beneficio delle Aziende del SSR, rispetto a quelle gestite per conto regionale e finanziate mediante specifiche risorse.

Lo schema che segue, ed il relativo grafico, evidenziano i costi - preventivati per il 2023¹ - per il funzionamento di Azienda Zero, per la gestione centralizzata di attività per conto delle Aziende ed Enti del SSR e per l'emergenza da Covid.

¹ Il BEP 2023 è stato adottato ed è in attesa di approvazione da parte della Giunta



	MLN DI EURO			
	Costi 2023 (bep)	Incidenza %	di cui costi di funzionamento e in gestione c/terzi (inclusa DPC)	di cui costi per gestione emergenza Covid
Acquisti di beni	215,3	34,29%	211,9	3,5
Acquisti di servizi sanitari	156,9	24,99%	17,6	0,0
Acquisti di servizi non sanitari	99,5	15,85%	65,7	6,2
Costi del personale	18,8	2,99%	18,8	0,0
Accantonamenti	78,1	12,44%	0,9	0,0
Altre voci di costo	59,3	9,44%	8,4	50,9
Tot costi della produzione	627,9	100,00%	323,3	60,6

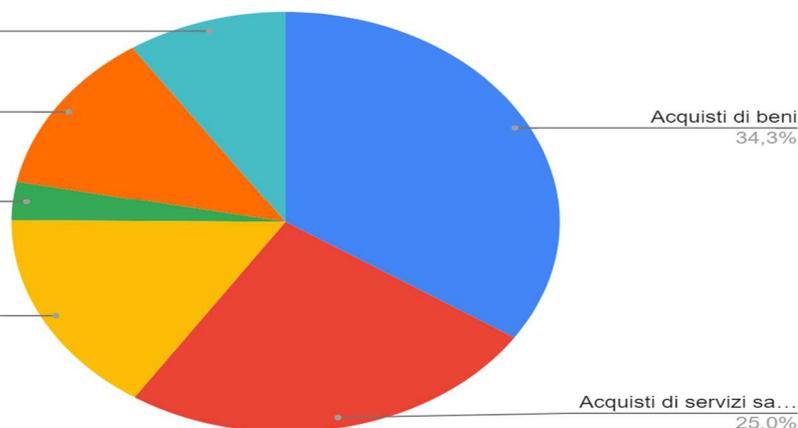
Incidenza %

Altre voci di costo
9,4%

Accantonamenti
12,4%

Costi del personale
3,0%

Acquisti di servizi no...
15,9%



L'acquisto di beni è quasi interamente riconducibile alla gestione interna di Azienda Zero e alla gestione c/terzi (DPC). La parte covid per i beni è residuale rispetto al triennio 2020-2022. Il costo del personale è sostenuto interamente per processi interni di Azienda Zero.

Gli acquisti di servizi, sanitari e non, si riferiscono sia a forniture finalizzate a processi interni ad Azienda Zero che forniture gestite per conto regionale (telesoccorso, plasmaderivazione sul fronte sanitario; informatica e polizza RCT sul fronte non sanitario). I necessari dettagli possono essere rinvenuti nella documentazione di bilancio economico previsionale.

Per quanto concerne gli investimenti, la programmazione aziendale presenta i seguenti valori complessivi con riferimento all'intero triennio (2023-2025):

- ✓ 2023: euro 74,5 milioni;
- ✓ 2024: euro 42,1 milioni;
- ✓ 2025: euro 15,2 milioni.

1.5 L'Azienda in sintesi:

Denominazione Ente	Azienda Zero
Direzione Strategica	Dott. Roberto Toniolo - Direttore Generale
	Dott.ssa Laura Moretti - Direttore Amministrativo
	Dott.ssa Monica - Troiani Direttore Sanitario
Sedi	Passaggio Luigi Gaudenzio,1 - 35131 Padova
	Via Jacopo d'Avanzo 35 – 35132 - Padova
	Via Ugo Foscolo - 35131 Padova
Sito Internet Istituzionale	https://www.azero.veneto.it
Responsabile per la Transizione al digitale (RTD)	Ing. Luca Giobelli
Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)	LTA s.r.l. - Dott. Luigi Recupero
Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT)	avv. Giacomo Vigato
Telefono	049 8778173
Email Pec	protocollo.azero@pecveneto.it
Partita Iva / Codice Fiscale	05018720283
Codice Univoco Ufficio	UF2ZJD

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Introduzione

In una logica di pianificazione integrata e al fine di superare la molteplicità e la frammentazione degli strumenti di programmazione progressivamente introdotti nelle diverse fasi dell'evoluzione normativa, pensiamo che il PIAO, possa e debba, rappresentare un'opportunità di miglioramento e di semplificazione delle decisioni programmatiche per l'ente. La prospettiva è quella di adottare una logica di pianificazione integrata e organica, che permette di offrire una visione complessiva di tutti gli elementi che costituiscono l'impianto programmatico dell'ente, assicurandone la sinergia, l'allineamento e la coerenza reciproca.

Le logiche del passato, dove la Pubblica Amministrazione veniva rappresentata come una organizzazione a canne d'organo e a silos, caratterizzata da forme organizzative "frammentate", spesso autoreferenziali e impenetrabili, non appaiono oggi più funzionali alla generazione di Valore Pubblico. L'evoluzione del quadro normativo promuove il cambiamento in direzione dell'organizzazione per "processi". Adottando una organizzazione per processi, si realizza il graduale trasferimento delle responsabilità "verso il basso", demandando via, via, la responsabilità a chi esegue ciascuna attività del processo. Così si avvantaggia anche la qualità del risultato ottenuto, insieme al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa. In questo modo diventa più facile creare "valore" per i diversi stakeholders.

Nello specifico Azienda Zero, da diverso tempo, ha istituito una funzione di Internal Audit Aziendale che svolge "un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance".

L'Azienda si è dotata di una propria mappatura dei processi, questo aspetto impatta sia nelle misure di contrasto alla corruzione, sia nell'individuazione dei contenuti del Piano di Internal Audit aziendale che nella costruzione del Piano della Performance; ciò detto, è interessante osservare che il concetto di processo sta progressivamente integrando (ma non sostituendo), un principio forte della cultura della Pubblica Amministrazione italiana, quello di "procedimento", tipico del diritto amministrativo.

Nella presente sezione vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione adottati da Azienda Zero. Inoltre si procede a dare rappresentazione dei "driver" per realizzare la piena accessibilità fisica e digitale, il corretto uso delle risorse disponibili, la semplificazione e la reingegnerizzazione delle procedure, la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa.

2.1 Trasversalità degli obiettivi

Le leve che guidano il processo di stesura del presente piano prevedono che il nucleo informativo iniziale sia costruito a partire dal livello della direzione strategica, la quale individua il “valore pubblico” aziendale: le linee pluriennali definite dagli organi di indirizzo si traducono in obiettivi strategici triennali, a scorrimento annuale, da cui si declinano gli obiettivi individuati annuali; a questo livello, sarà necessario prevedere e inserire le dimensioni del contrasto alla corruzione, della trasparenza e delle pari opportunità.

Questa logica fa sì che gli obiettivi contenuti nel presente documento derivino tanto dalla pianificazione in termini di performance, quanto dai piani e programmi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza, sviluppo del personale e sostenibilità e sviluppo dell’Agenda Digitale.

È importante sottolineare la trasversalità che caratterizza molti obiettivi, i quali concorrono al perseguimento di diverse finalità (un obiettivo può essere, in altri termini, volto contemporaneamente al miglioramento dell’efficienza, a una maggiore trasparenza e all’incremento della sostenibilità dell’Azienda).

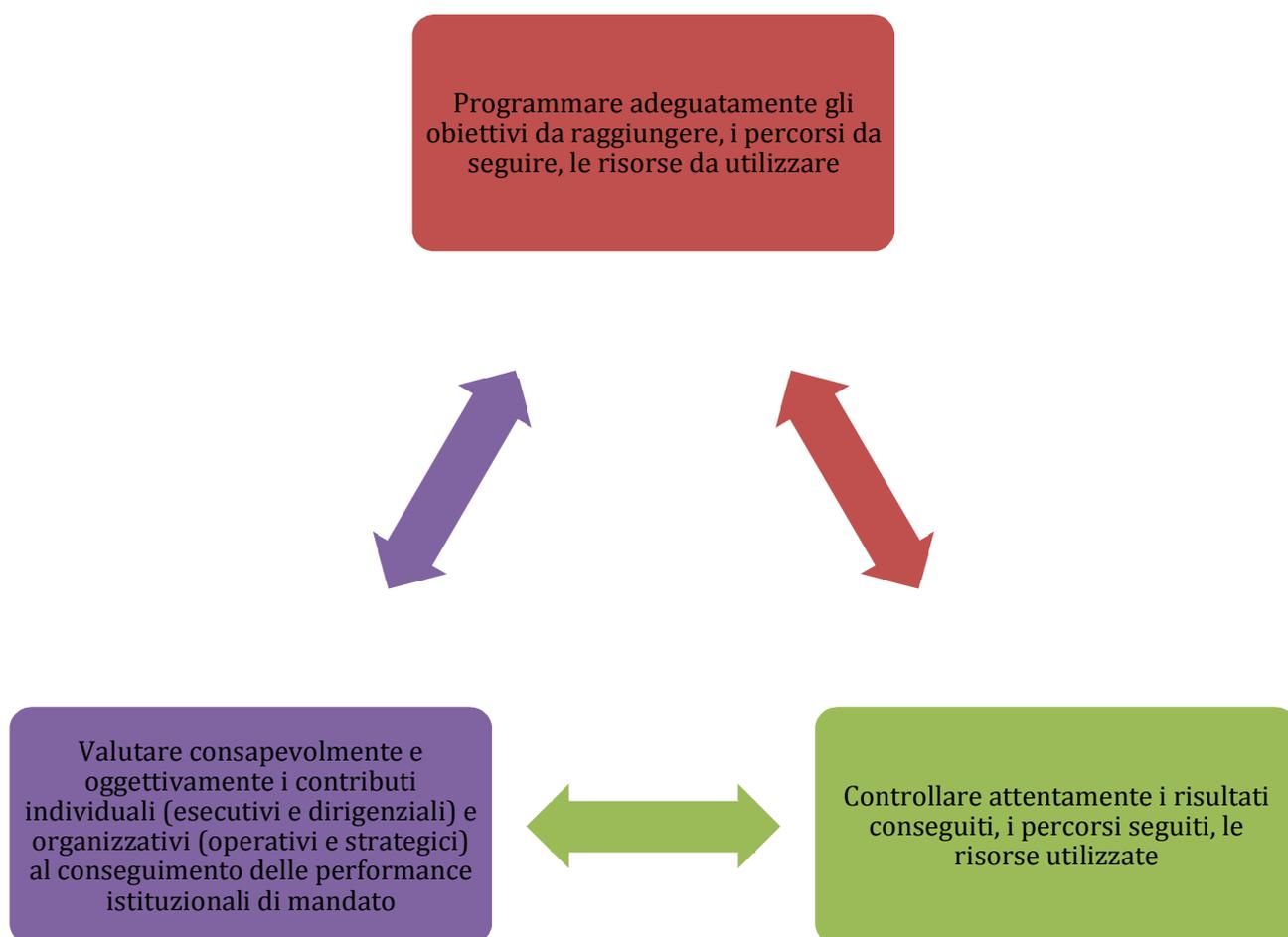
La trasversalità va anche intesa in una seconda accezione, che vede la condivisione di un obiettivo tra due o più strutture (con struttura capofila e altre strutture coinvolte).

Fattori comuni a tutti gli obiettivi trasversali sono:

- gli obiettivi trasversali non devono essere marginali tra gli obiettivi assegnati alle unità organizzative;
- deve essere indicato il responsabile principale;
- gli obiettivi trasversali devono coinvolgere un numero limitato di soggetti, allo scopo di evitare effetti di dispersione delle responsabilità.

2.2 Il Valore Pubblico in Azienda Zero

La generazione del Valore Pubblico aziendale non può essere il frutto di una circostanza fortunata, ma deve essere il risultato di un processo, governato e controllato da logiche di programmazione, controllo e valutazione, così rappresentabile:



Pertanto, affinché il concetto di valore non resti una mera dichiarazione di principio ma possa concretizzarsi in un processo operativo servono:

- ✓ programmazione;
- ✓ misurazione;
- ✓ valutazione.

Nello specifico si rappresenta il fatto che Azienda Zero, nel produrre il presente documento, definisce il concetto di valore pubblico, come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc..) che si viene a creare presso una collettività, frutto dall'azione integrata dei diversi soggetti pubblici che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc..) e intangibili (capacità organizzativa, capacità di ridurre i rischi

dovuti ad insufficienza trasparenza e fenomeni corruttivi). Definito questo, si precisa che il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento dell'impatto esterno, ma anche alle condizioni interne all'Azienda.

L'attività aziendale, anche nell'ottica di quanto sopra descritto, si traduce in una serie di politiche che mirano tra le altre cose, alla creazione di Valore Pubblico (outcome/impatti), rappresentabili come segue:

- 1) Benessere economico aggregato;
- 2) Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione;
- 3) Benessere in termini di sicurezza e lavoro.

La tabella sotto riportata, indica alcuni obiettivi di Valore Pubblico che l'azienda intende perseguire nel biennio 2023-2025:

Tipologia di Valore Pubblico	Obiettivo	Stakeholders	Tempi	Indicatore
Benessere economico aggregato	Bilancio consolidato	Sistema Sanitario Regionale	2023	Pareggio di Bilancio
Benessere in termini di sicurezza e lavoro	La messa in sicurezza dei lavoratori aziendali	Personale aziendale	2023	0 Infortuni sul lavoro
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	Approvazione del Piano di Audit Aziendale	Cittadino Azienda Zero	2023	Compimento di almeno 75% delle attività previste
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	Digitalizzazione del sistema sanitario	Cittadino	2022 2024	Approvazione modello
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	Portale Screening	Cittadino	2022 2024	Valutazione customer ≥ 3
Benessere in termini di qualità dei servizi e di innovazione	Buone pratiche in materia di antiriciclaggio	Personale aziendale	2023	Incontro formativo

2.1.1 Azienda Zero e l'impatto ambientale

Azienda Zero, seppur operi in un settore a basso impatto ambientale, è impegnata nel monitoraggio e nella riduzione degli impatti che le proprie attività generano al fine di contribuire alla tutela dell'ambiente. La strategia da intraprendere è quella della regola delle 3R (Riduci, Riutilizza, Ricicla).

Azienda Zero vuole attivare concrete azioni atte a ridurre il fabbisogno di materie prime e servizi, a riutilizzare i beni acquisiti e ad avviare al riciclo ciò che non è più utilizzabile. Le principali iniziative per una corretta ed efficace gestione ambientale impatteranno sui seguenti ambiti:

- acquisto di prodotti e servizi a ridotto impatto ambientale;
- gestione dei consumi energetici;
- gestione dei rifiuti e della raccolta differenziata per corretto riciclo della carta (attività in progress);

A tendere l'Azienda vuole sensibilizzare i propri dipendenti al risparmio energetico e alla raccolta differenziata dei rifiuti, alla riduzione del consumo di plastica (in linea con i principi della Campagna "Plastic Free") e, più in generale, a un uso più consapevole delle risorse, con attività di comunicazione, informazione e formazione sui rischi per l'ambiente e la salute, suggerendo la scelta di materiali e prodotti alternativi.

2.1.2 Il processo della dematerializzazione

Azienda Zero, in linea con gli obiettivi generali individuati dal Codice per l'Amministrazione Digitale (CAD) previsto dal Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 - successivamente modificato ed integrato dal Decreto Legge n. 76/2020 convertito in Legge n. 120/2020 - ha avviato da tempo un processo finalizzato a sostituire il documento informatico alla carta.

Nel corso del 2022 è stato completato l'introduzione di una nuova piattaforma aziendale per la gestione del protocollo, denominato Babel, che permette la gestione dell'archivio digitale e la gestione documentale corrente, individuando i processi che veicolano la maggior quantità di documenti cartacei, individuando le opportunità di reingegnerizzazione in chiave digitale e, di conseguenza, riducendo la quota di documenti non informatici.

Attenzione però che la dematerializzazione della documentazione, non può limitarsi alla sola sostituzione del documento cartaceo con il documento informatico, ma è opportuno prevedere la strutturazione del documento informatico. Infatti, la riprogettazione dei processi può accompagnarsi anche a una riprogettazione dei documenti per favorire l'introduzione di sistemi automatici di gestione delle informazioni con tutto vantaggio per l'efficienza e la rapidità dell'azione amministrativa e la trasparenza, quindi, con la creazione di valore pubblico. A partire dal 2023, quindi, a valle dell'analisi condotta sui flussi documentali cartacei e in sinergia con la reingegnerizzazione dei processi operativi, verranno individuati i primi processi sui quali sperimentare la strutturazione del documento informatico, mettendo a punto un modello per una effettiva e completa dematerializzazione

2.1.3 Il benessere organizzativo in Azienda e la valutazione della qualità delle cure

“La tua voce per una sanità migliore” è lo slogan della campagna di comunicazione di qualità percepita per pazienti e professionisti del sistema sanitario regionale. Racchiude un insieme di progetti che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema.

La Regione Veneto, con DGR n. 49/2022, ha dato l'avvio al "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)"; allo scopo di promuovere ed implementare la valutazione dei servizi sanitari regionali tenendo conto di più punti di vista, integrando la qualità dell'assistenza erogata con quella percepita.

Per garantire piena efficacia ed efficienza, la DGR n. 49/2022 ha previsto l'istituzione di un Gruppo Tecnico permanente di supporto presso Azienda Zero, con particolare riferimento all'attuazione delle progettualità:

- **PREMs (Patient-Reported Experience Measures):** rilevare, attraverso monitoraggio continuativo, l'esperienza del servizio di ricovero ospedaliero ordinario.
- **PROMs (Patient-Reported Outcomes Measures):** misure di esito riportate dalle pazienti affette da tumore maligno della mammella, al fine di raccogliere valutazioni complementari sugli outcome di soddisfazione e benessere percepito durante il percorso assistenziale in fase acuta e post-ricovero.
- **PaRIS (Patient-Reported Indicator Survey):** indagine promossa dall'OCSE sull'esperienza e gli esiti dei pazienti cronici rispetto all'assistenza territoriale per migliorare la qualità dei servizi offerti.
- **Indagine di Clima Organizzativo:** indagine effettuata all'interno delle Aziende del SSR con lo scopo di analizzare il clima all'interno di una realtà organizzativa, per far emergere eventuali problematiche e/o criticità organizzative interne da sottoporre all'attenzione dei vertici regionali ed aziendali.

Azienda Zero, con la collaborazione del Laboratorio MeS (Management e sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha il ruolo di supportare le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto nel mettere a punto questi sistemi di ascolto, che siano in grado di intercettare la “voce” degli interlocutori nei diversi modi in cui si può esprimere, utilizzando strumenti e modalità di rilevazione diversificati ed integrati fra loro.

Tutte le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto sono coinvolte e prenderanno progressivamente parte alle indagini sopra descritte secondo le proprie peculiarità. In quest'ambito Azienda Zero partecipa attivamente all'indagine di clima organizzativo per conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo.

2.1.4 Azienda Zero e l'AGENDA DIGITALE

Introduzione

Il panorama socio-sanitario regionale è composto da un ecosistema in rapida evoluzione che richiede costanti azioni strategiche al fine di completare il processo di convergenza informativa delle Aziende sanitarie/distretti e lo sviluppo di ulteriori soluzioni innovative.

La situazione pandemica ha evidenziato come il nostro sistema regionale debba continuare ad investire per sfruttare appieno le potenzialità del digitale per rispondere ai bisogni, vecchi e nuovi, di salute del cittadino; nello specifico:

- a) monitorando situazioni croniche o emergenziali;
- b) prevedendo l'evoluzione dello stato di salute della popolazione;
- c) intervenendo in modo puntuale mettendo a sistema pazienti, caregiver e sistema sanitario nel suo complesso.

Il continuo sviluppo del Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico regionale resta al centro del progetto complessivo della Sanità Digitale della Regione Veneto. L'evoluzione tecnologica e digitale ha infatti determinato per il settore socio sanitario la necessità di riuscire a:

- a) governare, utilizzare e restituire un patrimonio informativo sempre più esteso ed articolato;
- b) relazionarsi con il paziente-cittadino attraverso molteplici canali;
- c) erogare servizi di "prossimità" in grado di far sentire al paziente-cittadino la vicinanza del sistema socio-sanitario (intervenendo ad esempio con servizi di telemedicina o inviando una ricetta senza dover attendere in coda la consegna di una lettera presso lo studio medico) senza sovraccaricare l'utente con molteplici accessi ad applicazioni eterogenee.

2.1.5 Le Azioni future

Abbiamo visto come la pandemia è stato uno spartiacque per quanto concerne l'adozione di tecnologie digitali: cittadino e professionisti hanno imparato a conoscere situazioni note ma non facenti parte della propria vita quotidiana quali ad esempio la telemedicina, favorendo la creazione di nuovi servizi – anche con il coinvolgimento di start up e imprese innovative – che integrino i diversi ambiti.

Azienda Zero intende supportare, tale fenomeno di cambiamento, implementando le seguenti azioni:

- Volontariato digitale;
- Luoghi di sperimentazione digitale;
- Coprogettazione dei servizi;
- Ampliamento dell'ecosistema Sanità Km 0;
- Evoluzione del Sistema Informativo regionale;
- Digitale e Domiciliarità;
- Dati e Politiche Sanitarie Attive e Predittive;

2.1.6 Le prossime sfide

Azienda Zero partecipa alle sfide indicate nella Dgr n. 156 del 22 febbraio 2022:

- Verso una sanità digitale inclusiva:
C'è ancora un'ampia fascia di popolazione e di professionisti che ha bisogno di conoscere le potenzialità e le modalità di utilizzo del digitale in sanità: da quella anziana, che rimane la fascia con maggiori criticità di apprendimento digitale, ai care-giver – nei confronti dei quali è aumentato esponenzialmente l'offerta di tecnologie digitali a supporto delle attività di assistenza e cura - fino ai professionisti che sempre più debbono rendere coerenti i tempi e le modalità di intervento con un ecosistema digitale fatto di applicazioni, device e dati.
- Coprogettare la trasformazione digitale:
Molte soluzioni risultano ancora complesse dal punto di vista funzionale (interfaccia e usabilità delle applicazioni) ed operativo (è urgente snellire le procedure sulle quali si basano i servizi erogati digitalmente). Sebbene il numero dei cittadini coinvolti in iniziative di coprogettazione sia significativo, permane il bisogno di coinvolgere ulteriormente i professionisti della sanità nel processo di trasformazione digitale del sistema socio sanitario.
- Sperimentazione ed interoperabilità
E' necessario continuare la sperimentazione diffusa di soluzioni di telemedicina, con tutte le sue declinazioni (dal monitoraggio al consulto) e valutare l'interoperabilità delle tecnologie validate con gli strumenti appartenenti al sistema "Sanità Km0". Sono ancora poco note le potenzialità del "dato", nonché le modalità con le quali poter garantire un suo utilizzo etico e garante dei diritti del paziente.

2.1.7 Il Sistema dei Controlli Interni aziendali: Linee di indirizzo

Azienda Zero, adotta un Sistema dei Controlli Interni aziendale (SCI), definito come un processo continuo, integrato nel flusso di lavoro e implementato sia dalla dirigenza che dai dipendenti, al fine di rendere conto di come sono state svolte le attività a favore dei cittadini e di come sono state utilizzate le risorse messe a disposizione.

L'obiettivo specifico è quello di fornire adeguate garanzie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi

- operativi, finanziari e di conformità, attraverso:
 - la gestione e ottimizzazione dell'attività amministrativa allo scopo di promuovere un metodo di lavoro efficace ed efficiente, sicuro e il più possibile esente da errori;
 - affidabilità delle informazioni finanziarie e gestionali;
 - l'osservanza delle disposizioni di legge e amministrative;
 - un'adeguata garanzia che quanto "viene fatto" è conforme a quanto "doveva essere fatto";
 - interventi correttivi in un'ottica di continuo miglioramento.

Lo SCI aziendale vuole tendere al modello di Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO REPORT) - il modello riconosciuto a livello mondiale che riunisce diverse concezioni e definizioni del controllo interno in un unico approccio strategico - a questi

obiettivi corrispondono cinque componenti che si integrano nei processi e si influenzano a vicenda:

- ambiente di controllo;
- valutazione del rischio;
- attività di controllo;
- informazione e comunicazione;
- monitoraggio.

Di seguito si riporta una breve sintesi di ciascun componente:

L'ambiente di controllo, elemento fondamentale per lo SCI, plasma l'atteggiamento di fondo dell'organizzazione contribuendo a sensibilizzare i dipendenti in relazione all'attività di controllo. Elementi essenziali dell'ambiente di controllo sono: l'integrità personale e professionale e i valori etici della dirigenza e dei/delle dipendenti; la formulazione per iscritto e la comunicazione di competenze, compiti e responsabilità; la filosofia e lo stile dirigenziale; la politica organizzativa e formativa.

La valutazione del rischio è una procedura finalizzata all'identificazione, all'analisi e alla quantificazione dei rischi (in base alla probabilità di insorgenza e all'impatto del danno) – rischio di corruzione, di scarsa trasparenza, di inefficienza, di carenze organizzative, di scarsa qualità dei servizi, di mancata semplificazione delle procedure, di mancata riduzione dei costi, di inefficacia delle misure, ecc. – che potrebbero compromettere il raggiungimento degli obiettivi. Essa è quindi finalizzata all'individuazione di un'adeguata strategia di gestione del rischio. La valutazione del rischio svolge un ruolo chiave nella definizione di misure di controllo adeguate.

Le attività di controllo consistono nelle strategie, attività e procedure messe in atto al fine di gestire i rischi. Esse possono essere integrate in sistemi informatici o in processi manuali. Lo SCI distingue tra controlli automatici, manuali, preventivi e successivi. Per assicurarne l'efficacia, è necessario che le attività di controllo siano adeguate, ragionevoli, di costo contenuto (valutazione di costi e benefici), complete, pianificate e direttamente riferite agli obiettivi del controllo.

L'informazione e la comunicazione sono essenziali per l'attuazione degli obiettivi di controllo interno. I dipendenti devono conoscere i propri compiti e disporre di tutte le informazioni di cui hanno bisogno per svolgerli correttamente; la dirigenza deve disporre di informazioni pertinenti, affidabili e tempestive sui processi interni ed esterni. Una comunicazione efficace dovrebbe svolgersi in tutte le direzioni e a tutti i livelli.

L'obiettivo del monitoraggio dei controlli interni è quello di garantire che essi svolgano la funzione prevista e tengano adeguatamente conto delle mutate condizioni. Il monitoraggio del funzionamento e dell'aggiornamento dello SCI si concretizza in attività di routine, in valutazioni aggiuntive o in una combinazione di entrambe le cose



Rappresentazione grafica del modello SCI

Il controllo non può quindi essere lasciato solo al momento della misurazione finale dei risultati, ma deve essere svolto in modo sistematico e frequente lungo tutto l'iter dei processi, sia di quelli assistenziali sia di quelli tecnico-amministrativi, come ribadito nel PNA 2022 di recente emanazione.

2.1.8 La mappatura dei processi aziendali

Nell'ottica sopra descritta l'azienda ha definito una mappatura dei processi e delle procedure il cui obiettivo è quello di individuare e rilevare tutti i processi, strategici, gestionali e operativi, il cui impatto si produce sia a livello aziendale che a livello di sistema regionale.

La mappatura rappresenta uno strumento, chiaro, uniforme ed esaustivo, per l'esecuzione delle attività lavorative, per garantire omogeneità di comportamento da parte di tutte le unità operative aziendali, fornendo agli addetti tutte le necessarie informazioni, anche operative, per l'esecuzione delle attività.

La complessità delle attività, richiede necessariamente la definizione di procedure scritte e standardizzate che siano sempre tenute allineate con l'evoluzione delle normative e delle prassi. A tale fine Azienda Zero ha predisposto un ambiente aziendale condiviso in "Google Drive", dove ciascuna unità operativa carica la documentazione relativa ai processi di propria competenza (regolamenti, istruzioni operative, linee guida, manuali ...).

Una volta che il nuovo atto aziendale diverrà operativo, le diverse unità operative aziendali procederanno a rivedere/aggiornare il proprio documento di organizzazione aziendale interno

(DOR), dandone evidenza nel sito web aziendale secondo le indicazioni fornite.

2.1.9 L'internal Audit e le prossime sfide

Nel futuro prossimo l'azienda sarà chiamata ad un approfondito lavoro di monitoraggio e controllo in ambiti molto importanti e complessi, quali PNRR e Privacy. In tale contesto l'Internal Audit dovrà supportare la Direzione Generale nell'individuazione della vasta gamma di rischi specifici, sviluppando un'adeguata strategia di Audit e un Piano di Audit efficace, che aiuti la governance aziendale ad intercettare possibili ambiti di rischio.

In particolare, può contribuire ad assicurare la correttezza degli appalti e a proteggere da frodi, sprechi e abusi considerato l'ingente flusso di denaro che sarà messo in circolazione, avendo cura di diffondere e applicare il più possibile le "buone prassi", anche in materia di antiriciclaggio e lotta al terrorismo, cercando di operare in collaborazione con il RPTC aziendale al fine di diffondere il più possibile la "cultura del rischio" tra il personale aziendale.

In considerazione di quanto detto nel Piano di Audit per le annualità 2023-2025, che Azienda Zero si appresta a definire, verranno declinate le azioni al fine di perseguire gli obiettivi indicati.

2.2 SOTTOSEZIONE PERFORMANCE

2.2.1 Il Piano della Performance 2023-2025

Il piano della performance è un documento di programmazione triennale che contiene indirizzi e obiettivi strategici di ciascun ente.

Al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla pubblica amministrazione, il D.Lgs. n. 150/2009 stabilisce che ogni azienda o ente pubblico è tenuto a misurare e a valutare la propria performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti, perseguendo la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti in relazione alle risorse impiegate.

A questo scopo, uno degli strumenti previsti dal D.Lgs. n. 150/2009 è il Piano della Performance, un documento di pianificazione triennale, adottato in coerenza con la programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli obiettivi strategici e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché le modalità di assegnazione degli obiettivi nei confronti del personale. La recente normativa ha integrato il Piano della Performance nel PIAO, come già dettagliato nei paragrafi precedenti, senza nulla togliere alla normativa che lo istituisce e che lo regola.

Consequente alla predisposizione del Piano della Performance che dà avvio al ciclo delle Performance dell'anno, vi è la declinazione degli obiettivi operativi e del processo di budget annuale, la valutazione della performance organizzativa ed individuale con la corresponsione di premi correlati, dettagliati nel Documento di Direttive, stilato ai sensi dell'art. 14 della L.R. 55/1994.

La Regione Veneto, con la L.R. n. 9/2011, modificata dalla L.R. n. 22/2011, ha disposto che la valutazione del personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale si attenga ai principi dei Titoli II e III del D.Lgs. n. 150/2009, secondo le omogenee indicazioni allo scopo definite dalla Giunta regionale con DGR n. 140/2016. Fatti salvi i principi, il dettato del decreto va quindi temperato con le disposizioni in materia di pianificazione e programmazione vigenti per il Servizio Sanitario Regionale, segnatamente la L.R. n. 55/1994. Le linee guida contenute nella DGR n. 140/2016 specificano infatti che le fasi del ciclo di gestione della valutazione dei risultati vanno inserite all'interno della metodologia della negoziazione per budget, metodologia richiamata e specificata nella citata L.R. n. 55/1994.

Il Piano della Performance è dunque il documento attraverso il quale l'Azienda definisce ed esplicita le proprie linee ed obiettivi strategici.

Come noto, gli anni del triennio 2020-2022 sono stati fortemente contraddistinti dalla pandemia da Sars-Cov-2 iniziata a fine febbraio 2020 con i primi casi accertati.

Come ribadito dalla Corte dei Conti nella deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR “nell’ambito della PA, le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono state le strutture maggiormente interessate dal fenomeno della pandemia da Covid-19, sotto l’aspetto operativo, gestionale e finanziario. Il nostro sistema sanitario, come del resto quello di tantissimi altri Paesi, chiamato a sopportare l’impatto dell’imprevista e pesante situazione, ha sostenuto nuovi costi ed ha dovuto adeguare improvvisamente i moduli organizzativi per fare fronte alle necessità del contrasto alla pandemia”.

La pandemia ha avuto da subito un deciso impatto sull’organizzazione e sulle modalità di erogazione delle attività e dei servizi di Azienda Zero.

L’anno 2022 però è stato anche caratterizzato dalla disponibilità dei vaccini e, con criteri di prioritizzazione, dalla somministrazione degli stessi alla popolazione (fase di vaccinazione/immunizzazione) come strumento principale per il superamento della pandemia. La fase pandemica che ha caratterizzato l’inizio dell’anno è, infatti, andata via via attenuandosi al crescere del numero di vaccini somministrati. A questo è seguito quindi un allentamento delle misure di distanziamento sociale, una progressiva normalizzazione e ripresa dell’attività sanitaria ordinaria programmata ed un potenziamento dell’attività di screening al fine di ridurre le liste d’attesa.

Il piano vaccinale è stato regolamentato a livello statale dal documento di programmazione del 12 dicembre 2020, poi approvato con decreto del Ministro della salute 2 gennaio 2021 e a livello regionale dal Piano adottato e implementato dalla normativa DGR n. 1801 del 22 dicembre 2020 e dai due successivi Piani di Sanità Pubblica, rispettivamente la DGR n. 308 del 18/03/2021 e la DGR n. 727 del 8/06/2021.

La fase di resilienza che da subito ha caratterizzato il 2023 guida la predisposizione del presente Piano della Performance. Azienda Zero sta comunque continuando a garantire il supporto all’amministrazione regionale e alle aziende nella gestione e nelle azioni in atto per il monitoraggio e il superamento dell’emergenza sanitaria, ma soprattutto sta supportando le azioni ed il monitoraggio per la ripresa del sistema.

2.2.2 Le fonti della pianificazione

La pianificazione strategica triennale viene aggiornata a scorrimento ogni anno, per tenere conto dell'evoluzione del contesto e delle direttive impartite dalla Giunta Regionale e dalla competente Commissione Consiliare per l'anno in corso. Tali direttive sono contenute in numerosi atti di programmazione, di cui il principale è il provvedimento riguardante gli indirizzi per l'attività dell'Azienda Zero, come previsto al comma 9 dell'articolo 2 della L.R. 19/2016, nonché gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi delle aziende sanitarie. Per il 2022 si trattava della DGR n. 759 del 21.06.2022 con cui sono stati assegnati gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi ad Azienda Zero per l'anno 2022, della nota del Consiglio Regionale prot. 15030 del 7.10.2022 (V Commissione) e della DGR 1022 del 16.08.2022 "Determinazione degli indirizzi per l'attività di Azienda Zero per l'anno 2022" DGR n. 62/CR del 14/06/2022 (articolo 2, comma 9, L.R. 19/2016)".

Per l'anno 2023 sono stati deliberati al momento della redazione del presente documento solo gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi ad Azienda Zero per l'anno 2023, con DGR n.1703/2022; pertanto, andando in continuità con gli anni precedenti, si sono tenute in considerazione le direttive assentate solamente nella seconda metà dell'anno 2022.

Gli obiettivi strategici di Azienda Zero per il triennio 2023-2025 derivano quindi:

- dalle funzioni assegnate dall'articolo 2 della L.R. n. 19/2016 e disposizioni successive;
- dagli obiettivi assegnati dalla V Commissione Consiliare per l'anno 2022;
- dagli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2023 assegnati con DGR n. 1703 del 30 dicembre 2022;
- dagli obiettivi strategici "interni" decisi dalla direzione strategica di Azienda Zero;
- degli indirizzi per l'attività di Azienda Zero per l'anno 2022 assegnate con DGR 1022 del 16.08.2022.

Di quest'ultimo provvedimento, adottato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1022 del 16.08.2022, si riportano gli indirizzi:

- Supporto alla Regione e alla Aziende per la gestione dei progetti del PNRR ed i relativi acquisti;
- Implementazione di un sistema di misurazione dell'efficacia degli investimenti;
- Innovazione ed implementazione delle modalità di reclutamento del personale;
- Implementazione con le aziende sanitarie di progetti di innovazione e sviluppo organizzativo, considerando la centralità alla persona e la necessità di dare una risposta ai suoi bisogni di salute;
- Centralizzazione delle gare dei concorsi e supporto alla CRITE - Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia;
- Attuazione della centralizzazione di ulteriori servizi integrati a supporto delle Aziende ed enti del SSR;

- Attività di supporto alla governance dell'area farmaceutica per il miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dei farmaci e dispositivi medici e la realizzazione di piattaforme informatizzate;
- Implementazione costi standard e sviluppo di un sistema di governo economico con responsabilizzazione delle aziende sanitarie nell'ambito delle risorse assegnate dalla Regione;
- Attività di coordinamento e project management nell'implementazione del SIO;
- Piano di sviluppo del sistema informativo socio-sanitario regionale con particolare riferimento alla sicurezza informatica e protezione dei dati.

Si precisa inoltre che il presente Piano è stato redatto in modo coordinato con i principali documenti di programmazione regionale ed aziendale, quali:

- il Bilancio Economico di Previsione 2023, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 865 del 28.12.2022;
- il Programma Triennale 2022 – 2024 e l'elenco annuale 2022 dei lavori pubblici aziendali, adottati con Deliberazione del Direttore Generale n. 661 del 27.09.2021;
- il Piano Triennale dei fabbisogni di Personale 2023-2025, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 777 del 25.11.2022;
- lo schema di Piano di Sistema Informativo Socio-Sanitario regionale 2019-2023, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 622 del 09.12.2019;
- il programma di gare centralizzate indicate dalla DGR n. 836/2022 per il periodo 2022-2023.

In merito al Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) 2023-2025, sarà incluso nell'approvazione del presente documento PIAO 2023-2025, sotto forma di successiva integrazione allo stesso, per quanto sarà nel prosieguo illustrato .

Si precisa inoltre che è stato adottato con DDG 757 del 18/11/2022 un nuovo atto aziendale di Azienda Zero che è attualmente in fase di approvazione presso Area Sanità e Sociale che pertanto richiederà in seguito una revisione degli obiettivi aziendali 2023, ma soprattutto una loro declinazione nelle schede di budget.

Infine, altra fonte utilizzata per la definizione delle linee strategiche è rappresentata dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 nel quale sono indicate specificamente le aree di attività di interesse di Azienda Zero. Tra le altre si riportano:

- supporto per gli aspetti tecnico-organizzativi ed amministrativi con riferimento alle reti cliniche;
- supporto tecnico ai gruppi di lavoro per la stesura dei PDTA;
- supporto per lo sviluppo del sistema di monitoraggio e controllo su appropriatezza e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private;
- coordinamento dei nuclei aziendali di controllo;

- garantire governo dei costi delle assicurazioni con un progressiva assunzione di responsabilità da parte dell'Azienda Zero sia nella trattazione di sinistri che nelle attività stragiudiziali e di contenzioso;
- supporto alla programmazione con individuazione di nuovi standard di riferimento rispondenti ai principi base di efficienza, efficacia, sicurezza ed economicità;
- supporto all'attuazione degli indirizzi regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria;
- supporto per il governo del patrimonio informativo socio-sanitario;
- supporto tecnico al ciclo annuale di performance delle Direzione Strategiche Aziendali;
- ruolo attivo nella valutazione delle tecnologie.

2.2.3 Le linee e gli obiettivi strategici

Di seguito si riportano le linee strategiche e gli obiettivi strategici per il triennio 2023-2025, declinati a partire dai provvedimenti e dagli atti in precedenza elencati.

Linea strategica:
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
P-Sviluppo processi interni

Gli obiettivi strategici che nascono dai documenti sopra descritti hanno mediamente un orizzonte temporale medio/lungo e rientrano ciascuno nelle linee strategiche sopra declinate.

Ogni obiettivo strategico, che verrà di seguito riportato, risponde anche alle dimensioni richieste dalla normativa del PIAO (DM 24 giugno 2022), oggetto di programmazione, quali:

Dimensioni oggetto di programmazione del PIAO:
obiettivi di semplificazione
obiettivi di digitalizzazione
obiettivi di efficienza in relazione alla tempistica di completamento delle procedure
obiettivi correlati alla qualità dei procedimenti e dei servizi
obiettivi finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione
obiettivi per favorire le pari opportunità ed equilibrio di genere

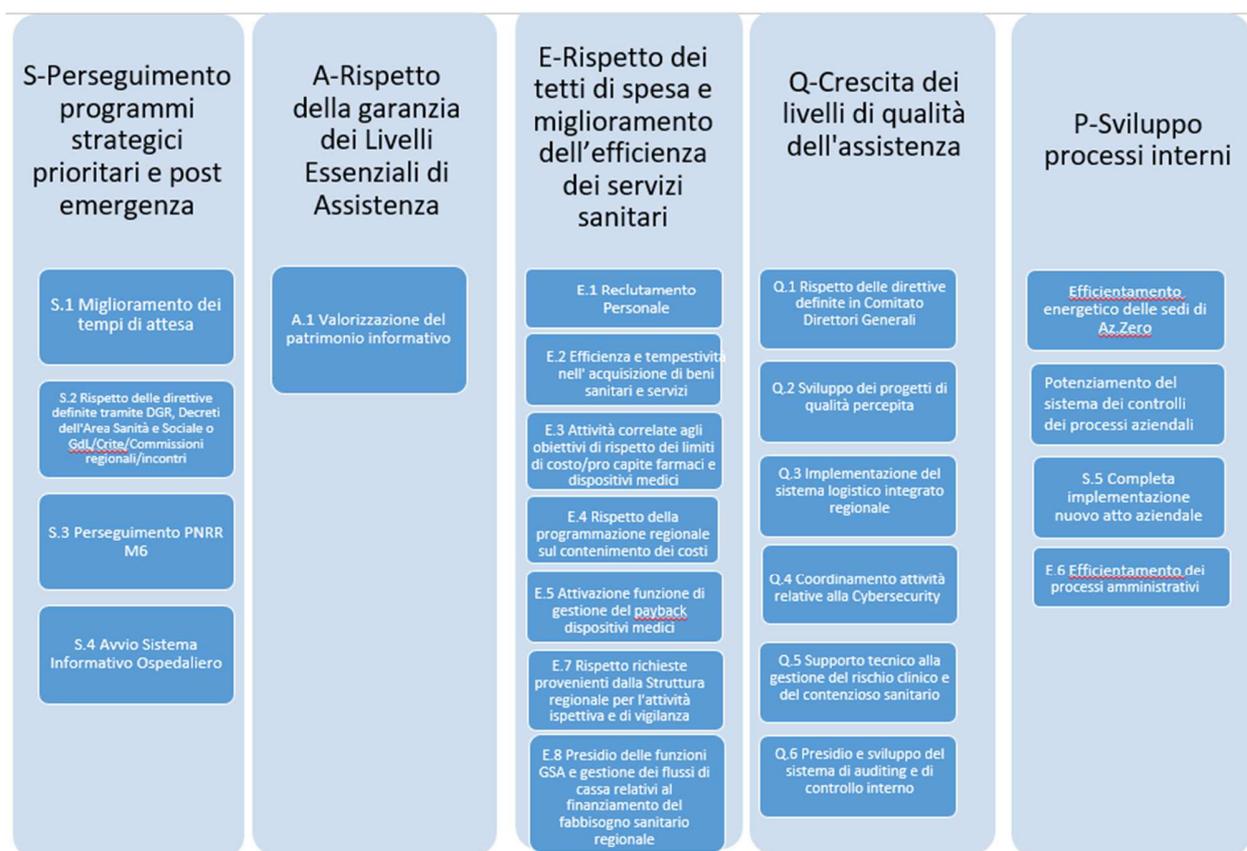
Tab. Elenco degli obiettivi strategici regionali per il triennio 2023-2025:



	Obiettivi strategici	Rispetto al Piano precedente
	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	
S.1	Miglioramento dei tempi di attesa (specialistica ambulatoriale e interventi chirurgici)	in continuità
S.2	Rispetto delle direttive definite tramite DGR, Decreti dell'Area Sanità e Sociale o GdL/Crite/Commissioni regionali/incontri	in continuità
S.3	Perseguimento PNRR M6	in continuità
S.4	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero (e relazione stato avanzamenti)	in continuità
	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	
A.1	Valorizzazione del patrimonio informativo	in continuità
	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	
E.1	Reclutamento Personale	in continuità
E.2	Efficienza e tempestività nell' acquisizione di beni sanitari e servizi	in continuità
E.3	Attività correlate agli obiettivi di rispetto dei limiti di costo/pro capite farmaci e dispositivi medici	in continuità
E.4	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	in continuità
E5	Attivazione funzione di gestione del payback dispositivi medici	NUOVO
E.7	Rispetto richieste provenienti dalla Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza	in continuità
E.8	Presidio delle funzioni GSA e la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale	in continuità
	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	
Q.1	Rispetto delle direttive definite in Comitato DG	in continuità
Q.2	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	in continuità
Q.3	Implementazione del sistema logistico integrato regionale	NUOVO
Q.4	Coordinamento attività relative alla Cybersecurity	NUOVO
Q.5	Supporto tecnico alla gestione del rischio clinico e del contenzioso sanitario	in continuità
Q.6	Presidio e sviluppo del sistema di auditing e di controllo interno	in continuità

	P-Sviluppo processi interni	
E.6	Efficientamento dei processi amministrativi	in continuità
S.5	Completa implementazione nuovo atto aziendale	NUOVO
	Efficientamento energetico delle sedi di Azienda Zero	NUOVO
	Potenziamento del sistema dei controlli dei processi aziendali	NUOVO

Fig. Elenco degli obiettivi strategici regionali per il triennio 2023-2025:



Complessivamente sono 22 obiettivi strategici, estrapolati dagli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale per l'anno 2023, dagli obiettivi ancora in corso assegnati dalla Giunta Regionale per l'anno 2022 e dagli obiettivi assegnati dalla V Commissione Consiliare per l'anno 2022. Si ricorda che gli obiettivi della V Commissione per l'anno 2023 devono ancora essere assegnati.

Per ogni obiettivo è stato individuato un indicatore "strategico" monitorabile nell'orizzonte temporale dei tre anni al fine di verificare il raggiungimento della soglia.

In allegato al presente documento, saranno quindi riportati, per ciascun obiettivo strategico:

- la linea strategica in cui si colloca;
- gli indicatori con rispettive soglie per ciascun anno;
- il dato ultimo disponibile dell'indicatore nel caso di indicatori storicizzati;

- le azioni relative al triennio da mettere in atto per raggiungere l'obiettivo;
- gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG-Sustainable Development Goal: 03-Salute e benessere);
- le dimensioni del PIAO che ciascun obiettivo strategico soddisfa.

2.2.3.1 Dalla pianificazione strategica alla performance organizzativa: la programmazione annuale

Gli obiettivi strategici, articolati così come descritto nel precedente paragrafo, daranno origine ad obiettivi operativi di orizzonte annuale, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale. Questa sequenza verrà rappresentata nel Documento Direttive che verrà compilato in seguito all'approvazione del PIAO 2023-2025, secondo la procedura aziendale "Ciclo della Performance" presente nella sezione Amministrazione Trasparente alla voce "Sistema di misurazione e valutazione della Performance" (PO del 29 Aprile 2019).

Nel medesimo documento verranno riportati tempi, modalità e soggetti coinvolti nel processo di budget; il Documento di Direttive, stilato ai sensi dell'art. 14 della L.R. 55/1994, va redatto prima dell'avvio del percorso di budget o adottato con DDG a conclusione del percorso stesso.

L'azienda assegnerà obiettivi e risorse alle proprie unità operative tramite il processo di budget, come previsto dalla L.R. 55/1994.

Le risorse, gli obiettivi, gli indicatori per il monitoraggio e le soglie da raggiungere saranno dettagliati nella scheda budget di ciascuna unità operativa, negoziata in appositi incontri con le unità operative.

Le schede, oltre a recepire gli obiettivi operativi e indicatori, includeranno ulteriori obiettivi che la Direzione riterrà utili al fine del pieno sviluppo delle attività aziendali, come meglio esplicitato nel Documento di Direttive.

Nel corso dell'anno si svolgeranno gli incontri periodici di monitoraggio con le unità operative, con esito in due valutazioni intermedie.

La valutazione della performance organizzativa avverrà su due piani differenti.

Da un lato, il piano sovra-ordinato regionale. A questo livello, la valutazione complessiva di Azienda Zero sarà fatta dalla Giunta regionale, per il tramite dell'Area Sanità e Sociale. La Giunta regionale, infatti, ai sensi della L.R. 19/2016, determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'Azienda Zero, sentita la competente Commissione Consiliare, e ne verifica l'attuazione. La Giunta regionale esercita altresì la vigilanza e il controllo su Azienda Zero per il tramite del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Azienda Zero sarà valutata, al pari delle Aziende ed Enti del SSR, in ragione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati con deliberazione di Giunta. Il Direttore Generale, infatti, come previsto dalla L.R. 56/1994, all'art. 13, c. 8 quinquies, è sottoposto a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Giunta regionale. Tale valutazione è operata, come previsto dalla DGR n. 2172 del 23/12/2016, a norma dei commi 8 sexies, 8 septies e 8 octies dell'art. 13 della

L.R. 56/1994 e ss.mm.ii., dalla Giunta Regionale per l'80% e dalla competente commissione consiliare per il restante 20%.

Dall'altro, il secondo piano di valutazione sarà interno, e riguarderà le singole unità organizzative di Azienda Zero, che saranno valutate in ordine al livello di raggiungimento degli obiettivi loro assegnati.

Gli esiti del processo di valutazione della performance organizzativa necessitano di essere documentati da un set di indicatori concordati e capaci di cogliere, con significatività, accuratezza e tempestività, le dimensioni dell'efficienza e dell'efficacia delle attività e dei processi aziendali.

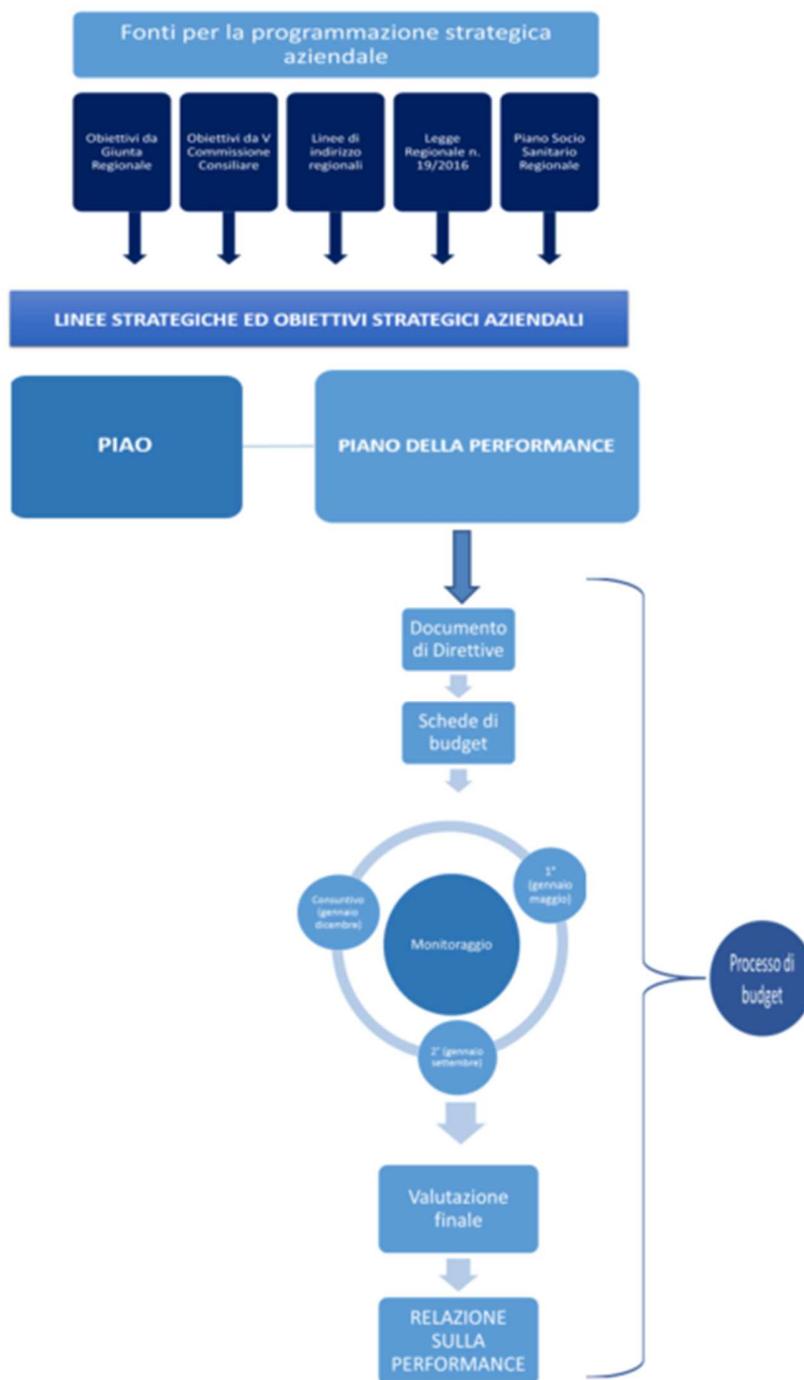
Lo sviluppo di un set di misure di output e di processo in ambito amministrativo, costituisce un'area di interesse e di innovazione per il servizio sanitario pubblico, per il quale, storicamente, sono state sviluppate misure prevalentemente per le attività sanitarie.

La correlazione tra gli obiettivi definiti nelle schede di budget ed il sistema premiante sarà garantita dalla pesatura degli obiettivi, il cui raggiungimento incide sulla valutazione del direttore di unità operativa e su ciascun dipendente afferente alla stessa, come meglio verrà esplicitato nel Documento di Direttive.

A garanzia del regolare svolgimento del Ciclo della Performance, l'Organismo Indipendente di Valutazione sarà tenuto informato di ogni fase, dall'assegnazione, al monitoraggio e valutazione.



Fig. Schematizzazione ciclo della pianificazione strategica e della programmazione annuale



2.2.3.2. Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Azienda Zero, come previsto dall'art. 18 del decreto legislativo n. 150/2009, promuove il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti, secondo logiche meritocratiche, e valorizza il proprio personale, attraverso l'attribuzione selettiva di incentivi economici a coloro che conseguono le migliori performance. Ne riconosce, così, professionalità e qualità delle prestazioni individuali.

La valutazione della performance individuale riguarda tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, ha periodicità annuale ed è il presupposto per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei premi collegati alla performance, rispettivamente al personale dirigenziale ed al personale del comparto.

A seguito della negoziazione degli obiettivi di budget con i direttori delle unità operative, i direttori procedono con l'assegnazione degli obiettivi individuali; essi devono essere chiari, precisi e sintetici e, nella loro assegnazione, il direttore dovrà tener conto dei compiti affidati al valutato, improntando l'assegnazione ai principi della partecipazione e della trasparenza.

Al fine di orientare efficacemente l'operato dei collaboratori, è necessario che il direttore, in primo luogo, illustri ai propri collaboratori gli obiettivi di budget della struttura, e successivamente avvii una discussione sufficientemente analitica sugli obiettivi individuali da raggiungere, affinché gli stessi siano il frutto di un confronto con il collaboratore sul contenuto dell'obiettivo, sulle modalità attuative e sulle condizioni alle quali l'obiettivo si considera conseguito; devono essere resi noti anche i parametri di valutazione ed esplicitati i risultati attesi. La fase dell'assegnazione degli obiettivi si conclude con la sottoscrizione di un'apposita scheda comprovante la condivisione e l'accettazione degli stessi.

La valutazione dei dipendenti viene effettuata utilizzando apposita scheda individuale sulla scorta di specifici fattori di valutazione. La struttura delle schede, che sono differenziate per Dirigenza SPTA, Medici e Comparto, è stata concordata con le OO.SS. negli accordi:

- del 30.05.2018, per la dirigenza medica e SPTA, modificato in data 26.06.2019;
- del 06.07.2018, per il comparto, modificato in data 11.04.2019.

In tali accordi sono definite anche le modalità di monitoraggio e valutazione, come sintetizzato in seguito.

La valutazione della performance individuale è di responsabilità del superiore gerarchico, eventualmente previa autovalutazione del valutato quale ulteriore elemento di confronto e apprendimento tra valutato e valutatore.

Sia per il comparto che per la dirigenza, sono previste due valutazioni intermedie, tese a verificare lo stato di avanzamento degli obiettivi, prima della valutazione finale, volta a verificare il raggiungimento effettivo degli stessi.

Le valutazioni intermedie si svolgono secondo la stessa metodologia della valutazione finale, che prevede un colloquio tra direttore e valutato, durante il quale è possibile raccogliere informazioni utili sull'avanzamento degli obiettivi e, in fase di valutazione finale, sui risultati raggiunti, consentendo al direttore di disporre di ulteriori elementi per la decisione.

La valutazione viene effettuata attraverso apposite schede individuali, differenti per il personale della dirigenza e del comparto, che hanno in comune un fattore di valutazione basato direttamente sul punteggio raggiunto dalla struttura di appartenenza in sede di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di budget annuali assegnati.

Gli altri fattori oggetto di valutazione, relativi al personale dirigenziale e distinti a seconda di incarichi che prevedano o meno la gestione di risorse, riguardano oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, l'efficacia dei modelli gestionali adottati, le capacità manageriali e/o professionali, l'osservanza dell'orario di lavoro e delle direttive, la gestione e valutazione del personale, il rispetto del processo di valutazione ed il rapporto con l'utenza.

I fattori di valutazione per il personale del comparto, differenziati tra dipendenti senza incarico di funzione, dipendenti con incarico di organizzazione e dipendenti con incarico professionale, riguarderanno oltre alla partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget, le competenze e i comportamenti professionali, i comportamenti organizzativi e le capacità relazionali.

Il direttore compila, quindi, le schede di valutazione intermedie e finali, determinando, in quest'ultimo caso, il punteggio di realizzazione di ciascun ambito di valutazione. Le schede di valutazione intermedie e finali devono essere sottoscritte dal direttore e, per presa visione del contenuto, dal valutato.

I soggetti valutatori sono differenti a seconda che i dipendenti rivestono profili dirigenziali o meno, in particolare:

- i direttori di Unità Operative Complesse (UOC) vengono valutati dal Direttore di Area di riferimento;
- i responsabili delle Unità Operative Semplici, articolazione interna di UOC, sono valutati dal direttore della Struttura Complessa di riferimento. In caso di mancanza, la valutazione viene effettuata dal Direttore di Area di riferimento;
- il personale dirigenziale viene valutato dal direttore di UOC di appartenenza; per il personale dirigenziale appartenente a UOS, la valutazione viene effettuata dal responsabile di UOS;
- il personale del comparto viene valutato dal direttore di UOC o dal responsabile di UOS di appartenenza, di concerto con il direttore di UOC.

Ulteriori dettagli sono definiti nella procedura operativa "Ciclo della Performance" presente nella sezione Amministrazione Trasparente alla voce "Sistema di misurazione e valutazione della Performance".

Le fasi e le tempistiche sono le seguenti:

- negoziazione degli obiettivi di budget;

- assegnazione degli obiettivi individuali;
- entro il 31 maggio di ciascun anno prima valutazione intermedia;
- entro il 30 settembre di ciascun anno seconda valutazione intermedia;
- entro il 30 giugno dell'anno successivo valutazione definitiva.

2.3 SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1 Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2023- 2025

La presente sezione del PIAO - elaborata in continuità con il precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022/2024 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 292/2022 oltre che in conformità alla L. 190/2012, al P.N.A 2022 approvato con deliberazione ANAC n. 7 del 17.1.2023 e al D.Lgs. n. 33/2013 in materia di trasparenza - descrive la strategia aziendale di protezione del valore pubblico generata dalla mappatura dei processi per l'analisi e valutazione dei rischi corruttivi sino ad ora compiuta e le conseguenti misure adottate o che l'Amministrazione intende adottare nel prosieguo per giungere alla mitigazione del rischio.

In questo processo sono stati coinvolti i Responsabili delle strutture ritenute a potenziale maggior rischio di esposizione a fenomeni corruttivi (UOC CRAV e UOC Gestione risorse umane), il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e l'Internal Audit, struttura aziendale (in cui permane la grave carenza di organico considerato anche che opera nell'ambito della complessiva attuazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità - PAC) chiamata a supportare la Direzione aziendale nel perseguimento della mission aziendale mediante attività di armonizzazione delle procedure amministrative, dei processi di controllo e di gestione al fine di perfezionare la qualità dei servizi aziendali.

Tutto il personale operante, a qualunque titolo all'interno di Azienda Zero, è chiamato a partecipare alla definizione, attuazione e osservanza del sistema di prevenzione della corruzione aziendale, prestando la propria collaborazione al RPCT e rispettando tutte le prescrizioni contenute nella sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

Come previsto dal decreto del 30 giugno 2022 n. 132, la presente sezione del PIAO, si propone di dare rappresentazione della:

- valutazione impatto del contesto esterno
- valutazione impatto del contesto interno
- mappatura dei processi
- identificazione e valutazione rischi corruttivi
- progettazione misure organizzative per il trattamento del rischio
- monitoraggio idoneità e attuazione misure
- programmazione dell'attuazione della trasparenza e monitoraggio misure organizzative per garantire accesso civico semplice e generalizzato

LA LOGICA

Il Piano è uno strumento di programmazione triennale che viene aggiornato annualmente e si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda, la logica adottata è quella di formalizzare un programma di attività, con indicazione:

- delle aree di rischio corruzione
- dei rischi specifici
- delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici
- dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura
- dei tempi per l'applicazione di ciascuna misura

Lo scopo del Piano consiste nel:

- fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle diverse unità aziendali al rischio di corruzione e stabilire/concordare interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio
- realizzare un collegamento tra corruzione - trasparenza - performance nell'ottica di una più ampia gestione del rischio integrato

Azienda Zero, quale Ente del Servizio Sanitario della Regione del Veneto, è chiamata a conformare la propria attività e le regole organizzative ai processi di semplificazione, attraverso la digitalizzazione delle procedure di gara per gli affidamenti dei contratti pubblici, riducendo gli oneri amministrativi a carico di stazioni appaltanti e operatori economici in modo da consentire a tutti i soggetti interessati di interagire con la pubblica amministrazione e di operare sul mercato in maniera efficiente ed efficace.

In linea con la raccomandazione espressa nell'ambito del programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia del 8 giugno 2020 (8431/20), l'Azienda si impegna nel rafforzamento dei controlli per contrastare la corruzione e garantire appalti pubblici efficienti, assicurando un equilibrio tra la necessità di un monitoraggio scrupoloso e la necessità di essere tempestivi.

Nello specifico, la corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce la sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non sia intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma venga considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per contribuire a raggiungere il valore pubblico.

Infatti, in quest'ottica, come ribadito dal PNA 2022-2024, la prevenzione della corruzione è dimensione per la creazione del valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di un'amministrazione o ente.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce, cioè, a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Lo stesso concetto di valore pubblico è valorizzato attraverso un miglioramento continuo del processo di gestione del rischio, in particolare per il profilo legato all'apprendimento collettivo mediante il lavoro in gruppo.

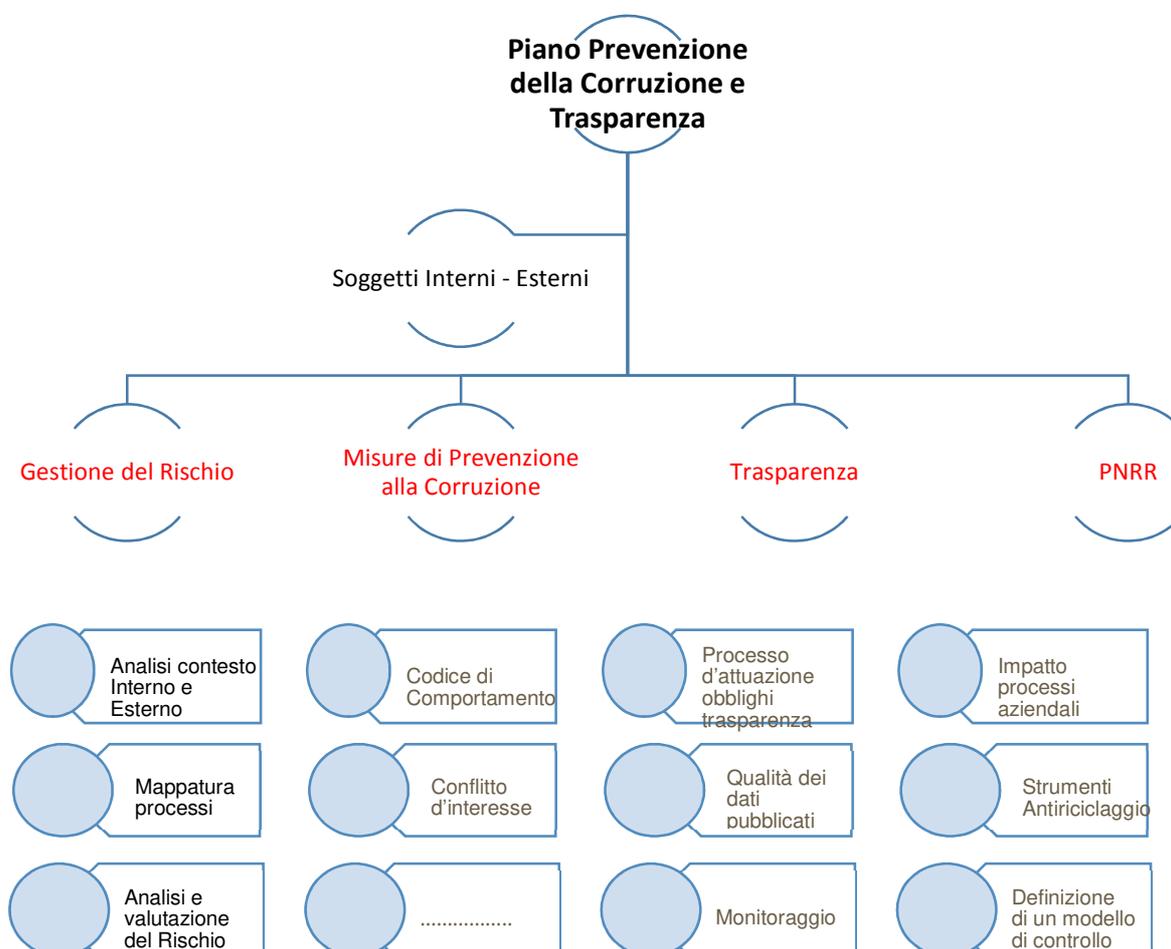
I PRINCIPI

Il presente Piano 2023-2025 è stato costruito tenendo conto di:

- **principi strategici** con coinvolgimento organo di indirizzo nella definizione delle strategie di rischio corruttivo
- **principi metodologici** integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance - monitoraggio e la valutazione dell'effettiva attuazione d efficacia delle misure
- **principi finalistici** la gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell'organizzazione a rischi corruttivi e coniugarsi con criteri di efficienza ed efficacia complessiva dell'amministrazione; la gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico

LA STRUTTURA

Il Piano per il triennio 2023-2025 è così rappresentabile:



I SOGGETTI INTERNI COINVOLTI

✓ ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO AMMINISTRATIVO: DIRETTORE GENERALE

Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione anticorruzione del PIAO.

In sintesi, i suoi compiti sono:

- individuare il responsabile della Prevenzione e corruzione e trasparenza
- adottare il PIAO e i suoi aggiornamenti
- adottare tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione

✓ RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)

A norma del D.Lgs. n. 97/2016, l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e quello di Responsabile della Trasparenza (RPCT) è in Azienda Zero ricoperto da un Dirigente Amministrativo che, come prescritto dalla deliberazione ANAC n. 831/2016 ha adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'Amministrazione; l'incarico è attribuito al Direttore della UOC Convenzioni e Assicurazioni SSR, nominato con Decreto del Commissario n. 13 del 19.1.2018 e confermato nel ruolo con Deliberazione Commissariale n. 101 del 19.2.2021 che, giusta Deliberazione del Direttore Generale n.702/2020, ricopre, altresì, l'incarico ad interim di Direttore dell'Ufficio Legale di Azienda Zero.

Alla figura del RPCT competono le seguenti attività e funzioni:

- elabora la proposta di Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e presentarla al Direttore Generale, curandone la pubblicazione nel sito web aziendale nella sezione dedicata di Amministrazione Trasparente
- accerta la diffusione e la pubblicizzazione del PTPCT all'interno delle articolazioni aziendali
- presenta al Direttore Generale e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) la relazione sull'attuazione del Piano nell'anno di riferimento nonché la pubblicazione nel sito web aziendale
- verifica l'efficace attuazione del Piano e propone la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni alle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda
- verifica, d'intesa con il dirigente competente e il dirigente dell'UOC Gestione Risorse Umane, l'effettiva rotazione degli incarichi, ove possibile, nei settori particolarmente esposti alla corruzione
- individua, d'intesa con il dirigente competente, il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità
- provvede all'aggiornamento della sezione relativa alla trasparenza, ne cura il monitoraggio e l'attuazione, assume iniziative per promuovere la cultura della trasparenza
- in sede di aggiornamento del PTPCT, o quando reso necessario dall'evoluzione normativa, dà notizia ai dirigenti degli adempimenti necessari

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza segnala all'organo di indirizzo le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 7, L. 190/2012) eventualmente anche agli organi giudiziari.

Oltre a ciò, il RPCT è chiamato alle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite dal D.Lgs. 97/2016; in tale contesto il RPCT, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici competenti informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, comma 7, D.Lgs. 33/2013, come novellato dal D.Lgs. 97/2016), dei casi di riesame.

All'interno di Azienda Zero non è previsto un apposito ufficio RPCT; lo stesso è supportato da una unità di personale, con incarico di funzione, afferente alla UOC Convenzioni e Assicurazioni SSR che, oltre alle attività istituzionali ordinarie, attende ai monitoraggi e alla verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture aziendali, oltre che di quella a campione circa la corretta tenuta del sito aziendale e la sua fruibilità da parte dei terzi.

Per gli aspetti eminentemente tecnici - riferiti cioè alla mappatura processi e alla creazione dei modelli sottesi alla valutazione dei rischi - il supporto viene reso dall'unica unità di personale afferente la UOC Internal Audit e Controllo Aziende SSR, soggetto in possesso della certificazione AIIA - Associazione Italiana Internal Auditors.

✓ I REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE:

Ricoprono un importante ruolo di supporto e collaborazione al RPCT, soprattutto in considerazione delle dimensioni e della complessità organizzativa che caratterizzano l'Azienda USL.

I principali compiti dei Referenti sono:

- attività di supporto informativo e conoscitivo al RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti i necessari elementi e riscontri sugli aspetti organizzativi e sulle attività
- partecipazione attiva a gruppi tecnici di lavoro su specifiche tematiche e collaborazione nelle attività di aggiornamento dei rischi e nell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione
- collaborazione nelle attività di monitoraggio periodico sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione

✓ I RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE

Collaborano con il RPCT con particolare riferimento alla promozione della trasparenza amministrativa, svolgendo, in particolare, i seguenti compiti:

- pubblicazione di documenti, dati e informazioni (anche sotto l'aspetto qualitativo) nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale
- partecipazione alla definizione delle misure di prevenzione della corruzione, proponendo modalità per rendere più trasparenti e fruibili processi "opachi" emersi durante la fase di individuazione e ponderazione del rischio corruttivo
- supporto informativo al RPCT, affinché quest'ultimo riceva tutti i necessari elementi e riscontri utili al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione

Vedi tabella per i Responsabili della pubblicazione, **Allegato 1**

✓ ORGANISMO DI VALUTAZIONE INTERNA - OIV

Monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni; ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità; esprime parere preventivo obbligatorio sul Codice Comportamento

adottato dalla amministrazione; verifica la coerenza tra gli obiettivi del Programma anticorruzione e per la trasparenza e quelli del piano delle Performances e valuta la coerenza dei relativi indicatori; verifica i contenuti della Relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

✓ UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI - UPD

Svolge i procedimenti disciplinari - composto come da DDG n. XXX del XXXXX - nell'ambito della propria competenza; provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria; vigila sull'applicazione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e sul codice di comportamento aziendale; cura l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

✓ LA FUNZIONE DI INTERNAL AUDITING

La Funzione Internal Audit, così come descritta nel nuovo Atto Aziendale - Delibera Direttore Generale n. 30 del 23.1.2023 - afferisce al Direttore Generale e assicura il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione con l'obiettivo di assistere la Direzione Aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance e che coordina le corrispondenti funzioni nelle aziende del SSR.

Le principali attività riguardano:

- la gestione del processo di Internal Auditing in Azienda Zero
- il coordinamento funzionale e il monitoraggio delle attività e dei piani di audit predisposti dalle Aziende SSR nonché, presso quest'ultime, specifica attività di audit al fine di migliorare i processi di gestione dei rischi e di controllo dei principali processi amministrativi
- lo sviluppo e il monitoraggio continuo del processo di internal auditing in Azienda Zero e nelle aziende del SSR attraverso la predisposizione e il rilascio degli strumenti per la pianificazione delle attività, la conduzione degli interventi, la reportistica alla direzione, la rendicontazione
- la collaborazione con il Responsabile della Prevenzione, Corruzione e Trasparenza (RPCT) in merito alla individuazione, misurazione e valutazione del rischio frode
- il monitoraggio delle osservazioni dei Collegi Sindacali delle Aziende SSR, promuovendo, attraverso le specifiche funzioni di internal audit aziendali, azioni di verifica e supporto agli owner aziendali per l'attivazione di misure di contenimento dei rischi
- il coordinamento dello sviluppo del Percorso attuativo della certificabilità sia presso l'Azienda che presso le aziende del SSR

✓ IL RESPONSABILE ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE - RASA

Assicura l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), verifica e/o compila le informazioni e i dati identificativi della stazione appaltante presso l'AUSA.

Il RPCT verifica periodicamente che il RASA assicuri la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA e che aggiorni annualmente gli elementi identificativi della stazione appaltante.

✓ GESTORE DELLE SEGNALAZIONI DI OPERAZIONI SOSPETTE DI RICICLAGGIO

Con deliberazione n. 195 del 30.3.2021, è stato dato corso alla “Approvazione del Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e nomina del gestore” in modo da assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti, delle fattispecie meritevoli di essere comunicate alla UIF.

Il gestore - individuato nel RPTC aziendale - ha il compito di inoltrare all'Unità di Informazione finanziaria della Banca d'Italia (UIF) la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio.

2.3.2 LA GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento.

Le fasi centrali del sistema sono

- analisi del contesto (interno e esterno)
- valutazione del rischio (identificazione/analisi/ponderazione)
- trattamento del rischio (identificazione/programmazione delle misure)

a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali a tutte le precedenti, individuate nella fasi di

- consultazione e comunicazione
- monitoraggio e riesame del sistema.

2.3.2.1 ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNO E ESTERNO

L'Azienda Zero, quale ente di governance della sanità regionale veneta disciplina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento nel rispetto dell'atto aziendale – approvato, da ultimo, con DDG n. 51 del 23.1.2023 - e si sostanzia in un'Azienda con struttura sovrapponibile a quella delle restanti Aziende SSR ancorché non eroghi prestazioni cliniche atteso che la propria attività si concentra nei settori “no core” della sanità.

Azienda Zero agisce per il Sistema in ambito di acquisiti centralizzati di beni e servizi, reclutamento del personale SSR, aspetti contabili (ad esempio, redazione bilancio consolidato e altre attività di coordinamento verso le Aziende SSR) rapportandosi, pertanto, orizzontalmente con le Aziende Sanitarie - con momenti di sintesi nell'ambito del Comitato dei Direttori Generali, organismo che riunisce i Direttori Generali delle Aziende del SSR ed è presieduto dal Direttore dell'Area Sanità e

Sociale – e, verticalmente, con gli organi regionali, tecnici - quali l'Area sanità e sociale - e di indirizzo quali il Consiglio e Giunta regionale del Veneto.

Per i motivi connessi alla testé illustrata mission istituzionale, pur estendendo la propria competenza sull'intero territorio veneto, Azienda Zero ha quali esclusivi interlocutori la Regione e le altre Aziende SSR, soggetti che vengono coinvolti nel processo decisionale mentre, in relazione alla politica di acquisizione di beni e servizi, Azienda Zero opera - attraverso utilizzo di procedure ad evidenza pubblica con operatori economici di regionale, nazionale e internazionale.

Si evidenzia, al riguardo, che con la recente approvazione dell'atto aziendale del 2023, è stata modificata l'organizzazione di Azienda Zero e sono state diversamente allocate alcune competenze in una logica di omogeneità e in funzione delle necessità dell'Ente regionale, così da poter ottenere maggiore efficacia nella relazione lavorativa tra Area Sanità e Sociale e Azienda Zero.

E' stato, inoltre, rinforzato il legame con la Regione del Veneto attraverso l'identificazione, nell'atto aziendale, di attività proprie facenti capo ad Azienda Zero, distinte da quelle delegate e dalle ulteriori "a riporto regionale" riconducibili alla struttura dei diversi coordinamenti, livello di recente istituzione e futura implementazione secondo un cronoprogramma condiviso con la Regione.

In ragione del ruolo rivestito dall'Azienda, la stessa si pone, rispetto al sistema SSR e rispetto al mercato, quale importante soggetto economico attesa l'importanza delle gare che la stessa espleta in favore delle aziende SSR, alle quali singolarmente viene poi demandata la sottoscrizione del contratto con l'aggiudicatario e la successiva gestione del rapporto contrattuale, fermo l'inserimento da parte della centrale di committenza, in occasione della costruzione dei propri capitolati di gara, del protocollo di legalità in utilizzo dalla Regione del Veneto.

Deve registrarsi che in ragione della complessità e del valore economico delle gare affidate ed espletate da Azienda Zero - ex multis la cd. gara per la ristorazione e la cd. gara calore, quest'ultima, peraltro, ammessa alla vigilanza collaborativa dell'ANAC - alcune di queste procedure amministrative sfociano in contenzioso, fattore di criticità che dilata i tempi di definizione della procedura stessa.

Al riguardo si deve qui dare conto della richiesta di rinvio a giudizio che ha colpito alcuni imprenditori partecipanti a una gara espletata per conto di tutto il SSR da Azienda Zero, condotta imprenditoriale - secondo ipotesi accusatorie - integrante gli estremi degli art. 353 e 483 c.p., avente ad oggetto intese finalizzate alla presentazione di offerte riconducibili al medesimo centro decisionale, aventi tuttavia, nella valutazione amministrativa e formale svolta dall'ente appaltante, indici estrinseci che ne permettevano l'ammissione alla gara, anche secondo il pronunciamento degli organi di giustizia amministrativa aditi da altro partecipante.

Su tale vicenda l'Azienda ha ritenuto di costituirsi parte civile, mentre, per altra vicenda, interessante l'organo di vertice, relativa a ipotesi di reato riconducibili all'art. 319 quater, alla data di stesura del presente documento deve ancora essere celebrata l'udienza davanti al GUP finalizzata alla decisione in ordine alla prosecuzione del giudizio.

Altresì, si deve dare conto che in occasione di espletamento di concorso per assunzione di personale, a motivo di importanti rilievi circa la correttezza del procedere della Commissione, Azienda Zero ha provveduto a segnalare i fatti alla competente Procura annullando, in via di autotutela la procedura.

Si evidenzia che il nuovo atto aziendale, in conformità a quanto previsto anche dal Codice Appalti (D.Lgs. n. 50/2016) e alle successive linee guida ANAC (Linea Guida .3: Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni), è stata prevista l'attivazione di una Struttura Stabile di Supporto ai RUP per garantire la gestione di appalti complessi, in particolar modo nella fase esecutiva degli stessi, la presenza di professionalità tecnico - amministrative con competenze specifiche.

Tale struttura dovrà garantire le attività di seguito riportate:

- controlli amministrativi e contabili
- supporto tecnico-amministrativo nella verifica della qualità dei servizi o delle forniture, intese come aderenza o conformità a tutti gli standard qualitativi richiesti nel contratto o nel capitolato e eventualmente alle condizioni migliorative contenute nell'offerta
- supporto tecnico-amministrativo nelle verifiche di adeguatezza delle prestazioni o raggiungimento degli obiettivi – Supporto tecnico-amministrativo nelle verifiche del rispetto delle tempistiche e dei programmi
- supporto tecnico-amministrativo nelle verifiche inerenti ai subappaltatori
- supporto tecnico-amministrativo nelle verifiche rispetto da parte dell'esecutore degli obblighi delle norme tecniche di riferimento previste nonché in materia ambientale, sociale e del lavoro
- supporto tecnico-amministrativo nella verifica del rispetto degli obblighi dell'esecutore e del subappaltatore

Per le finalità di cui alla presente sezione - descrizione della realtà esterna all'Azienda in grado di riverberarsi sull'Azienda - deve annotarsi altresì che, l'Ente in parola ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 733 del 29 maggio 2017, riveste anche il ruolo di Centrale Regionale Acquisti per la Regione Veneto (CRAV) e di soggetto aggregatore ex articolo 9, comma 1, decreto-legge n. 66 del 24 aprile 2014, convertito con legge n. 89 del 23 giugno 2014.

Per tale ragione, Azienda Zero svolge procedure di gara centralizzate sia in favore dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) della Provincia Autonoma di Trento (come da DDG n. 488 del 23.12.2022 e DDG n. 871 del 28.12.2022) che per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige – Comprensorio di Bolzano (DDG n. 273 del 21.4.2022 e DDG n. 767 del 4.11.2021) per l'acquisizione di beni e servizi afferenti/non afferenti alle categorie merceologiche di cui all'art. 9, comma 3, del D.L. n. 66/2014 convertito con modifiche nella L. n. 89/2014

Per monitoraggio e valutazione della performance del CRAV, come da impegni assunti con precedente piano, in data venerdì 3 febbraio u.s., il RPCT unitamente alla funzione IA e soggetto esterno competente nella materia di acquisti, hanno sottoposto a verifica il processo relativo alle gare centralizzate in qualità di centrale di committenza/ soggetto aggregatore.

Da tale attività è esitato verbale recante data 7 febbraio u.s che tratteggia alcune migliorie adottabili quali fattori abilitanti utili ad aumentare le difese a contrasto di possibili fenomeni corruttivi.

Invece sullo specifico tema PNRR, quanto alla realizzazione degli interventi previsti nel settore della sanità, la Missione 6 - salute, come da deleghe nell'ambito dell'informatica, Azienda Zero risulta indicata dalla Regione del Veneto quale soggetto attuatore e come tale è impegnata nella realizzazione dei progetti informatici che insistono nei due ambiti di investimento:

- M6C2 Investimento 1.3.1 - Rafforzamento della infrastruttura tecnologica del Fascicolo Sanitario Elettronico e degli strumenti per la raccolta, elaborazione analisi dei dati e la simulazione.
- componente 2 Investimento 1.3.1b "Rafforzamento infrastruttura tecnologica e strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) - Adozione e utilizzo del FSE da parte delle Regioni"

2.3.2.2 LA MAPPATURA DEI PROCESSI

Azienda Zero, volendo fare sintesi del lavoro fatto fino ad oggi, sia nell'ambito dell'Anticorruzione, sia in quello dell'Internal Audit, ha elaborato un modello di gestione del rischio, articolato in due fasi (il modello completo viene messo a disposizione del personale aziendale nella area drive condivisa "Gestione Documentale – Area Processi"):

- nella prima, viene data rappresentazione dei processi aziendali, delle aree di rischio e dei fattori abilitanti – come previsto nell'allegato "1" del PNA 2019, recante "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" – a loro riconducibili. Infine per ciascun processo viene data raffigurazione del valore di rischio lordo di frode. Quest'ultimo è determinato estraendo i valori emersi in sede i CRSA per determinati quesiti che più impattano sul rischio oggetto di trattazione (vedi box sottostante). La metodologia adottata presenta un grado di dettaglio non analitico.



Rappresentazione grafica del modello di gestione del rischio: Fase 1

ELEMENTO DI AU	ID	PROCESSO	OWNER	AREE DI RISCHIO	FATTORE/I ABILITANTI PIU' INCISIVI	RISCHIO LORDO FRODE
Pianificazione e Controllo Strategico G.1 - G.10						

La matrice delle responsabilità di esecuzione in merito all'attività in parola è così strutturata:

FASE 1	Funzione IA	RPTC	DIRETTORE DI UOC	PERSONALE DELL'UOC	DIREZIONE
INDIVIDUAZIONE PROCESSI	E	E	P	P	I
ASSEGNAZIONE AREE DI RISCHIO	I	I	C	E	
ASSEGNAZIONE FATTORE/I ABILITANTI PIU' INCISIVI	I	I	C	E	
ELABORAZIONE RISCHIO LORDO FRODE	E	E	I		I

Legenda:

C: Coordina

P: Partecipa

E: Esegue

I: Informato

Si precisa che le Aree di Rischio e dei Fattori Abilitanti sono già state individuate all'interno del modello, il personale chiamato alla compilazione dovrà solo fleggere gli aspetti presenti all'interno del processo oggetto di analisi.

- nella seconda fase, prendendo sempre come punto di riferimento il processo, vengono individuate le diverse attività che lo compongono e in ciascuna di esse, con la metodologia della matrice probabilità x impatto (vedi approfondimento), strumento di analisi dei rischi che aiuta a valutare il rischio, viene calcolato il rischio lordo relativamente ai rischi amministrativo contabili, compliance e frode; una volta ottenuto il rischio lordo si provvede a mappare i controlli presenti

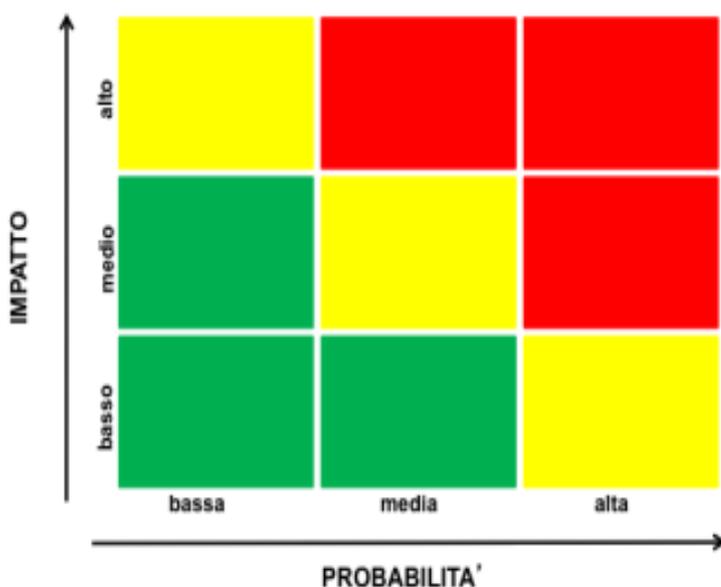


nel processo al fine di determinare il rischio netto. A questo punto il modello restituisce in automatico il tipo di test sui controlli presenti che l'Internal Audit dovrà effettuare (box sottostante). La metodologia adottata presenta un grado di dettaglio di maggiore analiticità rispetto alla fase 1.

Rappresentazione grafica del modello di gestione del rischio: Fase 2

ID	ATTIVITÀ	RISCHIO PREVALENTE LORDO	VALUTAZIONE DEL CONTROLLO	RISCHIO PREVALENTE NETTO	TIPO TEST

Approfondimento: matrice di probabilità x impatto:



Per matrice impatto/probabilità si intende e la combinazione dei giudizi qualitativi o semi quantitativi della probabilità e dell'impatto per produrre un livello e una classificazione di rischio. La matrice così costruita consente di posizionare i rischi stimati nell'ambito dei punti/quadranti di incrocio tra impatto e probabilità



Le scale adottate per la determinazione dell'indice di rischio lordo:

PROBABILITA'				P	IMPATTO		INDICE RISCHIO LORDO
Frequenza con cui si compie l'attività (1-5)	Discrezionalità con cui l'operatore svolge l'attività (1-5)	Storicità degli errori rilevati (1-3-5)	Informatizzazione dell'attività (1-5)		Economico (1-5)	Immagine (1-5)	
0,2	0,35	0,1	0,35		Tipo Rischio: C-->0,5 F-->0,2 AC-->0,8	Tipo Rischio: C-->0,5 F-->0,8 AC-->0,2	
1 - Annuale	1 - Assente	1 - Non risultano evidenze di errori	1 - Completamente informatizzata e integrata		1 - Trascurabile	1 - Trascurabile	
2 - Infra annuale	2 - Bassa		2 - Supportata da sistemi informatici aziendali non integrati		2 - Modesto	2 - Modesto	
3 - Mensile	3 - Media	3 - Risultano evidenze di errori con frequenza trascurabile	3 - Parte dell'attività è supportata da sistemi informatici aziendali		3 - Significativo	3 - Significativo	
4 - Settimanale	4 - Elevata		4 - Supportata da strumenti di informatica individuale (fogli elettronici, archivi elettronici)		4 - Grave	4 - Grave	
5 - Giornaliera	5 - Molto elevata	5 - Risultano evidenze di errori con frequenza significativa	5 - Non supportata da strumenti informatici		5 - Critico	5 - Critico	



Box determinazione Indice livello di Controllo presente:

Esistenza (0-1)	Descrizione		Copertura (1-5)	Pertinenza (1-5)	Robustezza (1-5)
			0,4	0,3	0,3
0 - No 1 - Sì	COD CONTR OLLO	Descrivere sinteticamente il controllo	1 - Molto bassa 2 - Bassa 3 - Discreta 4 - Buona 5 - Ottima	1 - Molto bassa 2 - Bassa 3 - Discreta 4 - Buona 5 - Ottima	1 - Molto bassa 2 - Bassa 3 - Discreta 4 - Buona 5 - Ottima

Box rappresentativo dei test da effettuare

Esclusione delle aree di test	Area di esclusione delle attività di test. Non risulta infatti giustificato l'impegno di risorse in tale circostanza
Verifica dell'economicità dei controlli	Area di inefficienza riconducibile a sovrabbondanza di controlli che può comportare costi in eccesso rispetto ai benefici
Valutazione implementazione	Valutazione dell'effettivo impatto sul rischio che giustifichi un investimento per implementare il controllo
Test di effettivo funzionamento dei controlli	Area di test per la verifica dell'effettivo funzionamento del controllo



DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Lo sviluppo del modello sopra rappresentato è così rappresentabile:

AZIONE	ANNO 2023												ANNO 2024																				
	A	N	G	L	A	S	C	N	D	G	F	N	A	N	G	L	A	S	C	N	D	G	F	N	A	N	G	L	A	S	C	N	D
INDIVIDUAZIONE DELLE AREE DI RISCHIO	█	█	█	█	█	█	█	█	█																								
INDIVIDUAZIONE DEI FATTORE/I ABILITANTI PIU' INCISIVI	█	█	█	█	█	█	█	█	█																								
AGGIORNAMENTO DEL RISCHIO LORDO COMPLESSIVO						█	█	█	█																								
AGGIORNAMENTO RISCHIO LORDO FRODE						█	█	█	█																								
ANALISI PROCESSI PRIORITARI										█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█													
AGGIORNAMENTO MODELLO																																	
ANALISI PROCESSI PRIORITARI																					█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
AGGIORNAMENTO MODELLO																																	

ALCUNE CONSIDERAZIONI IN MERITO

Il progetto presentato è sfidante e il presupposto per la riuscita è la disponibilità di tutto il personale Aziendale. In primis la Direzione Generale deve assicurare un forte commitment in termini di risorse umane - come auspicato reiteratamente dal OIV - così da riconoscere l'utilità che tale lavoro apporta all'azienda nella gestione del rischio corruzione e frode.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

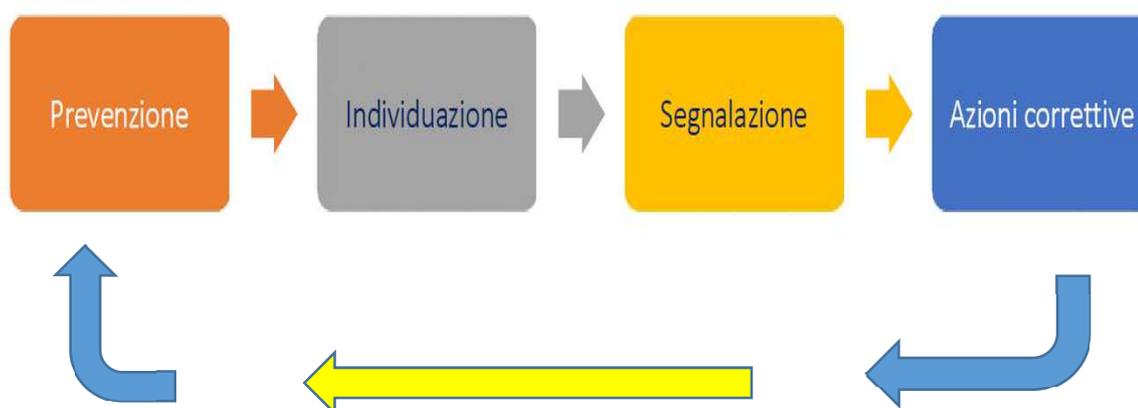
La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (il cd. trattamento del rischio).

IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIOSI

In questa fase sono individuati i comportamenti o i fatti che possono verificarsi in relazione ai processi aziendali e tali da dare luogo – anche solo ipoteticamente - a fenomeni corruttivi. Determinante è l’apporto e la collaborazione dei responsabili degli uffici (o dei processi) in ragione della diretta e puntuale conoscenza delle specifiche attività.

IL CICLO DI LOTTA ALLA FRODE: MISURE E STRUMENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

Azienda Zero promuove una pluralità di azioni coerenti e associate tra loro, intraprese nell’ambito di un approccio unitario e strutturato che si sviluppano secondo le principali fasi che caratterizzano l’intero “ciclo di lotta alle frodi”:



2.3.3 LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

✓ DOVERI DI COMPORTAMENTO: CODICE DI COMPORTAMENTO

L’adozione del codice di comportamento rappresenta una delle “azioni e misure” principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello aziendale, in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e per tal via, indirizzano l’azione amministrativa alla migliore cura dell’interesse pubblico.

A tal fine, il codice costituisce elemento complementare del Piano triennale per la prevenzione della corruzione in azienda.

Il Codice di Comportamento per il personale e il Codice Etico di Azienda Zero sono strumenti integranti della sezione anticorruzione del PIAO, vengono aggiornati nel rispetto delle “Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale” emanate da ANAC con determinazione n. 358 del 29.3.2017.

I Codici in parola, disciplinano in modo puntuale i seguenti ambiti:

- Regali, compensi e altre utilità (art. 4 del D.P.R. n. 62/2013)
- Partecipazione ad associazione e organizzazioni (art. 5 del D.P.R. n. 62/2013)

- Comunicazione degli interessi finanziari e ai conflitti d'interesse (art. 6 del D.P.R. n. 62/2013)
- Obbligo di astensione (art. 7 D.P.R. n. 62/2013)
- Prevenzione della corruzione (art. 8 del D.P.R. 62/2013)
- Trasparenza e tracciabilità (art. 9 del D.P.R. n. 62/2013)
- Comportamento nei rapporti privati (art. 10 del D.P.R n. 62/2013)
- Comportamento in servizio (art. 11 del d.p.r. n. 62 D.P.R /2013)
- Rapporti con il pubblico (art. 12 del D.P.R n. 62/2013)
- Disposizioni particolari per i dirigenti (art. 13 del D.P.R. n. 62/2913)
- Vigilanza, monitoraggio e attività formative (art. 14 del D.P.R n. 62/2013)
- Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice (art.16 del D.P.R. n. 62/2013)

PROPOSTE DI CONTROLLO

Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Codice di comportamento	Monitoraggio sul rispetto del Codice	Responsabile UPD	Trimestrale	Nr di denunce, condanne e procedimenti disciplinari attinenti

✓ **ROTAZIONE DEL PERSONALE ASSEGNATO ALLE AREE A RISCHIO CORRUZIONE**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione ma deve registrarsi che nel mondo della sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità e, parimenti, gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, appalti, settore dell' informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno dell'azienda.

La Direzione di Azienda Zero, pertanto:

- valutato il bilanciamento tra l'interesse alla riduzione del rischio sopra descritto e l'interesse a salvaguardare livelli di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa in presenza di una dotazione limitata di risorse umane disponibili nell'area del personale appartenente al ruolo professionale ed amministrativo - sia dirigenziale sia di funzioni direttive;
- considerata la forte criticità che l'organizzazione della rotazione del personale dirigenziale e delle funzioni direttive comporterebbe al buon andamento dell'azione amministrativa a causa:
- visto l'esiguo numero di unità presenti fra cui attuare la rotazione, che impatterebbe contestualmente su più aree assai delicate per il funzionamento aziendale;

- preso atto della forte specializzazione maturata nello svolgimento degli incarichi dal personale che ricopre attualmente tali incarichi, tali da configurare una sorta di infungibilità di tali figure;
- considerata l'incompatibilità e inconciliabilità tra i tempi di affiancamento e tutoraggio necessari per garantire, in sicurezza per l'efficienza dell'azienda, una rotazione – seppur graduale - tra le diverse figure e i carichi di lavoro attuali (in particolare con il ritmo delle scadenze a cui sono sottoposte le attività delle unità operative interessate);

ritiene, allo stato attuale, di non riuscire ad applicare la misura della rotazione al personale dirigenziale (del ruolo professionale, tecnico, amministrativo e del ruolo sanitario non medico) e direttivo (titolari posizione organizzativa del ruolo professionale, tecnico, amministrativo), a meno di presenza di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Azienda Zero, consapevole che la scelta di non attuare il sistema di rotazione può esporla a maggiori rischi di fenomeni corruttivi, adotterà le seguenti misure di natura preventiva che possono mitigare la probabilità di accadimento dell'evento rischioso:

- • il dirigente adotta modalità operative atte a favorire una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività sviluppando all'interno della propria struttura un adeguato sistema dei controlli interni (procedure., istruzioni operative, ecc);
- • l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni" e laddove non sia possibile operare la segregazione si inseriscono dei controlli compensativi, quali, ad esempio la differenziazione dei soggetti che procedono all'emissione degli ordini da coloro i quali procedono all'autorizzazione al pagamento

✓ CONFLITTO D'INTERESSE

Particolare attenzione va posta sulle situazioni di conflitto di interesse, che la legge n. 190/2012 ha valorizzato con l'inserimento dell'art. 6 bis nella l. n. 241 del 1990: "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

Pertanto i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione o atto endoprocedimentale del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. In particolare, l'art. 6 prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, i rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti.

La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate.

L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Tutto ciò premesso, ogni qual volta si configurino situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

Il codice di comportamento che l'Azienda ha adottato con delibera n. 15 del 31/1/2019, ai sensi dell'articolo 54, comma 5, del decreto legislativo n. 165 del 2001, disciplina nell' art. 5 la gestione del conflitto d'interessi, dichiarazione e obbligo di astensione. In particolare si è proceduto alla:

- pubblicazione del Codice di Comportamento aziendale, che disciplina l'obbligo di astensione, sul sito intranet aziendale e sul sito internet nella sezione dell'Amministrazione Trasparente
- comunicazione email a tutti i dipendenti della sua pubblicazione

PROPOSTE DI CONTROLLO

Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Conflitto di interesse	Applicazione nei rispettivi ambiti delle misure di gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Responsabili UOC	31/12/2023	Relazione annuale dei Responsabili al RPCT su segnalazioni ricevute dai dipendenti e delle misure adottate.

✓ CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE D'INCARICHI

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la l. n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, in particolare prevedendo che le amministrazioni debbono adottare dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra istituzionali.

Azienda Zero in attuazione delle modifiche apportate dalla nuova normativa:

- ha predisposto un "Regolamento per la disciplina delle situazioni di incompatibilità e di cumulo di attività ed incarichi previsti dall'art. 53 del D.L.vo n.165/2001 e s.m.i."

- ha modificato le procedure operative interne al fine di garantire il rispetto dei debiti informativi previsti dai commi 11,12,13 e 14 dell'art. 53 del D.L.vo n. 165/2001 così come modificati dall'art.1,c^43 della legge n.190/2012

PROPOSTE DI CONTROLLO

Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Conferimento e autorizzazione di incarichi	Applicazione della regolamento ex art. 53 del D.L.vo n.165/2001 e s.m.i.”	Responsabile U.O. Risorse Umane	Tempestiva	100% incarichi autorizzati/ incarichi svolti
Conferimento e autorizzazione di incarichi	Rispetto del debito informativo su PerLaPa ex.53 del D.L.vo n. 165/2001	Responsabile U.O. Risorse Umane	Entro 15 gg dall'autorizzazione incarico	100% incarichi autorizzati/ incarichi svolti

✓ INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI

Il D.Lgs. n. 39 del 2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

- ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna, anche non definitiva, per delitti contro la pubblica amministrazione
- particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza
- situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati

L'ANAC con la delibera n° 149 del 22 dicembre 2014 in materia di “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario” ha completamente riscritto la precedente delibera 58/2013 in materia di inconferibilità ed incompatibilità nel SSN, escludendo l'applicabilità di tale normativa a tutti i dirigenti.

L'ANAC, reinterpretando la legge 39/2013 alla luce della legge delega, ha limitato le ipotesi di incompatibilità ed inconferibilità esclusivamente agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie e quindi solo al direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo. Al fine di definire il ruolo e le funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità, l'ANAC con Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 ha adottato le «Linee guida aventi ad oggetto il procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC”.

PROPOSTE DI CONTROLLO



Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Inconferibilità	Acquisizione e verifica della dichiarazione di assenza di cause Di inconferibilità dell'incarico	Responsabile U.O. Risorse Umane	Tempestiva (in tempo utile per le dovute verifiche ai fini del conferimento dell'incarico)	100% incarichi conferiti/rinnovati
Inconferibilità	Pubblicazione dichiarazioni su Amministrazione Trasparente	Responsabile U.O. Risorse Umane	Tempestiva (pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.)	100% incarichi conferiti/rinnovati
Inconferibilità	Attività di verifica a campione del RPC sulle dichiarazioni concernenti la insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità.	RPCT	Annuale - 31/12/2023	Assenza di rilievi

✓ SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

La legge n. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001 il comma 16-ter volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

La disposizione stabilisce che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti."

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in

contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

L'aggiornamento 2022 del PNA fornisce precise indicazioni sull'applicazione dell'ipotesi relativa alla c.d. "incompatibilità successiva" (pantouflage), precisando in particolare: l'ambito di applicazione, il contenuto dell'Esercizio dei poteri autoritativi e negoziali, i presupposti per l'applicazione delle conseguenze sanzionatorie, i Soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi e le Sanzioni. Al fine di dare attuazione alla disposizione in questione, si prevede che la regolamentazione aziendale dei procedimenti preordinati alla stipula di contratti di qualsiasi natura sia integrata con l'esplicita previsione della esclusione dalla gara degli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165. Si prevede, altresì, l'inserimento di apposite clausole negli atti aziendali di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage; oltre all'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma. Resta fermo il fatto che il RPCT, non appena venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, provvederà a segnalare detta violazione all'ANAC, alla Direzione aziendale ed anche all'ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

PROPOSTE DI CONTROLLO

Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabili	Tempi	Indicatore
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Integrazione delle procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture con l'esplicita previsione della esclusione dalla gara degli operatori economici che abbiano affidato incarichi in violazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. del 2001 n. 165.	Responsabile Gestione Acquisti	Tempestivo	100% contratti
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Inserimento di apposite clausole negli atti aziendali di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage ex art 53, co.16 ter D.Lgs. n.165/2001	Responsabile U.O. Risorse Umane	Tempestivo	100% personale assunto interessato

✓ **TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWER)**

L' art 54 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001 prevede che il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al RPCT ovvero all'ANAC o denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad una misura organizzativa avente effetti negativi , diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

Il whistleblower è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo.

L'Azienda Zero ha adottato apposito regolamento, rappresentando tutte le misure necessarie a tutelare l'anonimato del dipendente che segnala illeciti di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. Fra i fatti che assumono rilievo ai fini della segnalazione rientrano i comportamenti, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico.

Il whistleblowing non riguarda le lamentele di carattere personale del segnalante, solitamente disciplinate da altre procedure.

Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

PROPOSTE DI CONTROLLO

Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Whistleblowing	Gestione delle segnalazioni	Responsabile UPD e RPCT	31/12/2023	Relazione annuale segnalazioni pervenute e interventi attuati

2.3.4 IL PNRR

In merito al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Azienda Zero svolge un ruolo di Soggetto attuatore; come definito dalla normativa in materia risulta essere un soggetto responsabile dell'avvio, dell'attuazione e della funzionalità dell'intervento/progetto finanziato dal PNRR. In particolare, l'art.1, comma 4, lett. o) del Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n. 108, indica che i soggetti attuatori sono: *“i soggetti pubblici o privati che provvedono alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR”*.



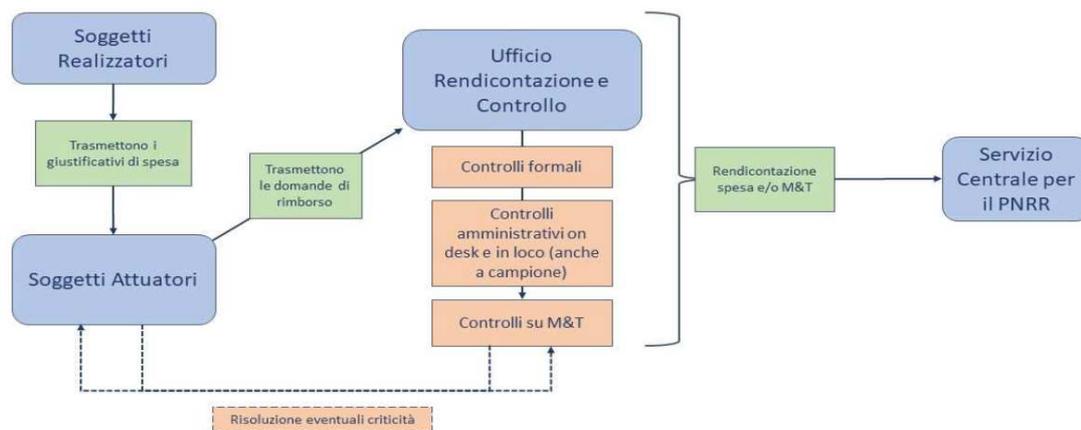
Copyright © 2021 Italia domani

IL FLUSSO

La complessiva strategia antifrode del PNRR tiene conto della nota EGESIF_14-0021-00 16/06/2014 della Commissione Europea sulla “Valutazione dei rischi di frode e misure antifrode efficaci e proporzionate”, che prevede che tutti i soggetti coinvolti nell’attuazione del PNRR devono dotarsi di un valido sistema di controllo interno che miri effettivamente alla riduzione dei rischi.

Il flusso viene così rappresentato:

Flusso – Procedure di Rendicontazione e Controllo



Sul fronte dell'integrazione tra il quadro operativo di attuazione del PNRR ed il sistema amministrativo di prevenzione della corruzione ed implementazione della trasparenza, sarà inoltre necessario individuare, come raccomandato dal PNA 2022, modalità di raccordo e confronto reciproco tra il RPCT e la funzione Internal Audit in particolare per ciò che concerne l'attuazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di trasparenza, nonché le relative attività di verifica, anche al fine di evitare il rischio di duplicazione degli adempimenti, in una logica di semplificazione.

PROPOSTE DI CONTROLLO



Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Identificazione del “titolare effettivo” delle società partecipanti alle gare	Individuare il titolare effettivo	Responsabile Gestione Acquisti	Ad evento	100% contratti
Pubblicazioni obbligatorie classificate per appalto	Compliance alla normativa	Responsabile Gestione Acquisti	Ad evento	100% contratti
Verifica del registro delle dichiarazioni dei conflitti di interesse e delle incompatibilità da parte del personale interno e degli esterni che partecipano all'istruttoria o alle fasi di comparazione;	Compliance alla normativa	IA / RPTC	A Campione	Almeno una volta l'anno
Costruzione check list frode	Contrasto fenomeni corruttivi	IA/RPTC	30/06/2023	Stesura check list

✓ ANTIRICICLAGGIO

La rilevanza del rischio di riciclaggio ha posto in evidenza come, tra i reati che producono proventi da riciclare, la corruzione costituisca una minaccia significativa. Un'efficace azione di prevenzione e di contrasto della corruzione può pertanto contribuire a ridurre il rischio di riciclaggio. Per altro verso, l'attività di antiriciclaggio costituisce un modo efficace per combattere la corruzione: ostacolando il reimpiego dei proventi dei reati, essa tende infatti a rendere anche la corruzione meno vantaggiosa.

Nel PNA 2022, ANAC ha sottolineato come le misure di prevenzione del riciclaggio siano necessarie, così come quelle di prevenzione della corruzione, per garantire la protezione del “valore pubblico”.

Ciò premesso, il D.Lgs. 21 novembre 2007 n. 231 costituisce il testo normativo vigente sulla prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio, ed è stato modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 90 (di recepimento della direttiva 20 maggio 2015/849), che ne ha sostituito intere parti, e ulteriormente modificato, da ultimo, dal D.Lgs. 4 ottobre 2019 n. 125, di recepimento della direttiva 2018/843.

Il Dlgs 90/2017 ha recepito nel nostro ordinamento la direttiva (UE) 2015/849 (IV direttiva antiriciclaggio), sostanzialmente riscrivendo in alcuni aspetti importanti il precedente DLgs 231/2007, e introducendo diverse innovazioni, che riguardano i soggetti destinatari degli obblighi di registrazione, le comunicazioni alle competenti Autorità, le misure di adeguata verifica della clientela, i controlli, gli obblighi di conservazione e le sanzioni.

Con le novità introdotte dal DLgs 90/2017 i controlli e le procedure antiriciclaggio sono stati graduati in funzione del rischio e al Comitato di Sicurezza Finanziaria sono stati attribuiti i compiti di elaborare l'analisi nazionale del rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo e delle strategie per contrastarlo e di elaborare linee-guida per le Pubbliche Amministrazioni. I soggetti destinatari degli

obblighi antiriciclaggio devono adottare le conseguenti misure proporzionate al rischio, dotandosi delle procedure sistematiche di valutazione, gestione e controllo dei rischi tipici dell'attività espletata.

Il D lgs 125/2019 ha recepito nel nostro ordinamento la direttiva 2018/843 (V direttiva antiriciclaggio), con modifiche sui poteri ispettivi e di controllo delle Autorità di vigilanza, sulla definizione delle «amministrazioni ed organismi interessati» (quelli che hanno poteri di controllo o rilasciano autorizzazioni, concessioni, licenze, e qualsiasi altro titolo autorizzativo o abilitante ai “soggetti destinatari degli obblighi” individuati dal D.Lgs 231/2007), sull'individuazione del legame tra persone politicamente esposte ed altri soggetti. Ulteriori interventi concernono la definizione dei “prestatori di servizi relativi all'utilizzo di valuta virtuale e i “prestatori di portafoglio digitali, l'individuazione dei soggetti obbligati, e gli obblighi della società capogruppo, che deve adottare un approccio globale al rischio riciclaggio e finanziamento del terrorismo, in ossequio a quanto disposto dall'Autorità di vigilanza del settore. Il D.Lgs modifica poi le modalità della verifica adeguata della clientela, compreso l'utilizzo delle forme di identificazione elettronica.

Le procedure legate al PNRR sono avviate adeguatamente sia alle disposizioni di cui al DL n. 77/2021, convertito con legge 108 del 20/7/2021, sia alla circolare n.30 del 11/8/2022 emanata dal Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato con la quale sono state adottate delle Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione delle Misure PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori.

Anche il sistema sanzionatorio viene modificato con puntualizzazione dei poteri sanzionatori di Banca d'Italia, IVASS e CONSOB, con il coordinamento dei poteri sanzionatori di tutti i soggetti competenti, e l'attribuzione al MEF del potere di irrogare ogni altra sanzione amministrativa pecuniaria non espressamente attribuita ad altra Autorità od Organismo.

L'art. 10 primo comma del D.Lgs 231/2007 stabilisce che: «1. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.»

Azienda Zero in attuazione della predetta normativa e in applicazione è tenuta, a collaborare con le autorità competenti in materia di lotta al riciclaggio, individuando e segnalando le attività e fatti rilevanti che potrebbero costituire sospetto di operazioni di riciclaggio, oltre che a delineare le procedure operative atte a garantire un tempestivo assolvimento degli obblighi di comunicazione verso l'Unità di Informazione Finanziaria - U.I.F., l'Amministrazione provvede annualmente alla formazione del personale dell'Ente e dei referenti coinvolti, raccoglie le segnalazioni. Nel corso del triennio (2023-2025) verrà effettuata apposita formazione a tutti gli attori interessati e con i Dirigenti dell'area appalti beni servizi e lavori verranno elaborate apposite check list di indicatori di anomalia più rilevanti e pertinenti al nostro contesto interno (risk based).

PROPOSTE DI CONTROLLO

Misura di prevenzione	Obiettivo	Responsabile	Tempi	Indicatore
Antiriciclaggio	Attivare un percorso formativo con i Direttori di struttura complessa	Gestore	31/12/2023	Almeno n. 1 incontro di formazione
Antiriciclaggio	Aggiornamento regolamento Aziendale in materia di Antiriciclaggio	Direzione Generale	30/06/2023	Approvazione Regolamento revisionato

2.3.5 LA TRASPARENZA

2.3.5.1 LA TRASPARENZA COME DIMENSIONE DEL VALORE PUBBLICO

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - quanto a questo aspetto - ha il compito di controllare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Il RPCT provvede, pertanto, ad interfacciarsi con tutte le strutture aziendali al fine di monitorare l'intera sezione "Amministrazione Trasparente", verificando lo stato di pubblicazione e, se necessario, sollecitare gli uffici a completare quanto non ancora oggetto di pubblicazione o a segnalare malfunzionamenti del sito ove, durante l'attività di verifica, rilevi problemi o debba dare riscontro a segnalazioni dell'OIV.

Ciascun Direttore di UO è responsabile della veridicità, completezza e tempestività dei dati pubblicati e può assolvere all'incombente anche per il tramite di un referente interno alla struttura.

L'**Allegato 1** del presente Piano elenca gli obblighi di pubblicazione, i riferimenti normativi, i contenuti degli obblighi, la tipologia di dato e modalità e tempistica di aggiornamento e le Unità operative tenute all'adempimento.

Il RPCT provvede alla ricognizione aziendale circa le richieste di accesso agli atti - competenza di recente assegnata dal nuovo Atto Aziendale alla UOC Affari Generali - monitorando, in collaborazione con i diversi uffici, l'esito delle istanze anche ai fini delle valutazioni, ai sensi dell'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013, dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

L'art. 43, comma 4, del d.lgs. 33/2013 prevede che il RPCT, unitamente ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, controlli e assicuri la regolare attuazione dell'accesso civico.

Si segnala che dal corrente anno 2023, è stato stralciato dalla Regione Veneto l'obiettivo aziendale che precedentemente veniva assegnato ad Azienda Zero dalla Regione del Veneto, di procedere al monitoraggio del rispetto degli obblighi di pubblicazione da parte di tutte le Aziende SSR per poi relazionare all'Area sanità e sociale.

Si segnala, in materia di trasparenza - quale aggiornamento per il presente anno - la prosecuzione in sede giudiziaria presso il Tribunale di Padova, della causa che vede attrice Azienda Zero per la

restituzione delle somme erogate per la realizzazione della piattaforma informatica denominata “Atlante della Trasparenza” da parte di fornitore esterno - progetto di matrice regionale ex DGRV n. 2050 del 14.12.2017.

Parimenti, quale aggiornamento, si evidenzia come dal 2023 vi sia l’indicazione da parte del PNA 2022 ANAC di indicare oltre al responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati, anche il responsabile del monitoraggio (soggetto che, per il corrente anno, si è ritenuto di fare coincidere con la figura del Direttore apicale pro tempore della struttura di riferimento) e relativo termine di scadenza per la pubblicazione (tempistica che, in ragione dei ruoli delle risorse dedicate all’incombente all’interno di ciascuna UOC, si è ritenuto di standardizzare in 30 giorni).

2.3.5.3 QUALITÀ DEI DATI PUBBLICATI

Ai fini della pubblicazione dei dati, i responsabili sono tenuti all’osservanza dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai sensi dell’art. 6, comma 1, del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., così come richiamati nelle Linee Guida ANAC, e precisamente:



2.3.5.4 Monitoraggio

Il RPTC svolge, come previsto dall’art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l’attività di controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica, mediante riscontro tra

quanto trasmesso e pubblicato e quanto previsto in corrispondenza di ciascun obbligo di pubblicazione.

Al fine di agevolare l'attività di controllo e monitoraggio del RPCT, di norma, il dirigente/responsabile della elaborazione e/o trasmissione dei dati nonché il dirigente/responsabile della pubblicazione degli stessi informano tempestivamente e, comunque, entro 30 giorni, il RPCT della eventuale mancata trasmissione e pubblicazione nelle corrispondenti sotto-sezioni della Sezione Amministrazione Trasparente.

2.3.6 Collegamento con Il Piano della Performance

L'efficacia del Piano triennale dipenderà dalla collaborazione effettiva di tutta l'Organizzazione e pertanto è indispensabile che lo stesso sia coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti programmazione dell'Azienda.

Particolarmente importante è il legame stabilito con il Ciclo della Performance e con gli obiettivi strategici aziendali. In questo senso l'Azienda ha inserito nella programmazione del Ciclo della Performance 2023 e per gli anni seguenti, gli obiettivi e indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano Triennale. In tal modo le attività svolte dall'Azienda per l'attuazione del PTA, dovranno essere inserite in forma di obiettivi nel Piano della Performance, sia sul fronte della Performance Organizzativa, sia su quella individuale. In tal modo l'Organismo di Valutazione verificherà la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Inoltre il sistema incentivante aziendale dovrà essere legato al raggiungimento degli obiettivi di budget che ricomprenderanno le attività programmate dal Piano triennale per la riduzione dei rischi corruttivi.

2.3.7 Trasparenza e tutela della privacy

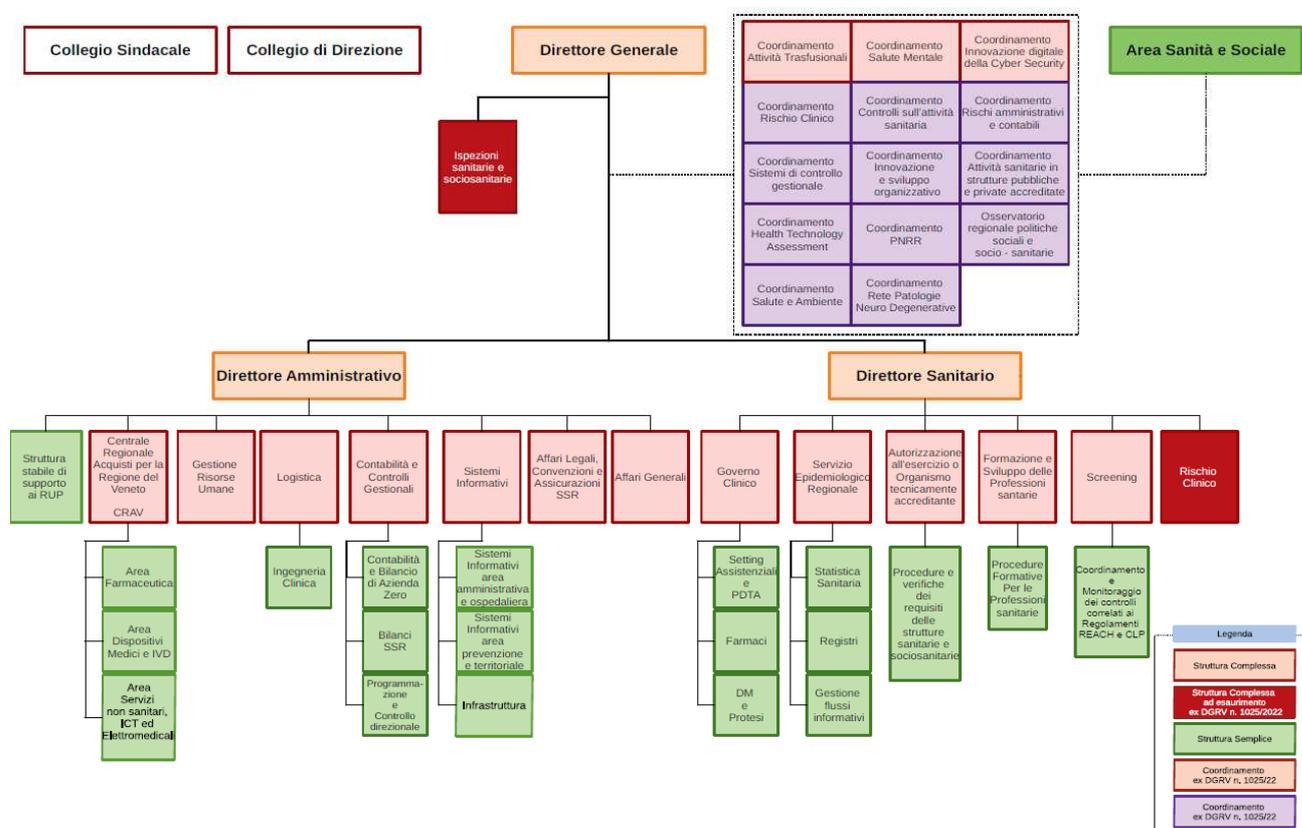
L'entrata in vigore, nel maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, titolato "Regolamento generale sulla protezione dei dati" e del d.lgs. 101/2018, che ha conseguentemente adeguato il d.lgs. 196/2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", ha ulteriormente evidenziato la complessa tematica del contemperamento tra trasparenza e tutela dei dati personali.

L'Azienda adempie agli obblighi di pubblicazione secondo i criteri di pertinenza, di adeguatezza e di non eccedenza dei dati, minimizzando quelli superflui ai fini dell'accessibilità e conoscibilità e rendendo, comunque, non intelligibili i dati personali e sensibili non indispensabili.

Stando alle previsioni normative e alle indicazioni fornite dal Garante della Privacy, l'Autorità è compresa tra le amministrazioni tenute alla designazione obbligatoria del RPD e, pertanto, ha provveduto, con delibera del Direttore Generale n. 183 del 21/05/2018, a nominare un proprio Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD).

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA



3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Azienda Zero intende avviare entro il primo trimestre del 2023 una fase di sperimentazione del lavoro agile, finalizzata alla progressiva entrata a regime e al successivo consolidamento dell'istituto.

A tal fine, è in corso la predisposizione di un regolamento aziendale per la disciplina dell'istituto, che verrà sottoposto al vaglio della Direzione Strategica entro il primo trimestre del 2023.

Al termine della sperimentazione, verranno valutati i risultati conseguiti dall'Azienda sotto il profilo della produttività e della qualità dei servizi, nonché la capacità di garantire la continuità dei processi e delle attività istituzionali.

3.2.1 Le condizionalità e i fattori abilitanti

3.2.1.1 Misure organizzative

Nel corso del 2022, Azienda Zero – nelle more della specifica disciplina contrattuale – ha predisposto una prima bozza di regolamento sul lavoro agile, in conformità alla disciplina legislativa vigente, nonché alle indicazioni fornite dal Ministero per la Pubblica Amministrazione con il D.M. 8 ottobre 2021 e le Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, del 16 dicembre 2021.

Durante gli incontri con le organizzazioni sindacali, tenutisi nel corso del 2022, queste sono state informate sullo stato di avanzamento della redazione del regolamento.

A seguito dell'entrata in vigore del CCNL del Comparto Sanità per il triennio 2019-2021, è stato attivato a livello regionale un Gruppo di lavoro interaziendale sul Lavoro agile, con il compito di realizzare un modello di regolamento e di accordo individuale condiviso, al fine di adottare una disciplina omogenea a livello regionale, che affrontasse, tra l'altro, le tematiche più urgenti legate all'introduzione dell'istituto, a partire dalla sicurezza informatica.

A conclusione dei lavori del Gruppo, a cui ha partecipato anche Azienda Zero, il modello di regolamentazione prodotto è stato adattato alle specificità aziendali.

Come in precedenza evidenziato, entro il primo trimestre del 2023 verrà adottato il regolamento aziendale per la disciplina del lavoro agile; successivamente, come previsto all'art. 6, comma 3, lett. i) del CCNL del Comparto Sanità 2019-2021, sarà oggetto di confronto sindacale la definizione dei criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e dei criteri di priorità per l'accesso allo stesso.

A seguito del predetto confronto sindacale, l'Azienda individuerà le attività che possono essere eseguite in lavoro agile (c.d. attività remotizzabili). In particolare, verrà chiesto ai Direttori di UOC di effettuare una mappatura delle attività che, all'interno della Struttura, potranno essere rese in modalità agile, prevedendo per ciascuna attività i relativi obiettivi, scadenze o frequenza con cui andranno realizzate, indicatori che consentano di misurare e monitorare i risultati conseguiti e, infine, le modalità con cui i lavoratori agili dovranno rendicontare il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati.

Nell'ambito delle attività remotizzabili, poi, i dipendenti interessati ad avvalersi dell'istituto potranno fare richiesta al proprio Direttore, con il quale sottoscriveranno un accordo individuale di lavoro agile, redatto secondo il modello che sarà allegato al regolamento, in cui saranno previsti, tra l'altro, gli obiettivi assegnati al singolo dipendente.

La UOC Gestione Risorse Umane rivestirà il ruolo di unità organizzativa di coordinamento, in quanto preposta a raccogliere e coordinare la mappatura delle attività remotizzabili effettuata da ciascun Direttore di UOC e gli accordi individuali sottoscritti, oltre che a trasmettere al Ministero del Lavoro le informazioni individuate nel D.M. n. 149 del 22 agosto 2022 in caso di sottoscrizione di nuovo accordo individuale e di modifica, annullamento o recesso da un accordo già comunicato in precedenza.

3.2.1.2 Piattaforme tecnologiche

Ai lavoratori agili verrà garantito l'accesso da remoto alle risorse digitali e alle applicazioni di Azienda Zero, attraverso modalità, individuate dalla UOC Sistemi Informativi, in grado di garantire un livello di sicurezza adeguato.

In sede di sottoscrizione dell'accordo individuale verrà consegnata al dipendente un'informativa relativa all'utilizzo della dotazione tecnologica e alla sicurezza informatica, contenente specifiche disposizioni a cui questo dovrà attenersi nell'esecuzione della prestazione in modalità agile.

Per garantire il rispetto dei requisiti minimi di sicurezza informatica, Azienda Zero effettuerà opportune verifiche circa lo stato di idoneità della dotazione tecnologica fornita ai lavoratori agili.

Inoltre, verranno fornite puntuali prescrizioni relative ai requisiti minimi di sicurezza a cui dovranno attenersi i dipendenti autorizzati ad utilizzare la propria dotazione personale; il rispetto dei predetti requisiti sarà oggetto di adeguato monitoraggio.

Il Responsabile della transizione digitale (RTD) ha il compito di definire un maturity model per il lavoro agile individuando gli adeguamenti tecnologici necessari.

Competenze professionali

Nel corso del 2022 sono state attivate alcune attività formative aventi ad oggetto la disciplina del lavoro agile, a cui hanno partecipato i dipendenti della UOC Gestione Risorse Umane incaricati della predisposizione del regolamento aziendale in materia, al fine di acquisire una buona conoscenza dell'istituto e della compatibilità dello stesso con gli altri istituti inerenti il rapporto di lavoro.

All'adozione del regolamento seguiranno specifiche attività di formazione sul campo, destinate sia ai Direttori di Unità Operativa, ai quali saranno illustrate le istruzioni gestionali relative all'introduzione e all'implementazione del lavoro agile, sia ai dipendenti, che riceveranno indicazioni operative a cui attenersi nelle giornate di lavoro agile (ad esempio in riferimento alla fascia di contattabilità, alle modalità di rendicontazione degli obiettivi conseguiti, alla sicurezza sul luogo di esecuzione della prestazione, alle misure per garantire la sicurezza informatica, ecc.).

Nel corso del 2023, al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, saranno altresì previste delle specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione, che abbiano ad oggetto l'utilizzo delle piattaforme digitali e degli altri strumenti che permettono di lavorare in modalità agile, il coordinamento con il personale in presenza, la promozione del lavoro in autonomia, l'*empowerment*, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni e la salute e sicurezza sul luogo di lavoro.

Specifiche iniziative formative potranno essere rivolte ai Direttori di Unità Operativa, ai quali viene richiesto un'ulteriore sviluppo ed avanzamento di questo stile manageriale e di leadership, caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati.

3.2.2 Gli obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance

Azienda Zero, tenendo in considerazione gli esiti della fase di sperimentazione dell'istituto, adeguerà progressivamente i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno e di misurazione della performance organizzativa e individuale prevedendo idonei indicatori al fine di valutare efficienza, efficacia ed economicità delle attività svolte in modalità agile.

In particolare, nella valutazione della performance individuale del singolo lavoratore agile, si terrà in considerazione la capacità di conseguire gli obiettivi assegnati in modalità agile e il rispetto delle disposizioni relative alla modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, ad esempio in riferimento alle fasce di contattabilità, alle scadenze e alle modalità di rendicontazione dei risultati raggiunti e alla capacità di organizzare il proprio lavoro in autonomia, in maniera efficace ed

efficiente, garantendo al contempo il coordinamento con il proprio Direttore o Responsabile e con i colleghi in presenza.

Sarà cura dell'Organismo indipendente di valutazione (OIV) verificare che la definizione degli indicatori che saranno utilizzati per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance organizzativa e individuale sia il risultato di un confronto tra i decisori apicali e tutti i soggetti coinvolti nel processo e fornire indicazioni sull'adeguatezza metodologica degli indicatori stessi.

3.2.3 I contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia

Al fine di verificare il livello di implementazione del lavoro agile all'interno di Azienda Zero, i risultati determinati dallo stesso in termini di efficienza, efficacia, economicità e qualità dei servizi, nonché la capacità di garantire la continuità dei processi e delle attività istituzionali, sarà attivato un accurato monitoraggio, a partire dalla fase di mappatura delle attività.

Verrà pertanto chiesto ai dipendenti in lavoro agile di rendicontare mensilmente al proprio Direttore di UOC i risultati conseguiti rispetto alle attività e agli obiettivi loro assegnati. Sulla base del resoconto prodotto dal lavoratore, il Direttore di UOC sarà chiamato a fornire trimestralmente al Direttore di Area una rendicontazione relativa al grado di conseguimento degli obiettivi e delle attività assegnati a ciascun lavoratore agile.

Saranno prese in considerazione le opinioni espresse dal personale che ha fruito di lavoro agile, oltre che eventuali suggerimenti o proposte, al fine di rilevare eventuali benefici e/o problematiche derivanti dall'introduzione dell'istituto.

Allo scopo di valutare l'impatto derivante dalla possibilità di gestire in maniera flessibile ed autonoma la prestazione in lavoro agile, verrà effettuata un'analisi comparativa in termini di riduzione delle assenze (ferie, permessi e congedi di varia natura) da parte del personale che ne avrà usufruito.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1 Principali fonti normative nazionali

Le principali fonti normative nazionali di riferimento sono:

- **Piano Sanitario Nazionale:** il principale strumento di programmazione sanitaria che rappresenta secondo normativa il primo punto di riferimento per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario;
- **Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75** ad oggetto “Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l), m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione del personale delle amministrazioni pubbliche”;
- **Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165** e in particolar modo gli artt. 6, 6-bis, 6-ter;
- **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;**
- **Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;**
- **Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell’8 maggio 2018** con cui sono state definite, ai sensi dell’art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 maggio 2001, n. 165, come inserito dall’art. 4 comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, le linee d’indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale;
- **Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80** ad oggetto “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”;
- **Decreto-Legge (PNRR2) 30 aprile 2022, n. 36** ad oggetto “Ulteriori misure urgenti per l’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”, convertito con modificazioni dalla L. 29 giugno 2022, n. 79;
- **Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81**, “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”;
- **Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica del 30 giugno 2022, n. 132**, avente ad oggetto “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”.

3.3.2 Principali fonti normative regionali e provvedimenti aziendali

Le principali fonti normative regionali di riferimento sono:

- **Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016** e successivi atti inerenti la riforma che istituisce l’Azienda Zero quale ente di governance della sanità regionale;
- **Legge Regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 - art. 14** – che prevede la possibilità per Azienda Zero, a seguito di autorizzazione della Giunta Regionale, di assumere, oltre che con le procedure

- di mobilità riservate alle Aziende del SSR, direttamente mediante espletamento di procedure concorsuali per i posti che non siano stati coperti a seguito delle medesime procedure di mobilità;
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018 e DGR applicative;
 - **Indirizzi annuali per l'attività di Azienda Zero**, ai sensi dell'art. 2 comma 9 della L.R. 19/2016 (DGR 555 del 30/4/2018);
 - **DGR n. 677 del 15 maggio 2018** avente ad oggetto "Piani triennali dei fabbisogni di personale delle aziende ed enti del SSR ex art. 6 del decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001: incarico al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di emanare indicazioni operative per l'applicazione delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" contenute nello schema di decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione sul quale nella seduta del 19 aprile 2018 è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Unificata".
 - **DGR n. 258 del 09 marzo 2021** avente ad oggetto "Disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR e di specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e articolo 14, comma 1, della L.R. 28 dicembre 2018, n. 48. D.G.R. n. 8/CR del 9 febbraio 2021";
 - **DGR n. 1129 del 17 agosto 2021** concernente determinazioni degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2021;
 - **DGR n. 417 del 12 aprile 2022** avente ad oggetto "Disposizioni per l'anno 2022 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e articolo 14, comma 1, della L.R. 28 dicembre 2018, n. 48. D.G.R. n. 23 /CR del 15 marzo 2022";
 - **DGR n. 1025 del 16 agosto 2022** avente ad oggetto "Approvazione delle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero. DGR n. 733 del 29 maggio 2017. Articolo 2, comma 6, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19. D.G.R. n. 71/CR del 5 luglio 2022";
 - **DGR n. 1717 del 30 dicembre 2022** avente ad oggetto "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
 - **DGR n. 1718 del 30 dicembre 2022** avente ad oggetto: " Disposizioni per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e di specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 D.G.R. n. 132/CR del 13 dicembre 2022".
 - **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 853 del 29 novembre 2021** avente ad oggetto "Revisione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per l'anno 2021 e adozione della proposta di Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025";
 - **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 120 del 18 febbraio 2022** avente ad oggetto "Adozione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale definitivo per il triennio 2023-2025 e aggiornamento del Piano dei Fabbisogni per l'anno 2021";
 - **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 730 del 4 novembre 2022**, avente ad oggetto "Adozione Piano di Uguaglianza di Genere – Gender Equality Plan - GEP 2023-2025".

- **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 777 del 25 novembre 2022**, avente ad oggetto “Revisione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022 e adozione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023 - 2025 alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO);
- **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 888 del 30 dicembre 2022**, avente ad oggetto: “Integrazione al PIAO 2023-2025 - Piano della Performance 2023-2025”.
- **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 341 del 19 luglio 2019** di modifica dell'atto aziendale;
- Proposta nuovo atto aziendale inviata all'Area Sanità e Sociale il **29 ottobre 2021**;
- **Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 757 del 30 ottobre 2022**, avente ad oggetto “Adozione dell'Atto Aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”.

3.3.3 Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023-2025 e programmazione 2023

L'art. 6 comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, prevede l'approvazione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di Personale (PTFP) da parte delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei quali devono essere indicate le risorse finanziarie destinate alla loro attuazione, nonché la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione. Le modalità operative e le tempistiche per l'adozione e l'approvazione dei PTFP sono state fornite dalla Regione del Veneto con DGRV n. 677/2018.

Peraltro, l'art. 6 comma 1 del D.L. n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 113/2021, ha previsto che - entro il 31 gennaio di ogni anno - le Pubbliche Amministrazioni adottino il Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO). Per effetto del suddetto articolo l'adozione del PTFP è confluito nel PIAO quale strumento unico di coordinamento che mette in relazione la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla programmazione strategica dell'ente e alle strategie di valorizzazione del capitale umano. Conseguentemente, in data 30/6/2022, il D.P.R. n. 81/2022 ha abrogato gli adempimenti riferiti ai Piani che vengono assorbiti dal PIAO.

Sulla base delle riforme sopra descritte, con nota acquisita al prot. n. 29635/2022 il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale ha confermato le indicazioni operative contenute nella DGRV n. 677/2018 per la predisposizione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale nonché la scadenza del 30 novembre 2022 per la sua presentazione.

Pertanto, con Deliberazione del Direttore Generale n. 777 del 25/11/2022 è stato proposto l'aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale già presentato e approvato per l'anno 2022 e l'adozione in via provvisoria del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025, tramite la compilazione della tabella A “Piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2022-2023-2024-2025” (Allegato A), della tabella B “Dotazione organica” per l'esercizio 2022-2023 (Allegato B), nonché della relazione sintetica.

Con nota acquisita agli atti prot. n. 36126 del 23/12/2022, l'Area Sanità e Sociale ha approvato l'aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale – anno 2022 e il Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2025, in quanto coerenti con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8/5/2018, nonché con le indicazioni operative fornite con la DGRV n. 677/2018 e la nota prot. n. 491835 del 21/10/2022.

Successivamente, con DGR n. 1717 del 30 dicembre 2022, la Regione del Veneto ha fornito specifiche indicazioni alle aziende e gli enti del SSR al fine di semplificare ed omogeneizzare a livello regionale l'elaborazione del PIAO.

Inoltre, con Deliberazione n. 1025 del 10/08/2022, la Giunta Regionale ha approvato le Linee Guida per la predisposizione dell'atto aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero in sostituzione di quelle approvate con DGRV n. 733/2017, stabilendo contestualmente la procedura per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dello stesso atto aziendale.

Le nuove Linee Guida sono volte ad adeguare l'organizzazione di Azienda Zero in ragione delle nuove esigenze emerse nel corso degli ultimi anni – in considerazione del periodo emergenziale e pandemico trascorso – rafforzando e rendendo ancora più specializzata ed efficace l'attività di natura gestionale svolta dalle strutture organizzative della stessa Azienda consentendo così il pieno esercizio delle funzioni di programmazione in capo alla Regione e l'esecuzione di attività gestionali tecnico-specialistiche in capo ad Azienda Zero.

Attualmente, il presente Piano è adottato in continuità con l'organizzazione aziendale vigente, in coerenza con la già definita pianificazione delle attività nonché delle risorse finanziarie di Azienda Zero.

3.3.3.1 Consistenza del personale di Azienda Zero, conferimento incarichi dirigenziali e incarichi di funzione

La dotazione organica prevede complessivamente n. 318 unità, così distinte:

- n. 56 unità dirigenziali, di cui n. 29 dirigenti PTA, n. 18 dirigenti medici e n. 9 dirigenti sanitari (incluso il dirigente delle professioni sanitarie);
- n. 262 unità del comparto.

CONSISTENZA DEL PERSONALE DI AZIENDA ZERO			
<i>Profili Professionali</i>	<i>Dotazione organica</i>	<i>Personale in forza*</i>	<i>Posti vacanti</i>
Dirigenza medica	18	15	3
Dirigenza sanitaria	9	8	1
Dirigenza ruoli PTA	29	27	2
Totale Dirigenza	56	50	6

Personale infermieristico/ostetrico	28	25	3
Personale tecnico sanitario	3	3	0
Personale della riabilitazione	1	1	0
Personale della prevenzione	3	3	0
Categoria D/DS - Collab. Tecnico e Amm. prof.le	148	125	23
Categoria C - Programmatore	10	7	3
Categoria C - Assistente amministrativo	65	57	8
Categoria B e Bs	4	4	0
Totale Comparto	262	225	37
Totale Generale	318	275	43

Tabella 1 - aggiornata al 25/11/2022

*E' conteggiato il personale in comando e in distacco in uscita, in comando in entrata e in aspettativa per conservazione posto, di cui alle Tabelle 4 e 5.

La tabella è coerente con quanto previsto nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025, adottato in via provvisoria con Deliberazione n. 777 del 25/11/2022. Inoltre, nel dicembre del 2022 si è proceduto all'assunzione a tempo indeterminato di n. 3 Assistenti Amministrativi - Cat. C, appartenenti alle categorie di cui all'art. 1 della Legge n. 68 del 12/3/1999.

Fermi gli incarichi già conferiti negli anni precedenti e ancora in corso, nel secondo semestre dell'anno 2022 sono stati conferiti ulteriori **incarichi dirigenziali**:

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 608 del 13/09/2022 è stato conferito l'incarico di direzione di Struttura Complessa 'Servizio Epidemiologico Regionale e Registri' (ex art. 18, c. 1, par. I, lett. a, CCNL dell'Area Sanità del 19/12/2019);
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 610 del 13/09/2022, è stato conferito l'incarico di direzione di Struttura Complessa 'Formazione e Sviluppo Professioni Sanitarie', (ex art. 18, c. 1, par. I, lett. a, CCNL dell'Area Sanità del 19/12/2019);
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 634 del 30/09/2022, è stato conferito l'incarico di Direzione di Unità Operativa Complessa (UOC) "Logistica", ex art.70, co. 1, lett. a) del CCNL Area delle Funzioni Locali del 17/12/2020;
- con Deliberazione del Direttore Generale n. 758 del 21/11/2022, è stato conferito l'incarico di direzione di Struttura Complessa 'UOC Autorizzazione all'Esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante' (ex art. 22, c. 5 e 6, CCNL dell'Area Sanità del 19/12/2019).

Per quanto riguarda la programmazione nel triennio 2023/2025 relativa al conferimento degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione per il comparto, con l'approvazione del nuovo atto aziendale, l'Azienda dovrà operare un'importante modifica organizzativa, anche in ragione delle

nuove attività attribuite, dell'istituzione di nuove Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici e dei nuovi Coordinamenti.

Infatti, la nuova organizzazione aziendale comporterà la necessità di definire un nuovo assetto degli incarichi, in base alle nuove competenze di ciascuna Struttura e alle nuove tipologie, e relativa graduazione, degli incarichi in parola.

Inoltre, per quanto concerne il personale del Comparto, in data 2/11/2022 è stato sottoscritto il nuovo CCNL del Comparto sanità per il triennio 2019/2021 che, in particolare, mette in atto una revisione del sistema di classificazione del personale, introduce un'area di elevata qualificazione ed opera una rivisitazione del sistema degli incarichi.

Programmazione strategica delle Risorse Umane

Il piano triennale del fabbisogno si inserisce a valle dell'attività di programmazione aziendale complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. La giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali necessarie all'Azienda consente di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire con maggior efficacia gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività.

La programmazione e la definizione del fabbisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche. È dunque opportuno che le amministrazioni valutino le proprie azioni sulla base dei seguenti fattori:

- a) stima del trend delle cessazioni;
- b) capacità assunzionale;
- c) stima dell'evoluzione dei bisogni e conseguenti strategie attrattive.

3.3.3.2.a Stima delle cessazioni 2023-2025

*TIPOLOGIA DI CESSAZIONE conosciute - triennio 2023/2025	Qualifica professionale	N° dipendenti
Pensionamenti previsti in base alla situazione anagrafica e contributiva dei dipendenti	Dirigente Area Sanità	1
	Comparto - CATEGORIA D/Ds	4
	Comparto - CATEGORIA C	1
Dimissioni	Dirigente Area Sanità	1

Mobilità in uscita programmate	Dirigente PTA	1
	Comparto - CATEGORIA D/Ds	3
TOTALE		11

Tabella 3

*Aspettative per conservazione posto concesse per il 2023	Dirigenza Area Sanità	2
	Comparto	4

Tabella 4 *I dati delle tabelle sono aggiornati alla data del 31/12/2022

3.3.3.2.b Strategie di copertura del fabbisogno 2023-2025

Per il triennio 2023/2025, a copertura del turn over, Azienda Zero disporrà le assunzioni in coerenza con il nuovo atto aziendale una volta approvato dall'Area Sanità e Sociale e seguirà il regime autorizzatorio previsto per la generalità degli enti del SSR. – DGR 1717 del 30/12/2022.

- **Contratti di Formazione e Lavoro:** con Deliberazione del Direttore Generale n. 714 del 25/10/2022 sono stati indetti due avvisi pubblici, per titoli ed esami, per l'assunzione, a tempo determinato, con contratto di Formazione e Lavoro, di n. 39 Collaboratori Amministrativi Professionali, cat. D - di cui n. 19 di Area Economica e n. 20 di Area Giuridica, da destinare alle Unità Operative Complesse Gestione Risorse Umane delle Aziende del SSR. Per Azienda Zero sono stati messi a bando due posti. Le prove selettive si concluderanno nei primi mesi del 2023.
- **Mobilità esterna** per la copertura di n. 1 posto di Assistente Amministrativo - cat. C presso la UOC Gestione Risorse Umane – Ufficio Procedure Selettive – di Azienda Zero. Come previsto dal bando, i candidati risultati idonei potranno essere contattati per eventuali assunzioni da parte di altra UOC, a copertura della dotazione.
- **Comandi e assegnazioni temporanee previsti nel triennio 2023/2025**, quali strumenti finalizzati ad acquisire le competenze necessarie all'Azienda:

Qualifica professionale	Comandi in entrata -2023/2025	Comandi in uscita - 2023/2025	Assegnazione temporanea presso la Regione del Veneto ex art. dell'art.23 bis del D.Lgs.165/2001
Dirigenza			
Dirigente Area Sanità	1	0	0
Dirigente Area PTA	2	1	2

Comparto			
Categoria D	1	0	7
Categoria C	1	0	0
TOTALE	5	1	9

Tabella 5 - I dati della tabella sono aggiornati alla data del 31/12/2022

- **Bandi di Concorsi:** con Deliberazione del Direttore Generale n. 862 del 23/12/2022, sono state approvate le graduatorie Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 151 posti di Assistente Amministrativo (Cat. C), di cui 1 posto è stato bandito per Azienda Zero.

Nel 2023 si trovano in fase di indizione o espletamento i seguenti concorsi pubblici:

- nr. 1 posto di Collaboratore Amministrativo Professionale – Cat. D (area economica) a tempo indeterminato;
- nr. 1 posto di Collaboratore Tecnico Professionale – Statistico - Cat. D;
- nr. 2 posti di Collaboratore Tecnico Professionale - Informatico – Cat. D.

3.3.3.2.c Strategie attrattive

- **Tavolo di confronto inter-istituzionale.** Dal mese di aprile 2022, la Direzione della UOC Gestione Risorse Umane partecipa periodicamente al tavolo di confronto inter-istituzionale, che coinvolge numerose Pubbliche amministrazioni afferenti territorialmente al Comune di Padova, in materia di gestione delle risorse umane. L'obiettivo prioritario, condiviso tra le diverse amministrazioni partecipanti, è rappresentato dall'esigenza di migliorare l'attrattività della PA, diffondendo, anche con modalità di comunicazione innovative, le opportunità di carriera offerte. Tra gli strumenti ipotizzati vi è anche la promozione di incontri con gli studenti delle scuole superiori, al fine di attirare giovani talenti nella pubblica amministrazione nella fase della scelta lavorativa. Un ulteriore obiettivo consiste nella necessità di non vanificare l'impegno organizzativo e di risorse necessario per svolgere le procedure selettive. A tal fine, gli enti partecipanti sono favorevoli nel cooperare e nell'intraprendere una proficua e costante collaborazione tra loro, evitando in tal modo una vana competizione per la conquista delle risorse migliori.
- **Valorizzazione della professionalità del personale.** Azienda Zero, quale ente di *governance* della Sanità regionale, si caratterizza per l'elevata professionalità dei suoi dipendenti, a beneficio delle esigenze gestionali e funzionali delle diverse Aziende ed Enti del SSR. La professionalità viene garantita anche mediante l'aggiornamento formativo, nonché attraverso un costante monitoraggio della performance organizzativa ed individuale, in base agli obiettivi aziendali e strategici. Azienda Zero, infatti, ha adottato un sistema di valutazione e misurazione della performance che prevede il monitoraggio, in tre diversi momenti di verifica, del progressivo raggiungimento degli obiettivi, al fine di valorizzare e consentire il miglioramento delle competenze del personale.



- **Aggregazione e Multiprofessionalità.** Numerose Unità Operative Complesse di Azienda Zero, come per esempio l'UOC CRAV e l'UOC SERR, sperimentano processi organizzativi e metodologie di lavoro innovative, basate sull'aggregazione delle attività a livello regionale e sulla collaborazione di diverse figure professionali, come infermieri, amministrativi, tecnici, medici e statistici all'interno della stessa Struttura. La cooperazione multiprofessionale rappresenta uno stimolo alla crescita professionale, oltre che un incentivo attrattivo dell'Azienda, richiedendo un'ottica regionale e trasversale nello svolgimento delle attività.

Inoltre, per quanto concerne l'aggregazione, il sistema organizzativo delle procedure concorsuali indette da Azienda Zero consente alle diverse Aziende ed Enti del SSR, oltre a questa amministrazione, di svolgere procedure selettive in tempi rapidi e di poter disporre di graduatorie anche solamente dopo due mesi dalla scadenza del bando, soprattutto per quanto riguarda la dirigenza medica. Questa capacità facilita la tempestiva assunzione dei vincitori e riduce il numero delle indisponibilità degli stessi determinate dal decorso di un intervallo di tempo troppo lungo tra il concorso e l'assunzione.

3.4. FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'atto aziendale - sulla base di quanto stabilito dalla Legge Regionale n. 19/2016 - ha previsto all'interno dell'organigramma la Unità Operativa Complessa "Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie", struttura che svolge principalmente competenze relative al supporto tecnico delle Aziende sanitarie nella formazione manageriale, nella realizzazione di progettualità e, relativamente all'accreditamento ECM, lo svolgimento di attività di gestione dei processi di accreditamento provvisorio e standard dei provider ECM della Regione.

Proprio a riguardo delle competenze proprie della struttura complessa menzionata, Azienda Zero non può svolgere il ruolo di Provider Regionale ECM, avendo un ruolo determinante nelle attività di supporto delle Aziende - provider regionali.

Allo stesso tempo, nondimeno, Azienda Zero garantisce - in ossequio ai CCNL di categoria - a tutto il personale del comparto e della dirigenza, la formazione obbligatoria e facoltativa per assicurare le attività formative necessarie allo sviluppo tecnico-professionale del singolo e al miglioramento dei servizi resi dall'azienda. Inoltre, Azienda Zero assicura l'erogazione di tutti i corsi obbligatori previsti da normative speciali, quali il D.Lgs. n. 81/08 in materia di sicurezza negli ambienti di lavoro, il Regolamento Europeo (UE) 2016/679 in materia di privacy e sicurezza informatica, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) .

La formazione viene assicurata ai dipendenti anche attraverso la collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (FSSP), struttura che si occupa dello sviluppo professionale e della crescita organizzativa dei professionisti che lavorano nel Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto, con la quale vengono condivise tutte le indicazioni di dettaglio in merito ai contenuti, alle priorità di intervento e al numero dei partecipanti; nonché attraverso l'autorizzazione alla partecipazione a corsi e convegni organizzati da enti esterni.

Nel corso dell'anno 2022 sono stati erogati corsi di formazione al personale della dirigenza e del comparto di Azienda Zero, come riepilogato nella tabella seguente:

Attività di formazione effettuata nel corso del 2022:	Nr.
Convegni/congressi/Seminari/Corsi di aggiornamento	93
Personale coinvolto (Dirigenza/Comparto)	112
di cui nr. dipendenti che hanno svolto 1 corso	62
di cui nr. dipendenti che hanno svolto 2 corsi	26
di cui nr. dipendenti che hanno svolto 3 corsi	13
di cui nr. dipendenti che hanno svolto 4 corsi	5
di cui nr. dipendenti che hanno svolto 5 corsi	4
di cui nr. dipendenti che hanno svolto 6 corsi	2
Totale corsi garantiti dall'Azienda	205

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 sono stati svolti nel 2022 i seguenti corsi:

Corsi obbligatori d.lgs. 81/2008	Dipendenti coinvolti
Heartsaver CPR AED LG2020	44
BLS Linee Guida AHA 2020	16
Addetti alla prevenzione incendi e lotta antincendio	

3.4.1 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 777 del 25/11/2022 è stato proposto l'aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale già presentato e approvato per l'anno 2022 e l'adozione in via provvisoria del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025, tramite la compilazione della tabella A "Piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2022-2023-2024-2025" (Allegato A), della tabella B "Dotazione organica" per l'esercizio 2022-2023 (Allegato B), nonché della relazione sintetica.

Con nota acquisita agli atti prot. n. 36126 del 23/12/2022, l'Area Sanità e Sociale ha approvato l'aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale – anno 2022 e il Piano Triennale dei Fabbisogni 2022-2025, in quanto coerenti con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8/5/2018, nonché con le indicazioni operative fornite con la DGRV n. 677/2018 e la nota prot. n. 491835 del 21/10/2022.

Si allega la delibera e gli allegati relativi al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025.

3.5. PIANO TRIENNALE AZIONI POSITIVE

3.5.1 Il Comitato Unico di Garanzia

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), istituito dall'art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e da direttive della Comunità Europea, espleta le proprie competenze al fine di assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, la tutela dei lavoratori contro le discriminazioni ed il mobbing nonché l'assenza di qualunque forma di violenza fisica e psicologica. Azienda Zero ha istituito, con Deliberazione del Direttore Generale - n. 679 del 17 Novembre 2020 - il proprio Comitato, che svolge compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di contribuire all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni, attraverso la garanzia di un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo ed all'assenza di ogni forma di discriminazione.

3.5.2 Piano triennale 2023-2025 di azioni positive

Il CUG, nell'ambito dei suoi compiti propositivi, deve indicare all'amministrazione delle azioni al fine della predisposizione del "Piano triennale di azioni positive", che l'amministrazione è tenuta ad adottare ai sensi dell'art. 48 del d.lgs. n. 198 del 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna". Il Piano triennale di azioni positive (PTAP), in ragione del collegamento con il ciclo della performance, deve essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PTAP viene indicato come lo strumento indispensabile attraverso il quale le pubbliche amministrazioni individuano e pianificano le iniziative e le attività necessarie per rendere più efficiente ed efficace l'azione amministrativa, promuovere le pari opportunità e rimuovere eventuali ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione e la parità nel lavoro.

Il PTAP 2023-2025 è stato redatto in collaborazione con i Responsabili dei Gruppi di Lavoro interni al CUG, nonché tenendo conto di quanto emerso nel corso delle riunioni del Comitato e dei suggerimento dei singoli e delle singole Componenti, oltre che dall'Consigliera di Fiducia.

Aree di intervento prioritarie

Il Piano, redatto in conformità alle finalità indicate dalla Direttiva n. 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, si articola nelle seguenti aree strategiche di intervento:

Ambito 1 - Benessere organizzativo e pari opportunità;

Ambito 2 - Conciliazione vita - lavoro;

Ambito 3 - Mobbing e violenza di genere.

Per ogni ambito sono previsti obiettivi, azioni specifiche, attori principali e/o coinvolti e tempi di attuazione.

**AMBITO 1***Benessere organizzativo e pari opportunità*

N. Azione	Titolo	Obiettivo	Soggetti Destinatari	Indicatore	Target Triennio 2022-2024	Strutture Coinvolte
1.1	Indagine di Clima Organizzativo	Informare e sensibilizzare i dipendenti sull'importanza di tale indagine	Tutto il personale	Affissione locandina negli spazi aziendali	2023	Tutte
1.2	Benessere dei dipendenti	Miglioramento della qualità della pausa/ pausa pranzo	Tutto il personale	Messa a disposizione in tutte le sedi aziendali di uno spazio per la pausa/ pausa pranzo	2023	Logistica;RS PP; GRU
1.3	Benessere dei dipendenti	Ricognizione servizi di ristorazione con eventuale possibilità di consegna presso le sedi aziendali	Tutto il personale	Lista esercenti disponibili/ Lista esercenti "fruibili"	2023	Convenzioni
1.4	Benessere dei dipendenti e impatto ambientale	Incentivazione all'utilizzo di materiali riutilizzabili	Tutto il personale	Disponibilità a titolo gratuito di un distributore di acqua filtrata in ogni sede aziendale	2023	Logistica, Convenzioni



AMBITO 2

Conciliazione vita - lavoro

N. Azione	Titolo	Obiettivo	Soggetti Destinatari	Indicatori	Target Triennio 2022-2024	Strutture Coinvolte
2.1	Formazione sul Lavoro Agile	Offrire nuovi strumenti di analisi del contesto organizzativo, con riferimento alla normativa specifica, al fine di verificarne l'attuabilità, coglierne le potenzialità/ criticità e valutarne le possibili applicazioni all'interno della struttura, anche alla luce del nuovo CCNL Sanità	Direttori UOC	Adesione 100% (valutare più edizioni disponibili – FAD FSSP)	2023-2024	Tutte
2.2	Formazione sul Lavoro Agile	Offrire una visione d'insieme sul LA, compresi le modalità di attuazione, gli strumenti di analisi del contesto organizzativo con riferimento alla normativa specifica e le specifiche relative all'applicazione per il lavoratore, anche alla luce del nuovo CCNL Sanità.	Tutto il personale	Adesione 75% (valutare più edizioni disponibili – FAD FSSP)	2023-2024	Tutte
2.3	Attività compatibili con il Lavoro Agile	Definizione delle attività compatibili con il lavoro agile	Direttori UOC	Report aziendale	2023	Tutte

AMBITO 3

Mobbing e violenza di genere

N. Azione	Titolo	Obiettivo	Soggetti Destinatari	Indicatore	Target Triennio 2022-2024	Strutture Coinvolte
3.1	Formazione specifica mobbing e vessazioni	Incontro formativo sul mobbing	Direttori UOC/ dirigenti	Adesione 75%	2023-2024 (un incontro/anno)	Tutte, Consiglio di Fiducia
3.2	Formazione specifica mobbing e vessazioni	Incontro formativo sul mobbing	Personale del comparto	Adesione 75%	2023-2024 (un incontro/anno)	Tutte, Consiglio di fiducia

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

Per il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" Azienda Zero, in coerenza con quanto stabilito dagli articoli 6 e 10 comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance si avvarrà dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che intende adottare il modello della valutazione partecipativa.

Tale metodo, oltre ad essere caratterizzato da alcuni elementi di base (annualità, responsabilizzazione, privacy e sicurezza, verificabilità), si fonda sui criteri della rilevanza, in quanto sono oggetto di valutazione partecipativa le Aree Aziendali della Dirigenza e del Comparto con Posizione Organizzativa e della trasparenza, in quanto le fasi, gli esiti del processo di valutazione sono resi pubblici, non solo per la platea dei diretti interessati alla materia oggetto di consultazione, ma per tutti i cittadini attraverso la validazione della Relazione sulla Performance pubblicata in "Amministrazione Trasparente".

Elemento cardine, inoltre, è l'inclusione, in quanto l'amministrazione garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia accessibile, inclusiva e aperta, assicurando uguale possibilità di partecipazione a tutte le parti interessate. Per favorire il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti esterni ed interni al processo di misurazione della performance organizzativa, l'amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e sviluppa forme di partecipazione.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e Capitale Umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) mentre il monitoraggio della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" verrà effettuata in base alle indicazioni dell'ANAC.

4.1 Monitoraggio ciclo di gestione delle performance

Il processo di attuazione del Ciclo di Gestione della Performance prevede un monitoraggio durante l'esercizio sui dati relativi alle performance che viene effettuato dall' UOC "Controllo di Gestione e Adempimenti LEA" sulla base di quanto stabilito dall'art 4 D lsg 150/2009 lett c), che produce opportuna reportistica. Il monitoraggio è finalizzato al controllo dell'andamento degli obiettivi, evidenziando eventuali scostamenti e la necessità di interventi correttivi atti a rimodulare i contenuti della programmazione.

A conclusione dell'esercizio sulla base dei risultati conseguiti si valuta la correttezza e validità delle strategie messe in atto e la congruità dei mezzi strumentali alla loro realizzazione.

In questa ottica la relazione sulla performance permette una immediata e facile comprensione dello stato delle performance a tutti gli stakeholder interni ed esterni dell'ente, nonché degli scostamenti e relative cause del livello di performance atteso e conseguito.

Il Ciclo di gestione parte dalla definizione del Piano delle Performance e finisce con la stesura della Relazione sulle Performance, con la conseguenziale validazione da parte dell'OIV, costituendo condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività. La verifica del sistema premiante viene effettuata con cadenza annuale, come valutazione degli obiettivi, misurazione del grado di raggiungimento degli stessi e della performance raggiunta, sia organizzativa che individuale.

La verifica del grado di attuazione degli obiettivi definiti in fase di programmazione avviene mediante la fase di monitoraggio che è una delle fasi previste nel Ciclo della performance.

La fase del monitoraggio rappresenta il controllo periodico svolto dall'Amministrazione e risponde a due principali obiettivi:

- costruire il quadro complessivo in termini di raggiungimento degli obiettivi/indicatori/target previsti nel Piano della Performance;
- far emergere eventuali situazioni di criticità che si siano verificate e che necessitano la revisione

degli obiettivi/indicatori/target previsti.

Nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è previsto un monitoraggio così articolato:

- entro il 31 maggio di ciascun anno prima valutazione intermedia;
- entro il 30 settembre di ciascun anno seconda valutazione intermedia;
- entro il 30 giugno dell'anno successivo valutazione definitiva.

Con il monitoraggio finale, i dati raccolti vengono utilizzati per la stesura della Relazione annuale sulla performance che conclude la fase della rendicontazione e rappresenta il completamento del ciclo della performance (avviato con il Piano della performance dell'anno precedente). La Relazione, che deve essere validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, gli eventuali scostamenti e le relative cause, è, quindi, un valido strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, esterni ed interni, i risultati ottenuti nel periodo considerato.

4.2 Monitoraggio trasparenza e anticorruzione

In conformità a quanto stabilito dall'art.43 del d.lgs. n.33/2013, tenuto conto altresì di quanto indicato dal PNA 2019 che conferma il compito del RPCT di “[...] svolgere stabilmente un’attività di monitoraggio sull’adempimento da parte dell’amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, cui consegue il potere di segnalare gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità al Nucleo Valutazione delle Prestazioni (NVP), all’organo di indirizzo politico, all’Autorità nazionale anticorruzione o all’ufficio di disciplina [...]”, il RPCT aziendale provvede in materia di pubblicazione, a monitoraggi con cadenza almeno semestrale dei contenuti pubblicati. In particolare, il RPCT, provvede alla verifica sia del rispetto degli aggiornamenti fissati nell’elenco degli obblighi di pubblicazione, sia della qualità e della conformità dei dati e delle informazioni pubblicate nei termini della completezza e dell’idoneità dei formati. Ciò in conformità con quanto indicato all’articolo 6 del d.lgs. n. 33/2013 e altresì ribadito nel PNA 2019 in cui si prevede che “[...] per evitare un adempimento solo formale degli obblighi, il RPCT verifica anche la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione. [...]”. Annualmente, entro termine perentorio stabilito da ANAC e sulla scorta delle indicazioni fornite dalla medesima Autorità in ordine all’individuazione dei singoli obblighi oggetto di verifica, RPCT rileva il livello di assolvimento degli obblighi di pubblicazione medesimi.