

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

2024

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
AULSS 9 Scaligera 2024-2026



| | |
|--|-----------|
| Premessa..... | 3 |
| SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell’Azienda ULSS 9 Scaligera..... | 5 |
| Le Specificità dell’ULSS 9 Scaligera..... | 7 |
| Analisi Demografica..... | 7 |
| SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE..... | 12 |
| Valore pubblico..... | 12 |
| Mission e Vision dell’Azienda..... | 12 |
| Identificazione del Valore pubblico..... | 13 |
| Gli Obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) ed il Benessere Equo e Sostenibile (BES)..... | 13 |
| Obiettivi SDG nella Programmazione Regionale Veneto..... | 15 |
| La misurazione del Valore Pubblico..... | 16 |
| Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico..... | 17 |
| Focus: Piano per la Transizione Digitale..... | 19 |
| Focus: Risparmio Energetico..... | 24 |
| Focus: Benessere Organizzativo..... | 24 |
| Focus: Protezione dei dati personali (privacy)..... | 25 |
| Performance..... | 27 |
| Obiettivi di performance Aziendali..... | 27 |
| Rischi corruttivi e trasparenza..... | 31 |
| Parte I - Gestione Dei Rischi Corruttivi..... | 31 |
| Premessa..... | 31 |
| Gli Attori e le loro Principali Competenze..... | 32 |
| Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance..... | 35 |
| Le linee di produzione..... | 36 |
| Il processo di analisi e gestione del rischio corruttivo..... | 37 |
| Analisi del contesto..... | 39 |
| Trattamento del Rischio..... | 47 |
| Antiriciclaggio..... | 55 |
| Parte II - Obblighi di Trasparenza..... | 56 |
| Obiettivi strategici in materia di trasparenza..... | 56 |
| Trasparenza e diritto di accesso agli atti..... | 56 |
| Il D.LGS. 97/2016 e le linee guida ANAC..... | 56 |
| Strutture coinvolte nell’individuazione dei contenuti del programma relativo agli obblighi di pubblicazione..... | 57 |
| Coinvolgimento stakeholder – giornata della trasparenza..... | 58 |
| Responsabili della pubblicazione e aggiornamento dei dati..... | 58 |
| L. 28.12.2015, N. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato” (c.d. legge di stabilità) – Adempimenti..... | 58 |
| Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità degli obblighi..... | 59 |
| Misure per assicurare l'efficacia dell’accesso civico..... | 59 |
| Accesso civico generalizzato..... | 60 |

| | |
|---|-----------|
| Dati ulteriori..... | 63 |
| SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO..... | 64 |
| Struttura organizzativa..... | 64 |
| Piano per il benessere Organizzativo..... | 67 |
| Organizzazione del lavoro agile..... | 73 |
| Programma di sviluppo del lavoro agile..... | 75 |
| Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro..... | 76 |
| Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione..... | 76 |
| Piano triennale dei fabbisogni di personale..... | 77 |
| Piano triennale fabbisogno di personale sezione non dipendenti..... | 80 |
| Re internalizzazioni..... | 83 |
| Dotazione Organica..... | 83 |
| Aggiornamento piano triennale 2023-2025 relativamente all'anno 2023..... | 83 |
| Formazione del personale..... | 84 |
| Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale..... | 84 |
| Risorse interne ed esterne disponibili e/o "attivabili" ai fini delle strategie formative..... | 84 |
| Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato..... | 85 |
| Piano delle Azioni Positive..... | 86 |
| SEZIONE 4. MONITORAGGIO..... | 87 |
| Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico..... | 87 |
| Monitoraggio della Performance, Anticorruzione e Trasparenza..... | 89 |
| Misurazione della Performance..... | 89 |
| Monitoraggio Misure Anticorruzione..... | 92 |
| Monitoraggio Trasparenza..... | 94 |
| Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano..... | 94 |
| Monitoraggio del Piano Triennale Fabbisogno Personale..... | 95 |
| Monitoraggio del Piano per il Benessere Organizzativo..... | 95 |

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione.

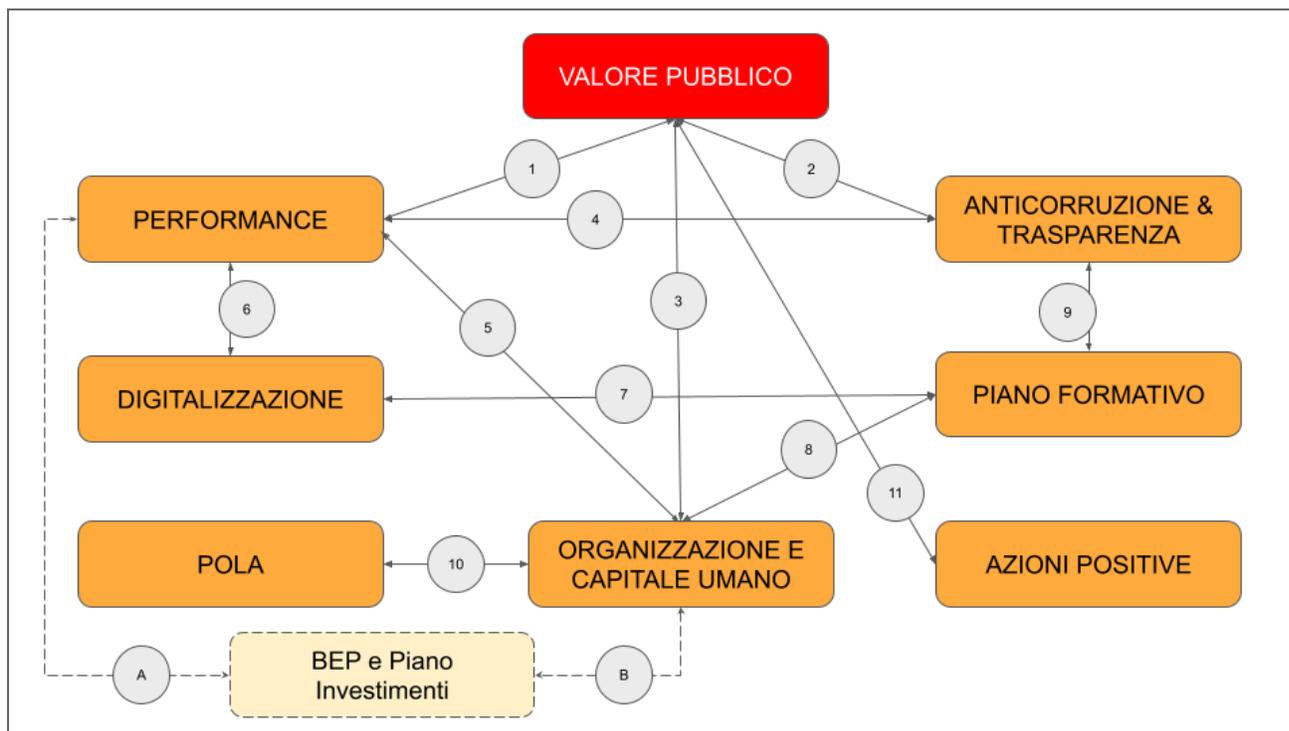
Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

La DGRV 1717 del 30/12/2022 ha adeguato ai nuovi principi le disposizioni regionali vigenti, approvando apposite "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale", cui il presente documento fa esplicito riferimento.

Il **Piano Integrato** è lo strumento operativo per sviluppare, in modo strutturato, la pianificazione delle attività amministrative relative alla performance, alla trasparenza e all'anticorruzione e che per coerenza programmatica verticale e orizzontale dovranno derivare dalla programmazione strategica e dalla programmazione economico-finanziaria. Il Piano Integrato è quindi lo strumento di guida manageriale per il perseguimento del Valore Pubblico e la fonte per le verifiche.

Il presente Documento descrive la **logica ed i punti di integrazione** delle diverse sezioni del Piano integrato, ed include gli **allegati** di dettaglio che **ne fanno parte integrante**.

Nel seguente schema si rappresentano le principali sezioni del PIAO, evidenziando le relazioni che legano tra loro le attività specifiche ed in che modo siano tutte connesse con la creazione di Valore Pubblico.



Nel presente PIAO, si illustrerà come la creazione di Valore Pubblico prodotto dall'azienda, ampiamente indagato nella sezione dedicata, e naturalmente connesso con la soddisfazione dei bisogni del cittadino e la sua capacità di accesso ai servizi, derivi dalle molteplici azioni aziendali inquadrare nelle differenti aree di programmazione.

In particolare si evidenziano le seguenti fondamentali relazioni, che saranno approfondite nel testo:

1. Per il modo in cui l'ULSS 9 intende la creazione di [valore pubblico](#), una buona performance aziendale determina un aumento del valore pubblico in via diretta, in quanto alcuni indicatori di performance possono configurarsi come KPI di creazione del valore pubblico (vedi paragrafo [Obiettivi di performance Aziendali](#)) tra questi senza dubbio gli indicatori di soddisfazione dei pazienti ed della cittadinanza. L'influenza è anche indiretta in quanto gli obiettivi di performance riguardano il successo di numerosi progetti relativi all'organizzazione, alla digitalizzazione, alla formazione ed all'anticorruzione e trasparenza, che a loro volta hanno un impatto diretto sulla generazione di Valore Pubblico.
2. L'attuazione della pianificazione in ambito di anticorruzione e trasparenza determina l'aumento del valore pubblico anche in questo caso in via diretta, fornendo maggiori garanzie al cittadino (vedi paragrafo [Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance](#)), ed indiretta in quanto determina una più sicura gestione dei principali processi aziendali, che a loro volta producono effetti benefici in termini di valore.
3. Con riferimento al Capitale Umano, va inoltre sottolineato che l'organismo personale, nelle sue dimensioni quantitative ma soprattutto qualitativa, ha un impatto diretto sulla creazione di valore pubblico in quanto ha riflessi nello sviluppo economico del territorio e nella disponibilità di alte professionalità .
4. Diretto, esplicito e determinato da specifiche disposizioni normative, è il legame tra obiettivi di performance ed anticorruzione e trasparenza; in particolare sono stabiliti specifici obiettivi di performance, successivamente assegnati in sede di budget alle Unità Operative Aziendali (vedi Allegato 2 Cap.3.2.15).
5. La scelte di investimento in risorse umane, rappresentate nel Piano Triennale dei Fabbisogni, sono determinate oltre che dai vincoli finanziari, organizzativi e di mercato contingenti, dalle necessità professionali derivanti dagli obiettivi di performance assegnati, talvolta completamente espliciti, determinando pertanto una relazione bilaterale tra le aree (vedi il [Piano triennale dei fabbisogni di personale](#)).
6. Ulteriore legame diretto è quello tra azioni tese alla digitalizzazione del rapporto con il cittadino e l'organizzazione dell'azienda ed il raggiungimento di una buona performance aziendale; infatti molteplici indicatori di performance rappresentano la misurazione del grado di digitalizzazione aziendale (vedi [Focus: Piano per la Transizione Digitale](#)).
7. Di conseguenza, risulta evidente nella strategia del legislatore il ruolo che la formazione ha sull'aumento delle competenze digitali, con percorsi specifici di alto livello, collegati anche agli investimenti del PNRR.
8. Ancora più importante è il ruolo che la formazione ricopre nel supportare lo sviluppo qualitativo del personale, determinando direttamente alcune scelte sulle necessità di nuove assunzioni e di conseguenza impattando indirettamente sulla creazione di valore pubblico (vedi [Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale](#)).
9. Infine la leva formativa è uno dei principali strumenti del Piano per l'Anticorruzione, che necessità di sviluppare strumenti metodologici e diffondere logiche e sensibilità specifiche.
10. Il Piano per il lavoro agile svolge un ruolo importante nell'efficientamento dei processi, ma soprattutto nel migliorare la qualità del rapporto di lavoro ed il Benessere Organizzativo, influenzando le scelte di organizzazione anche poggiando sui necessari investimenti per la digitalizzazione (vedi [Programma di sviluppo del lavoro agile](#)).
11. Anche il Piano delle Buone Azioni svolge un ruolo di miglioramento del Benessere Organizzativo, ma soprattutto determina un impatto diretto sulla creazione di Valore Pubblico nella sua dimensione di equità tra i generi, con effetti proporzionali al numero di dipendenti dell'azienda, ma più che proporzionali per il ruolo di leadership che l'azienda sanitaria può rappresentare per le organizzazioni sul territorio in questo ambito (vedi [Piano delle Azioni Positive](#)).

Si segnalano inoltre, anche se non sono oggetto specifico, del presente documento, le aree di collegamento tra la programmazione economica, come rappresentata nel BEP 2024 e nel Piano Investimenti 2024-2026, in particolare:

- A. Una parte molto rilevante nella valutazione della performance è data dalla capacità aziendale di rispettare la programmazione economica regionale in termini di equilibrio economico e di rispetto dei tetti ai costi (vedi Allegato 2 Cap.3.2.8 e 3.2.9). Inoltre la conduzione efficace dei progetti del PNRR rappresenta direttamente un obiettivo di performance, rappresenta la pre-condizione per numerose azioni in ambito digitale,

dell'organizzazione e della soddisfazione del cittadino, e trova nel Piano Investimenti la sua rappresentazione finanziaria.

- B. Per l'ammontare delle risorse assorbite e l'importanza nell'organizzazione aziendale, nella motivazione del personale e del benessere organizzativo, la coerenza tra pianificazione del personale e risorse programmate in sede di BEP deve essere adeguatamente garantita. In particolare il rispetto della programmazione nazionale e regionale in questo ambito rappresenta uno dei pilastri/vincoli della programmazione aziendale.

SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell'Azienda ULSS 9 Scaligera

La profonda riorganizzazione del sistema socio-sanitario del Veneto approvato con LR 19/2016 ha previsto l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS con l'istituzione dell'Azienda Ulss 9 Scaligera. La nuova azienda eredita il grande patrimonio socio sanitario delle Aziende UU.LL.SS.SS. 20 di Verona, 21 di Legnago ed 22 di Bussolengo.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 3 comma 1-bis del D. Lgs. 229/99, ha personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, gestionale e organizzativa. L'Azienda disciplina la propria organizzazione e il proprio funzionamento con il presente atto aziendale, adottato dal Direttore Generale ai sensi del combinato disposto dagli artt. 2 e 3 del D. Lgs. 229/99 e nel rispetto di quanto previsto dalla L.R 19/2016 e dalla DGRV 1306 del 16 agosto 2017.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, costituita con Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 con decorrenza dal 1 gennaio 2017, ha sede legale a Verona in Via Valverde n. 42 C.F. e P.I.02573090236.

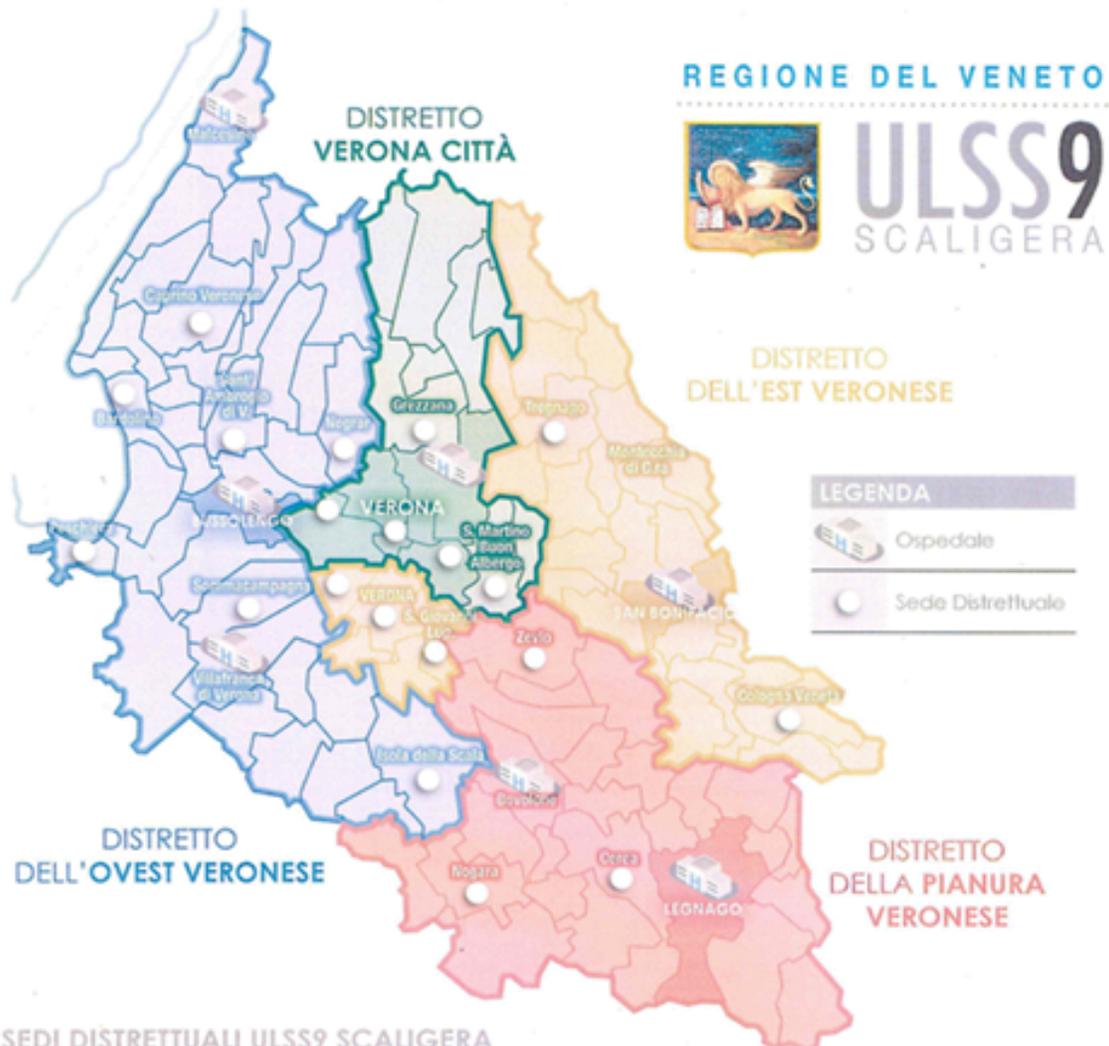
Il sito ufficiale internet dell'Azienda è all'indirizzo web www.aulss9.veneto.it ai sensi dell'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, così come modificato dall'art. 2, comma 5, del D.L. 30/12/2009 n. 194, convertito con modificazioni dalla L. 26/2/2010 n. 25, l'Albo On-Line sostituisce a tutti gli effetti il tradizionale Albo pretorio cartaceo ai fini della pubblicità legale. L'Azienda in conformità alla predetta disposizione pubblica on-line tutti i provvedimenti adottati.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di **3.097 kmq**, che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione distribuita in **98 comuni** e raggruppata in quattro distretti socio sanitari.

L'Azienda confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l'ULSS 8 Berica e con l'ULSS 6 Euganea, a sud con l'ULSS 5 Polesana. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella **direttrice nord-sud con una distanza di percorrenza di circa 150 km (1 ora e 40 minuti in macchina)** tra i suoi comuni più lontani: Castagnaro e Malcesine.

La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte 21% da **montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m.** (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.).

Non bisogna dimenticare, infine, che il territorio della provincia di Verona è a forte **vocazione turistica** anche se il biennio 2020-2021 ha inevitabilmente visto un calo delle presenze a causa della pandemia. Il 2019 aveva registrato più di 18 milioni di presenze di cui circa il 73% nell'area del Lago di Garda, i dati 2022 mostrano un valore più basso poco superiore a **17 milioni di presenze**, con un calo del 5%, determinato però da una sostanziale ripresa del Lago di Garda e di una diminuzione del 16% nel resto della Provincia.



SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

| Distretto VERONA CITTÀ | | | Distretto della PIANURA VERONESE | | |
|--|--------------------------------------|--------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| GREZZANA | Piazza Bertani | 045 807 5190 | BOVOLONE | Piazzale Fleming - c/o Ospedale | 045 6999519 |
| S. M. BUON ALBERGO | Via Nazionale, 13 | 045 991 822 | CEREA | Via Monte Carega | 0442 30500 |
| VERONA | Via Campania, 1 | 045 815 7341 | LEGNAGO | Via C. Gianella, 1 - c/o Ospedale | 0442 622376 |
| | Via C. Menotti, 18/a | 045 834 0464 | NOGARA | Via Raffa - c/o Centro S.P. | 0442 537823 |
| | Via del Capitol, 22 | 045 878 7777 | ZEVIO | Via Chianesi, 2 | 045 6068195 |
| | Via Poloni, 1 | 045 807 5571 | Distretto dell'OVEST VERONESE | | |
| Via della Prateria, 9C - Fraz. Montorio 045 884 0783 | | | BARDOLINO | Via Gardesana Dell'Acqua, 9 | 045 6213100 |
| Distretto dell'EST VERONESE | | | BUSSOLENGO | Via C. A. Dalla Chiesa | 045 6712451 |
| COLOGNA VENETA | Via Pinascimento | 0442 425 079 | CAPRINO VERONESE | Via Cappuccini, 34 | 045 6207198 |
| MONTECCHIA DI C.R.A. | Piazza Umberto, 1 | 045 745 0016 | SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA | Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara | 045 6864202 |
| SAN BONIFACIO | Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped. | 045 613 8426 | ISOLA DELLA SCALA | Piazzale Kennedy, 1 | 045 6648422 |
| S. GIOVANNI LURITO | Via Belluno, 14 | 045 829 9811 | MALCESINE | Via Gardesana, 57 | 045 6589369 |
| TREGNAGO | Via Massalongo, 7 | 045 780 8366 | NEGRAR | Via Francia, 5 | 045 7501088 |
| VERONA | Via Bengari, 4 | 045 493 2111 | PESCHIERA DEL G. | Via Milano, 2 | 045 7550046 |
| | Via Valeggio, 39 | 045 950 655 | SOMMACAMPAGNA | Piazza Repubblica, 1 | 045 510300 |
| | | | VILLAFRANCA DI V. | Via ospedale, 2 - c/o Ospedale | 045 6338480 |

Le Specificità dell'ULSS 9 Scaligera

Si sottolineano alcune caratteristiche dell'azienda e del contesto in cui opera che, per la loro peculiarità, determinano un livello di **complessità aziendale** singolare nel contesto regionale:

- ❖ Le **dimensioni aziendali** sono tra le maggiori in regione e solo la provincia di Padova e di Treviso hanno gli stessi numeri in termini di estensione del territorio di numero di abitanti e di comuni serviti.
- ❖ Va aggiunta però la particolare **configurazione orografica**, con una porzione rilevante di territorio montagnoso, e la presenza di importanti centri attrattori di **turismo**, in particolare sul Lago di Garda, che determinano problematiche e soluzioni organizzative peculiari, non comuni nelle altre ULSS di dimensioni paragonabili. Si pensi alle difficoltà nella coperture delle aree disagiate con servizi di assistenza primaria, o alle necessità di mantenere strutture in aree periferiche (ad esempio l'alto lago di Garda) con rilevanti problemi logistici e di reclutamento del personale.
- ❖ La dimensione geografica ha anche un'ulteriore specificità, in quanto l'ULSS 9 confina con la Lombardia e con il Trentino. Questa collocazione genera volumi di **mobilità extraregionale** (sia attiva che passiva) significativamente superiori alla media regionale, con l'ulteriore complicazione data dal ruolo giocato in questo senso dagli erogatori privati accreditati.
- ❖ Sempre accomunata in questo a Padova e Treviso, l'ULSS 9 nasce dalla fusione non di due bensì di **tre aziende pre-esistenti**. Il complesso meccanismo di investimento che lega le scelte regionali ed aziendali, soprattutto in ambito informatico, ha rallentato il processo di integrazione in maniera presumibilmente non comune.
- ❖ Altro elemento di complessità specifica è il peso **percentuale dell'attività sanitaria prodotta "indirettamente" tramite privati accreditati ed AOUI di Verona** è significativamente superiore a tutte le altre aziende. In particolare la presenza simultanea dei due erogatori privati più grandi della regione e dell'AOUI ha effetti significativi sulla capacità di programmare l'offerta e sulle possibilità di reclutamento di professionalità sul territorio. Si aggiunga che anche i processi di erogazione di prestazioni quali la farmaceutica, protesica ed integrativa, risultano molto influenzate dall'attività di aziende esterne, necessitando di strumenti di governo specifici che si affiancano ai normali meccanismi operativi interni.
- ❖ Anche l'**integrazione che nell'erogazione di alcuni servizi ha avuto luogo con AOUI**, con la parziale condivisione di spazi, personale, sistemi informativi e costi, genera un sensibile aumento di complessità, richiedendo continui aggiustamenti e generando problematiche di costi, operative e di privacy.
- ❖ Anche le **dotazioni di residenzialità per anziani**, pone l'ULSS 9 al di sopra della media regionale, determinando una tensione, anche sul piano economico, oltre che organizzativo.

Si deve tuttavia anche evidenziare che l'ULSS 9 registra la **popolazione più giovane** rispetto a tutti gli altri territori regionali, in particolare nel distretto 4 e la presenza di un numero di strutture di offerta senza dubbio maggiore di altri territori e dell'Università, rappresenta oltre che un elemento di complessità anche un punto di forza.

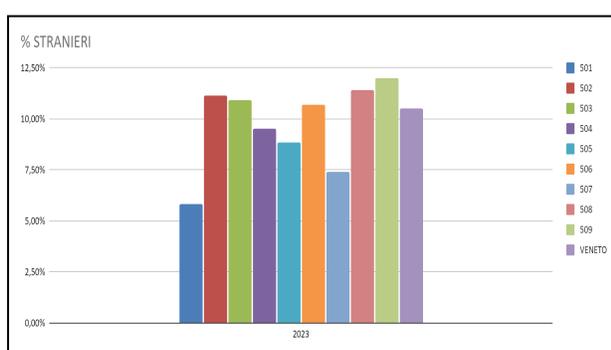
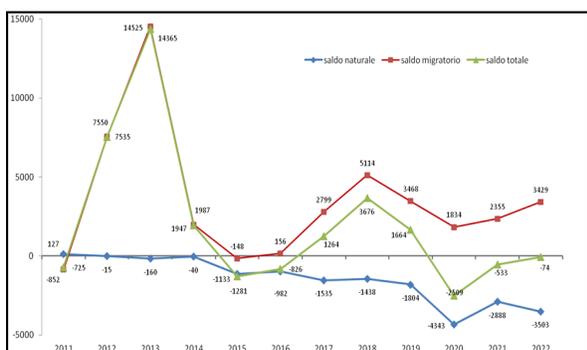
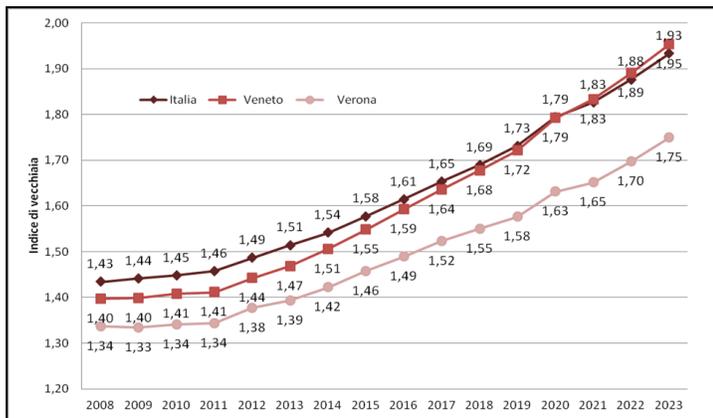
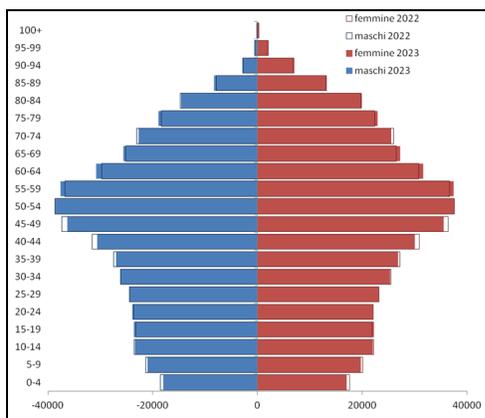
Analisi Demografica

Di seguito si riportano i dati Demografici ed Epidemiologici disponibili più recenti.

| classi di età | al 01/01/2022 | | | al 01/01/2023 * | | | saldo 2023*-2022 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|---------------------|
| | TOTALE | MASCHI | FEMMINE | TOTALE | MASCHI | FEMMINE | |
| da 0 a 4 | 36.116 | 18.533 | 17.583 | 35.006 | 17.987 | 17.019 | -1.110 |
| da 5 a 14 | 87.284 | 44.940 | 42.344 | 86.160 | 44.364 | 41.796 | -1124 |
| da 15 a 24 | 90.864 | 46.948 | 43.916 | 91.738 | 47.407 | 44.331 | 874 |
| da 25 a 44 | 216.346 | 109.534 | 106.812 | 213.637 | 108.155 | 105.482 | -2.709 |
| da 45 a 64 | 284.000 | 142.504 | 141.496 | 285.529 | 143.290 | 142.239 | 1.529 |
| da 65 a 74 | 100.735 | 48.171 | 52.564 | 101.050 | 48.312 | 52.738 | 315 |
| oltre 75 | 108.679 | 44.208 | 64.471 | 110.830 | 45.336 | 65.494 | 2.151 |
| totale | 924.024 | 454.838 | 469.186 | 923.950 | 454.851 | 469.099 | -74 |

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera risulta **stabile** rispetto all'anno precedente (-74 abitanti) ed è composta principalmente da popolazione adulta con un'età tra i 45 ed i 64 anni.

I seguenti Grafici evidenziano la distribuzione della popolazione residente in provincia di Verona suddivisa per classi quinquennali di età, sesso (ottenuti dal censimento permanente della popolazione) ed il trend dell'indice di vecchiaia, nel 2023 in ulteriore aumento (+2,9%) rispetto all'anno precedente. Si riportano anche i saldi naturale, migratorio e totale, ed infine la percentuale di stranieri residenti, confrontata con le Altre ULSS (si tratta del dato più alto in regione).



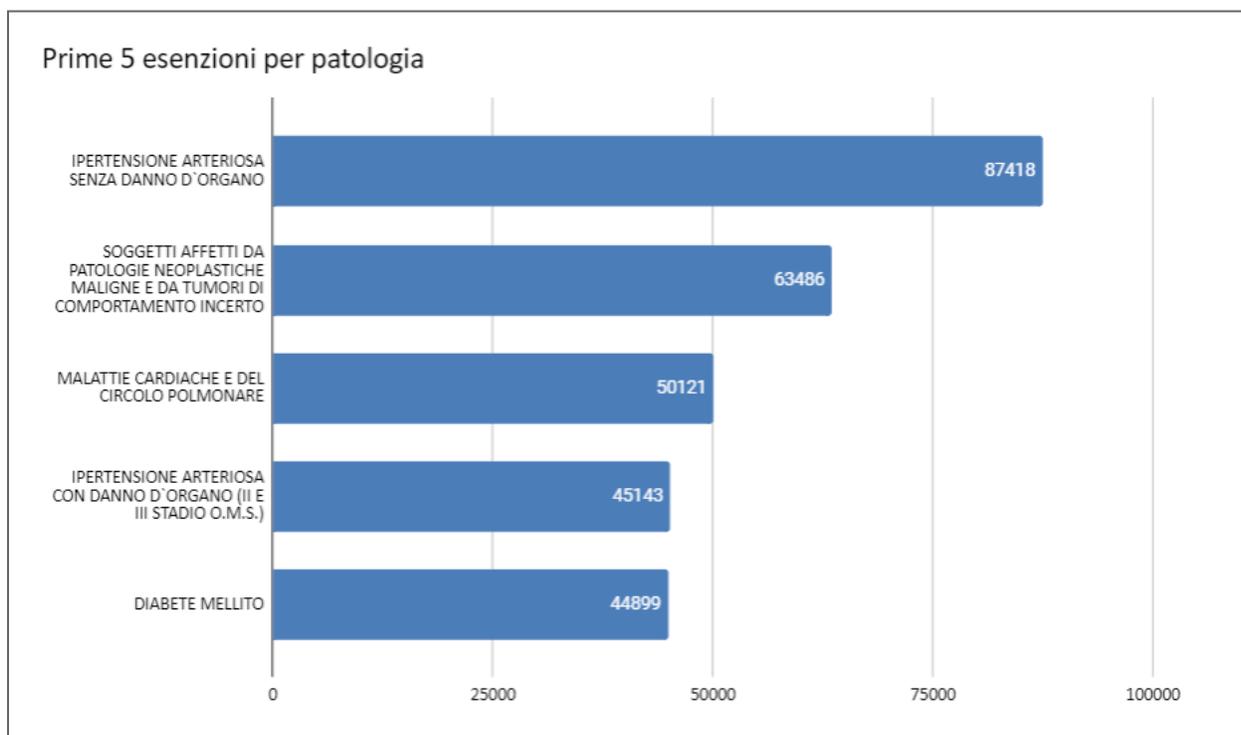
Per dare una misura degli effetti della dinamica demografica che la provincia sta vivendo, si è provato ad elaborare i dati ISTAT di previsione della popolazione negli anni 2028 (+5 anni) e 2033 (+10 anni) da oggi.

| | tot over65 | 65-74 | 75-84 | 85+ |
|---|------------|---------|--------|--------|
| Popolazione 1/1/2023 | 211.969 | 101.206 | 76.561 | 34.202 |
| Previsione 2028 | 230.245 | 111.536 | 79.534 | 39.175 |
| Previsione 2033 | 259.120 | 131.438 | 84.537 | 43.145 |
| Attualmente in struttura residenziale per anziani (dato 2023) | 7.225 | 581 | 1.958 | 4.686 |
| Tasso di anziani in CDR | 3,40% | 0,60% | 2,60% | 13,70% |
| Anziani in CDR stimati nel 2028 (1) | 8.042 | 640 | 2.034 | 5.367 |
| anziani in più in CDR 2028 | 817 | 59 | 76 | 681 |
| Anziani in CDR stimati nel 2033 (2) | 8.828 | 755 | 2.162 | 5.911 |
| anziani in più in CDR 2033 | 1.603 | 174 | 204 | 1.225 |

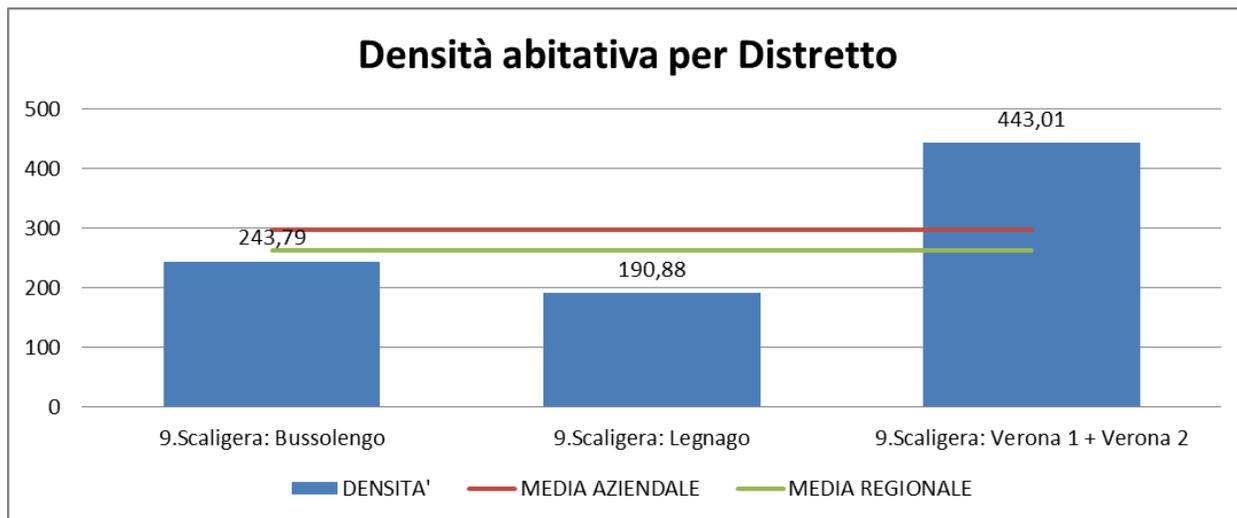
(1) applicazione del tasso del 2023 alla popolazione prevista nel 2028, (2) applicazione in tasso del 2023 alla popolazione prevista nel 2033

Ipotizzando di mantenere costante l'attuale capacità di assistenza degli over 65 in struttura residenziale (3,4% dati FAR elaborati dal CDG), si evidenzia che nel 2028 **sarebbero necessari 817 posti letto in più e nel 2033 1.603**. Alla luce dell'attuale dotazione di Posti letto, inferiore a 7.000, emerge un aumento molto rilevante, nell'ordine del 10/15% in dieci anni (vedi tabella successiva).

I **residenti e assistiti in ULSS esenti da ticket** (dato rilevato al 31/12/2022) suddivisi tra i due principali aggregati di esenzioni sono: **169.173** per reddito; **319.401** per invalidità, malattie rare e patologia. I residenti assistiti con almeno un'esenzione nell'esercizio 2020 sono **357.990**, di questi **167.150** hanno più di un'esenzione per reddito e/o per patologia. L'azienda presenta le stesse 5 esenzioni per patologia della media regionale, dalla quale si discosta unicamente per il peso % maggiore dell'ipertensione con danno d'organo.



La densità abitativa dell'ULSS è lievemente superiore alla media regionale, soprattutto per il parametro del Distretto di Verona.



I Principali indicatori demografici indicano che il Distretto 4 ha la popolazione più giovane ed il minor carico sociale, il Distretto 1, pur con la percentuale maggiore di ultra sessantacinquenni, ha la maggior concentrazione di residenti stranieri, dato che giustifica anche l'alto indice di natalità.

| | Distretti 1 e 2 | Distretto 3 | Distretto 4 | ULSS9 SCALIGERA |
|--|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| Popolazione al 01/01/2023 | 470.418 | 154.624 | 298.908 | 923.950 |
| N. Comuni | 36 | 25 | 37 | 98 |
| Nati Vivi | 3.357 | 1.069 | 2.056 | 6.482 |
| Deceduti | 5.298 | 1.755 | 2.932 | 9.985 |
| Saldo naturale | -1941 | -686 | -876 | -3.503 |
| Stranieri Residenti al 01/01/2023 | 62.871 | 17.931 | 30.463 | 111.265 |
| % residenti 0-14 | 12,9 | 13,3 | 13,3 | 13,1 |
| % residenti >=65 | 23,7 | 23,2 | 21,6 | 22,9 |
| % residenti stranieri | 13,4 | 11,6 | 10,2 | 12,0 |
| Indice di natalità | 7,1 | 6,9 | 6,9 | 7,0 |
| Indice di vecchiaia | 1,83 | 1,75 | 1,63 | 1,75 |
| Indice di carico sociale | 57,7 | 57,6 | 53,7 | 56,4 |
| Indice di dipendenza giovanile | 20,4 | 20,9 | 20,4 | 20,5 |
| Indice di dipendenza senile | 37,3 | 36,6 | 33,2 | 35,9 |

Nel complesso relativamente all'assistenza ospedaliera, i **14 Presidi Ospedalieri** all'01/01/2023 disponevano di **2.228 posti letto** (1.301 nelle 7 strutture private accreditate) lievemente inferiori a quanto disposto dalla programmazione.

Nel 2022 i presidi dell'ULSS 9 (gestione diretta o privati) hanno erogato **96.200 ricoveri**; nel 2021 erano stati 89.422 e nel 2018-2019 erano stati oltre 100.000. **Per l'anno 2023 si stima un'attività di circa 99.000 ricoveri.**

I Servizi di **Pronto Soccorso** hanno registrato **246.627 accessi** nel 2022, in aumento rispetto al 2021 (206.262), ma non ancora sui livelli pre-pandemia. **Per l'anno 2023 si stimano 255.000 accessi.**

L'azienda oltre a 10 poliambulatori ospedalieri, dispone anche di **18 poliambulatori distrettuali** e **38 strutture private** per l'attività clinica, diagnostica per immagini e di laboratorio.

Il laboratorio con 6.653.331 di prestazioni nel 2022 (in aumento nel 2023 di circa 500.000 test stimati) rappresenta il 75% delle prestazioni. Nel 2023 si stimano (al netto del laboratorio) **2.239.246** prestazioni, in aumento rispetto alle 2.129.316, delle quali il 46% erogate da privati accreditati.

I pazienti **assistiti in ADI nel 2022 sono stati 14.883** (nel 2021 erano stati 11.319). Considerati i dati dei primi nove mesi, si stima che per l'anno 2023 gli **assistiti in ADI dovrebbero aumentare a 20.725**. Va anche evidenziato l'aumento di trasferimenti gestiti dalla COT e/o monitorati dalla COT (stimati per il 2022 in 7.063 con un +863, in particolar modo nelle dimissioni protette ospedaliere con presa in carico successiva da parte delle Cure Primarie).

Sul territorio, come strutture "intermedie" sono presenti **6 Ospedali di Comunità**, per complessivi 138 posti letto, e **3 Hospice** con 31 posti disponibili, con un totale anno 2022 di **1.339** giornate negli ODC e **531** negli Hospice.

Nel 2023 gli utenti assistiti presso strutture residenziali per anziani sono in aumento del 2% (2022 sono stati **6.638**) con un totale di **1.447.100** giornate di degenza). Per quanto riguarda la **disabilità**, nel 2022 gli utenti delle strutture residenziali sono stati **2.023**, per un totale di 579.037 giornate ed il 2023 mostra un trend in incremento oltre l'1%.

Nel 2023 l'attività di prevenzione rivolta alle persone ha permesso di effettuare **684.581 vaccinazioni per la profilassi di malattie infettive** (esclusa vaccinazione anti Covid), lievemente diminuite rispetto al 2022 (709.463) ma su valori prossimi al pre-pandemia.

Relativamente all'attività di Screening nel 2023 l'attività ha registrato **inviti per 62.311 donne allo Screening Mammografico** (tasso di adesione 69%), **43.468 allo screening Citologico** (tasso di adesione 51%) e **119.663 persone allo screening del Colon-Retto** (tasso di adesione corretto 59%).

Nell'Allegato 1. "Scheda anagrafica dell'amministrazione" si riporta il dettaglio analitico con il dato più aggiornato delle strutture e delle prestazioni erogate dall'Azienda Ulss 9 Scaligera.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

Mission e Vision dell'Azienda

L'Atto Aziendale descrive la missione e la visione strategica aziendale nei seguenti termini:

Mission. L'Azienda ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo efficace, efficiente e trasparente al fine di favorire, nel rispetto dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) sanitaria e sociale, il perseguimento del benessere fisico, psichico e sociale della persona e della sua famiglia nei diversi contesti socio-sanitari.

La sua mission è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo della salute dell'intera comunità.

L'Azienda risponde ai bisogni di salute dei cittadini attraverso interventi sanitari e socio-sanitari gestiti direttamente o acquisiti da altri soggetti accreditati.

Vision. La Vision dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute è garantita con un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

La Vision aziendale si esplicita nel progetto di "definire e attuare un piano strategico di forte integrazione con i settori comunitari, al fine di pervenire a una politica di promozione della salute, intesa come benessere e qualità della vita offerti all'intera comunità presente nel territorio di riferimento".

Valori e finalità istituzionali. L'Azienda è parte integrante del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto quale ente strumentale della Regione.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda Sanitaria Scaligera sono la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e l'equità e universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, recupero e reinserimento sociale, l'acquisto di servizi da soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento Regionale.

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute quale bene collettivo e individuale, nel rispetto del principio di libera scelta e di equità di accesso del cittadino, s'impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito dei bisogni socio-sanitari e assistenziali dettati dalla programmazione Regionale e Locale.

Filosofia e principi dell'assistenza. L'Azienda promuove il mantenimento dell'eccellenza nella qualità assistenziale nell'ottica della corretta allocazione delle risorse e del contenimento della spesa e persegue la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità, creando un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale umano e professionale degli operatori, in un'ottica di razionalizzazione delle risorse allocate.

L'Azienda presta assistenza con continuità, garantendo l'integrazione organizzativa e multidisciplinare, e la comprensione e il rispetto delle persone assistite e dei loro familiari. I principi guida del progetto di cambiamento, volti a garantire un'unica visione d'insieme e un approccio comune, si riferiscono ai seguenti elementi fondanti:

- cittadino al centro della strategia aziendale: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini;

- governo clinico dell'assistenza: definire e utilizzare un sistema di «standard», sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performance, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del Servizio Socio Sanitario regionale;
- semplificazione amministrativa: a vantaggio dell'offerta di assistenza sanitaria: la creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere anche alla nostra azienda di dedicarsi maggiormente all'attività istituzionale (prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti);
- sostenibilità economica del sistema: espressa dalla compatibilità tra le risorse disponibili ed i costi dei servizi offerti, da perseguire attraverso la programmazione dell'impiego delle risorse in funzione dei bisogni prioritari e fondamentali di salute;
- rete dei servizi socio sanitari territoriali: in collaborazione con le istituzioni territoriali del terzo settore;
- centralità della persona e umanizzazione delle cure: la centralità della persona è il principio ordinatore di tutto il sistema dell'accoglienza e dell'organizzazione dei servizi dell'azienda.
- superamento della frammentazione delle diverse competenze: talvolta dovuta alle norme e altre volte all'organizzazione dei Servizi stessi: più integrazione, quindi, per una migliore e più efficace risposta ai cittadini;
- lavorare affinché la specializzazione di Servizi e degli operatori non si traduca in un lavoro "in esclusiva" rispetto al quale il territorio si sente esautorato: più collaborazione e sussidiarietà, nella prospettiva generativa che i servizi socio-sanitari possono far crescere le comunità locali attivando relazioni di reciprocità, fiducia e solidarietà.

Identificazione del Valore pubblico

La sottosezione **Valore Pubblico** rappresenta un'innovazione sostanziale introdotta con il PIAO. Il concetto, proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'ente.

Per **Valore Pubblico in senso stretto**, le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono: il **livello complessivo di BENESSERE** economico, sociale, ma anche ambientale e sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

Un ente crea **Valore Pubblico in senso ampio** quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti, misurabili anche tramite Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Sustainable Development Goals (SDGs) - (PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES).

Gli Obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) ed il Benessere Equo e Sostenibile (BES)

Le considerazioni relative al Valore Pubblico possono trovare agevolmente rappresentazione analitica e pratica, nei target/ indicatori/ criteri di misurazione utilizzati dall'ISTAT per valutare l'avvicinamento del nostro Paese agli obiettivi e ai target dell'Agenda ONU 2030, che possono essere rappresentati in un "framework unitario".



Gli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SDGs) sono compresi nella Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile, approvata nel settembre 2015 da più di 150 leader internazionali alle Nazioni Unite per contribuire allo sviluppo globale, promuovere il benessere umano e proteggere l'ambiente. Gli elementi essenziali dell'Agenda 2030 sono i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS/SDGs, Sustainable Development Goals) e i 169 sotto-obiettivi, i quali mirano a porre fine alla povertà, a lottare contro l'ineguaglianza e allo sviluppo sociale ed economico. Inoltre riprendono aspetti di fondamentale importanza per lo sviluppo sostenibile quali l'affrontare i cambiamenti climatici e costruire società pacifiche entro l'anno 2030. La classificazione degli obiettivi e la scelta degli indicatori si sono imposti come standard internazionale e transettoriale per la definizione, l'individuazione e la misurazione del valore creato (vedi per approfondimenti

<https://www.aics.gov.it/home-ita/settori/obiettivi-di-sviluppo-sostenibile-sdgs/>)

Già in precedenza per altro, l'ISTAT, come riportato sul suo [sito](#), aveva avviato un progetto "per misurare il [Benessere equo e sostenibile](#) (BES), con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. A tal fine, i tradizionali indicatori economici, primo fra tutti il Pil, sono stati integrati con misure sulla qualità della vita delle persone e sull'ambiente.

A partire dal 2016, agli indicatori e alle analisi sul benessere si affiancano gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i [Sustainable Development Goals](#) (SDGs) delle Nazioni Unite, scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro di informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori.

I due set di indicatori sono solo parzialmente sovrapponibili, ma certamente complementari (si veda il [quadro degli indicatori Bes inclusi nel framework SDGs](#))."

Obiettivi SDG nella Programmazione Regionale Veneto

Le misure del BES e gli altri indicatori del SDG sono per altro identificati come rappresentativi del Valore Pubblico creato anche nei documenti di programmazione regionali, in particolare:

| Acronimo | Significato | Link |
|----------|---|---|
| PNRR | Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza- Piano Operativo Veneto | http://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDecreto.aspx?id=479911 |
| DEFR | Documento di Economia e Finanza Regionale | https://www.regione.veneto.it/web/programmazione/defr |
| PRP | Piano Regionale Prevenzione | https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prp-2020-2025 |

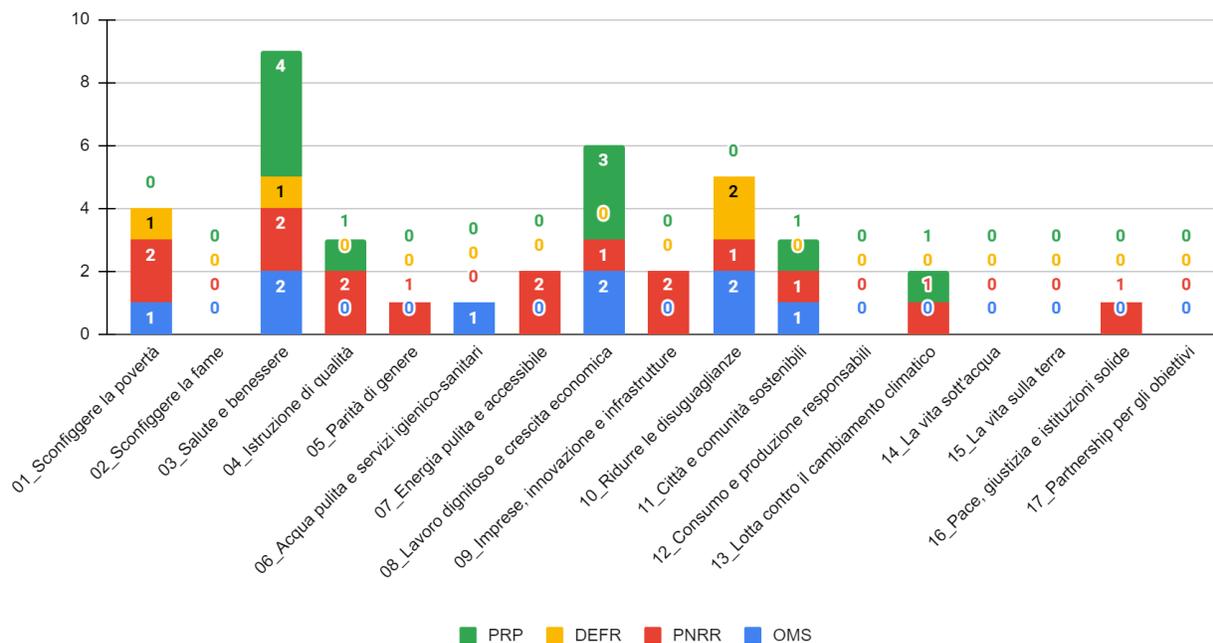
Sono inoltre utilizzati anche dall'OMS per misurare e confrontare i sistemi sanitari:

| Acronimo | Significato | Link |
|----------|--|---|
| OMS | Organizzazione Mondiale della Sanità- Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia | https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357867/WHO-FURO-2022-5210-44974-64023-ita.pdf |

Nella figura si può vedere che gli obiettivi più citati nei documenti sono nell'ordine:

- 03 Salute e benessere
- 08 Lavoro dignitoso e crescita economica
- 10 Ridurre le disuguaglianze
- 01 Sconfiggere la povertà

Obiettivi per lo sviluppo sostenibile e documenti programmatici regionali: macro-obiettivi



Risulta pertanto evidente che, per l'ULSS 9 Scaligera, sia a fronte delle proprie Vision e Mission, enucleate fin dal primo Atto aziendale, e sia in conseguenza del quadro istituzionale e programmatico in cui è inserita, intende il Valore come Aumento della Salute e del benessere dei propri cittadini residenti.

Viste le sue caratteristiche di azienda fondata sul capitale umano, del suo compito di prevenzione dell'insorgenza delle malattie e delle sue dimensioni tuttavia, in funzione di supporto alla missione di salute, l'ULSS 9 Scaligera verifica la propria creazione di valore pubblico anche nell'aumento del benessere dei lavoratori (propri ma non solo, obiettivo 08 Lavoro dignitoso e crescita economica) nonché dell'impatto ambientale della propria attività (obiettivo 13 lotta contro il cambiamento climatico).

La misurazione del Valore Pubblico

Laddove il **benessere** possa essere identificato con una **singola dimensione di impatto**, il **Valore Pubblico si potrebbe misurare** in termini di **benessere specifico o impatto settoriale**: si pensi alla riduzione delle mortalità, ad esempio come decremento dei tassi di mortalità.

Laddove il benessere sia associabile a **molteplici dimensioni di impatto**, come potrebbe essere per la "Prevenzione e il Trattamento dell'uso di Sostanze", "Attuazione convenzione quadro dell'OMS su controllo tabacco", "Garantire l'accesso ai servizi di pianificazione familiare" o "Garantire i servizi sanitari essenziali", il Valore Pubblico si dovrebbe misurare in termini di benessere complessivo o di equilibrio tra gli impatti: se le **molteplici dimensioni di impatto** fossero tra loro **sinergiche**, il **Valore Pubblico** sarebbe **misurabile come equilibrio tra livelli di benessere compatibili**: si pensi alla politica di copertura degli interventi per l'uso di sostanze coniugata con una politica dei consumi, misurabile in termini di impatto socio-occupazionale, ad esempio come incremento del numero o della percentuale di occupati rispetto alla baseline di inclusione sociale.

Calcolare la misura sintetica del Valore Pubblico, per quanto relativa, consente di mettere a sistema e governare i diversi indicatori di impatto, intervenendo in maniera selettiva in caso di scostamenti tra consuntivo e preventivo. Generalmente, il Valore Pubblico viene calcolato come media ponderata tra le misure dei diversi impatti, ognuno dei quali misurati su scala da 1 a 100 al fine di consentirne la normalizzazione e quindi il confronto.

Il controllo strategico suggerirà all'amministrazione di presidiare l'impatto economico nella pianificazione strategica.

I livelli di partenza degli impatti e quelli programmati e conseguiti, si potranno rappresentare tramite il Quadrante del Valore Pubblico: si fotografa una situazione di generazione di valore quando il "diagramma a radar" degli impatti prodotti (risultati) è almeno in linea con quello degli impatti attesi (target) e comunque esterno, e quindi superiore, al diagramma degli impatti di partenza (baseline).

Per la misurazione di quanto Valore Pubblico ha generato l'Azienda può essere effettuato un confronto tra baseline, target a preventivo e risultato a consuntivo, facendo riferimento in quanto possibile agli indicatori di impatto sopra elencati, ma anche agli esiti della Performance e delle fonti di verifica della soddisfazione di utenti e cittadini.

Da un punto di vista tecnico, si rileva che l'ISTAT utilizza nelle sue misurazioni 58 indicatori BES, di cui alcuni replicati per più di un Goal, per un numero complessivo di 67 misurazioni ISTAT realizzate attraverso indicatori BES.

Integrazione tra indicatori relativi ai 12 domini BES e misure statistiche relative agli SDGs

Fonte: ISTAT Benessere e sostenibilità – marzo 2021

| BES | | SDGs | |
|---|---------------|---|--|
| 1. Salute | 3 indicatori | 3 nel goal 3 |  |
| 2. Istruzione e formazione | 8 indicatori | 7 nel goal 4 1 nel goal 8 |   |
| 3. Lavoro e conciliazione tempi di vita | 7 indicatori | 1 nel goal 5 6 nel goal 8 |   |
| 4. Benessere economico (*) | 7 indicatori | 5 nel goal 1 3 nel goal 10 |   |
| 5. Relazioni sociali | | | |
| 6. Politica e istituzioni (*) | 8 indicatori | 4 nel goal 5 5 nel goal 16 |   |
| 7. Sicurezza | 3 indicatori | 1 nel goal 5 2 nel goal 16 |   |
| 8. Benessere soggettivo | | | |
| 9. Paesaggio e patrimonio culturale | 2 indicatori | 1 nel goal 11 1 nel goal 13 |   |
| 10. Ambiente (**) | 13 indicatori | 1 nel goal 1 2 nel goal 6 1 nel goal 7 1 nel goal 8 5 nel goal 11 2 nel goal 12 4 nel goal 13 1 nel goal 14 2 nel goal 15 |          |
| 11. Innovazione, ricerca e creatività | 2 indicatori | 2 nel goal 9 |  |
| 12. Qualità dei servizi (*) | 5 indicatori | 1 nel goal 1 3 nel goal 3 1 nel goal 6 1 nel goal 16 |     |

(*) 1 indicatore ripetuto in più goal
 (**) 6 indicatori ripetuti in più goal

Nel [capitolo dedicato al Monitoraggio](#) si riportano i valori di queste misure con riferimento alla Provincia di Verona, provvedendo un esempio concreto di misurazione del Valore Pubblico con riferimento al presente PIAO.

Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico

La missione istituzionale della ULSS 9 Scaligera è la creazione di Valore Pubblico (VP) a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Il Valore Pubblico Aziendale si crea perseguendo i propri programmi operativi e, per tale tramite, i propri programmi strategici (Deidda Gagliardo, “Il VALORE PUBBLICO. La nuova frontiera delle performance”). Il perseguimento del Valore Pubblico da parte delle pubbliche amministrazioni avviene attraverso il ciclo della performance, che deve individuarlo come fine ultimo.

Alla luce della Missione e della Visione aziendali, della definizione data di Valore Pubblico e della sua rappresentazione tramite gli obiettivi SDG (misurati tramite indicatori inclusi nel BES), si può agevolmente individuare in che modo l’ULSS 9 Scaligera identifica la creazione di Valore Pubblico.

In estrema sintesi la strategia di creazione di Valore pubblico adottabile nel breve periodo dall'ULSS 9 Scaligera può essere espressa nel seguente modo:

*Per mantenere e possibilmente **augmentare il benessere** e la salute della popolazione della Provincia di Verona (misurata in termini di misure collegate al 3 Goal ONU - SDGs/BES Salute e Benessere),*

- *l'Azienda eroga i **Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata** (misurata attraverso i tassi di consumo che devono collocarsi in range di soddisfazione derivanti da politiche nazionali e regionali), e*
- *con **livelli di qualità soddisfacenti** (misurati attraverso indicatori di processo e di esito),*
- *impiegando **risorse compatibili** con la programmazione finanziaria (ovvero garantendo l'equilibrio di bilancio).*

Si possono rilevare in maniera più puntuale le seguenti strategie:

- A. Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini
- B. Attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare le soluzioni organizzative, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l'accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari
- C. Perseguimento dell'equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti
- D. Attuazione dei piani di contrasto alla corruzione, perseguendo obiettivi di equità nell'amministrazione e garantendo il corretto uso delle risorse pubbliche
- E. Rispetto sostanziale dei principi di trasparenza
- F. Sviluppo dell'organismo personale a sostegno dei processi di cambiamento e del benessere organizzativo

Partire dai disabili, dagli anziani, dai più fragili tra i cittadini e le imprese pensando che la digitalizzazione non deve essere per pochi e non deve aggiungere barriere ma che l'innovazione deve fare rima con giustizia sociale", come ha affermato il Ministro per la pubblica amministrazione Renato Brunetta.

Per i **punti A., B. e C.** si ritiene che il perseguimento degli obiettivi assegnati a livello Regionale rappresenti la prima traduzione operativa, all'interno del ciclo della performance, degli ambiti principali cui indirizzare l'intervento aziendale.

Il Capitolo "Performance" illustra gli obiettivi, gli indicatori e le azioni collegate a queste strategie e l'Allegato 2 "Documento delle Direttive anno 2023" ne puntualizza gli aspetti di dettaglio

Per i **punti D. ed E.** naturalmente il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione specifiche e generali dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori).

L'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

Il capitolo "Rischi corruttivi e Trasparenza" illustra, assieme agli allegati previsti, tutti gli aspetti collegati a queste strategie

Per il **Punto F.** va sottolineato che La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa, adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le

metodologie di Lavoro Agile e della salute professionale reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate.

La Sezione “Organizzazione e Capitale Umano” si occupa di illustrare la pianificazione aziendale relativa al personale.

| Obiettivi | Performance | Anticorruzione e Trasparenza | Capitale Umano |
|---|--|---|--|
| Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini | Definizione ed Assegnazione di Obiettivi di Performance in termini di quantità e qualità dei servizi erogati | Programmazione ed applicazione di modelli di contenimento del rischio corruttivo | Azioni di reclutamento, formazione e retaining ed implementazione di azioni per il Benessere Organizzativo |
| Migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino; | Specifici obiettivi sui tempi d’attesa, copertura bisogni degli anziani | Applicazione e monitoraggio disposizioni in termini di trasparenza | Organizzazione percorsi formativi per l’umanizzazione delle cure |
| Sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi, anche attraverso l’attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare l’azienda; | Specifici obiettivi su attuazione del PNRR, sulla digitalizzazione e reingegnerizzazione processi | Adozione di strumenti per la digitalizzazione per la trasparenza anche per il contrasto alla corruzione | Organizzazione percorsi formativi per la digitalizzazione del personale |
| Perseguimento dell’equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti | Specifici obiettivi su contenimento dei costi ed efficientamento dell’utilizzo delle risorse | Contenimento dei rischi corruttivi sui processi di acquisizione e cessione di risorse economiche | Programmazione dei fabbisogni e governo dei costi dell’organismo personale Organizzazione percorsi per il miglioramento della gestione del personale e delle risorse economiche |

Focus: Piano per la Transizione Digitale

Tra le strategie tese ad incrementare il valore pubblico abbiamo citato

- l’attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare le soluzioni organizzative, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l’accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari

In questo ambito per il triennio 2024-2026 l’Azienda intende perseguire gli obiettivi strategici:

1. migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino;
2. sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.

Per ogni obiettivo strategico sono stati definiti degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi riportati sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall’Azienda nell’ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);

- dall'altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV n. 1682 del 29.12.2023 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024" (tipo obiettivo "R").

Questi ultimi sono parte integrante e imprescindibile della programmazione aziendale: in questo documento si evidenzia come ogni obiettivo regionale si collega ad un obiettivo strategico indicato dall'Azienda.

Obiettivo strategico 1 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

L'Azienda mira a migliorare l'accessibilità ai propri servizi intervenendo su due piani di azione. Da un punto di vista fisico l'Azienda intende "avvicinarsi al cittadino" sviluppando i servizi territoriali, come le Centrali Operative Territoriali e le case di comunità, e potenziando gli infermieri di famiglia. Da un punto di vista digitale, l'Azienda intende sviluppare strumenti informatici che consentano al cittadino di prenotare direttamente le prestazioni ambulatoriali (servizi on-line), nonché ampliare le prestazioni di telemedicina che grazie all'utilizzo di tecnologie moderne rendono possibile un ripensamento dell'assistenza territoriale.

L'obiettivo in particolare tiene conto della "DIMENSIONE DELLA DIGITALIZZAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE", tesa a realizzare innanzitutto la *piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni* da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, che ha avuto una linea di investimento specifica rientrando negli obiettivi generali di programmazione finanziaria (PNRR), nonché dell'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Digitale.

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|--|------|--|---|--|
| Passaggio a HYBRID CLOUD per tutte le piattaforme WEB del sito istituzionale - applicativi web specifico fornitore | A | Migrazione delle attuali gestioni al nuovo sistema come previsto da Investimento 1.2. "Abilitazione al Cloud per le PA Locali" | Scadenza PNRR | Collaudo di 3 mesi e successiva Messa a regime |
| SVILUPPO ORGANIZZATIVO | A | Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato dal Piano Formazione Integrato | Syllabus / Formazione RTD | Incremento percentuale partecipazione del 10% |
| Accessibilità digitale: DIGITAL E-HEALTH EMPOWERMENT | A | Potenziamento dei servizi on-line da parte dei cittadini, affinché in modo autonomo possano accedere digitalmente ai servizi digitali (accesso con codice fiscale) | Avvio della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali da parte del cittadino (CUP - SIO regionale) | |
| | | | Completamento sistemi di pagamento in adozione al sistema PagoPA | Estensione altri Enti / Operatori |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | | Progettazione Funzione di visibilità dei dovuti non pagati (dovuti che originano recupero dei crediti) | Attuazione e completamento progettazione |
| COMUNICAZIONE DIGITALE | A | Ampliamento comunicazione al cittadino mediante APP IO | Progettazione sistema di trasmissione mediante APP IO di informazioni finalizzate alla gestione dello scadenziario individuale su APP IO | Realizzazione progetto |
| Sviluppo della telemedicina per pazienti disabili in controllo a distanza domiciliare sincrono o asincrono | A | Monitoraggio a distanza dei pazienti in età evolutiva con disabilità da neurolesione | Progettazione sistema integrato per televisita - tele consulto e telemonitoraggio fisioterapico o logopedico | Test e collaudi |
| | | Teleriabilitazione e controllo del bambino con sindrome di paralisi cerebrale o patologie genetiche/ oncologiche: presa in carico con tecnologia del fisiatra/ fisioterapista e telecontrollo con i genitori | n. 25 pazienti | Incremento del 30% |
| | | Monitoraggio a distanza dei pazienti inseriti nei CEOD con grave disabilità da neurolesione per il follow up sugli ausili | Attivazione sistema integrato per televisita - tele consulto e telemonitoraggio fisioterapico | Test e collaudi |
| | | Gestione in telemedicina dei pazienti con disabilità muscolo scheletriche. | Attivazione programma per n. 200 pazienti con disabilità muscoloscheletrica in dimissione anticipata rispetto alla soglia da rieducazione intensiva e seguita a domicilio | Mantenimento evolutivo in termini di riduzione di trattamento in degenza intensiva |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | Attivazione della telemedicina (Decentralized care) e programma di teleriabilitazione per il paziente con neurolesione | Attivazione programma per n. 70 pazienti con disabilità da neurolesioni in dimissione da rieducazione intensiva e seguiti a domicilio | Mantenimento evolutivo in termini di riduzione degli accessi ambulatoriali |
| Sportello Distrettuale online, per evitare l'accesso fisico alle sedi amministrative distrettuali | A | E' possibile scegliere il proprio MMG / PLS direttamente on - line seguendo le indicazioni riportate nel sito istituzionale www.aulss9.veneto.it | Estensione del progetto a tutte le casistiche di scelta \ revoca medico | Sostituzione integrale del processo di scelta e revoca che diventerà solo digitale |
| Portali per attività veterinarie | A | Sviluppo di un portale dei servizi per gli operatori (per esempio legati alle esportazioni di carni) | Completamento analisi dei servizi | Realizzazione progettazione |
| Realizzazione di un portale aziendale informativo e di procedure digitali interne | | Sviluppo nella INTRANET Aziendale di un portale informativo che sia sistema delle procedure interne on line (richiamo in servizio,...) | Completamento analisi delle esigenze e realizzazione degli elementi comuni fondamentali | Realizzazione completa |

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|----------------------------------|------|--|--------------------|--------------------------|
| Perseguimento PNRR M6 | R | S.3.S.5 PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione" | SI | SI |
| | | Q.5.D.1 Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG | SI | SI |
| Sviluppo assistenza territoriale | R | S.4.D.3 Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke | SI | SI |

Obiettivo strategico 2 - Sviluppare l'Innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Con questo obiettivo strategico l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di *clinical governance*, basandosi sulla convinzione che si possa sempre migliorare e che solo mettendo in discussione prassi a volte consolidate negli anni si possano trovare nuove strade più efficienti ed efficaci, anche grazie allo sviluppo di strumenti di intelligenza artificiale.

In questo contesto particolare rilevanza assume il tema della gestione delle liste d'attesa che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da

parte dell'Azienda che si assume la responsabilità di seguirlo nell'affrontare il suo problema di salute per tutto il tempo necessario, non solo nella fase acuta ma anche nei controlli successivi.

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|---|------|---|---|--------------------------|
| Implementazione delle attività di Cybersecurity al fine di aumentare il livello di sicurezza informatica | A | Prosecuzione del progetto aziendale | 90% delle FASI previste PER l'anno | Mantenimento |
| Strategia di intervento finalizzata a evitare che i benefici della digitalizzazione siano annullati da perdite di dati ed utilizzi impropri | A | Interventi di cybersecurity di definizione e gestione dei livelli che vanno a coprire l'intero sistema informativo aziendale e che hanno al centro il dato informatico. Le tecnologie coinvolte sono numerose (Firewall UTM, segmentazione in VLAN, gestione delle credenziali di accesso IAM, SIEM, WAF, IPAM, SOAR ecc.,ecc.) per proteggere tutti gli strati di informatica coinvolti. | Progetto di riconoscimento di ogni apparato (anche se di proprietà dell'ente) o utente connesso alla rete come potenzialmente malevolo. | "Zero-Trust Access" |

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2024-2026 |
|--|------|--|---|--------------------------|
| Miglioramento dei tempi di attesa | R | S.1.D.7 Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Mantenimento |
| Avvio Sistema Informativo Ospedaliero | R | S.3.S.6 SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello" | Si | Si |
| Sviluppo dei progetti di qualità percepita | R | Q.11.S.1 Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata | Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22) | Mantenimento |

Tutti gli obiettivi evidenziati nelle tabelle sopra, sono inclusi tra gli obiettivi di performance (vedi Allegato 2 “Documento delle Direttive”).

Focus: Risparmio Energetico

Il tema del Risparmio energetico ha sempre rappresentato un tema legato al valore, in quanto correlato alla capacità delle organizzazioni e della società di perseguire, attraverso un oculato impiego delle fonti energetiche, la riduzione dello sfruttamento delle risorse del pianeta ed il contenimento dell'inquinamento, tentando di contribuire al rallentamento del riscaldamento globale. (obiettivi 12, 13 e 15 di sviluppo sostenibile SDGs)

Ha tuttavia assunto un ruolo ancora più centrale con lo shock dei prezzi dell'energia conseguito allo scoppio del conflitto tra Russia ed Ucraina. La quantità di risorse assorbite per il fabbisogno energetico in grande aumento (oltre +75% per il riscaldamento nel 2022 rispetto al 2021) ha costretto tutte le organizzazioni a contenere il consumo di energia per proteggere il più possibile la quota di risorse dedicata alla creazione di valore.

In questo senso l'Azienda ha diffuso, tramite la propria piattaforma di gestione dei cartellini e delle comunicazioni (Sigma) il documento dell'ENEA dal titolo “Risparmio ed efficienza energetica in Ufficio: Guida operativa per i dipendenti”, incentivando un uso razionale dell'energia sia in ambiente lavorativo che personale.

Inoltre tutti i progetti edilizi finanziati dal PNRR richiedono che si raggiungano obiettivi di riduzione dei consumi degli stabili oggetto di intervento.

Focus: Benessere Organizzativo

La produzione di Valore per i cittadini/utenti/pazienti, principali destinatari dell'erogazione dei servizi sanitari mission dell'ULSS 9 Scaligera, potrà essere attuata al meglio attraverso il perseguimento anche del benessere dei dipendenti e collaboratori dell'azienda.

Il benessere viene inteso dall'Azienda Ulss 9 come la capacità di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato, infatti, che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e con un “clima interno” sereno e partecipativo. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che portano a migliorare la salute mentale e fisica dei lavoratori, la soddisfazione degli utenti e, in via finale, ad aumentare la produttività.

Anche l'adesione attraverso la Regione Veneto all'indagine di clima interno promossa dal network Sant'Anna di Pisa è tra le strategie di creazione di valore.

L'Azienda si è dotata di un Piano per il Benessere Organizzativo (Sezione 3 dedicata al Capitale Umano vedi infra) e ha iniziato a darvi concreta attuazione con una serie di progetti che si sviluppano in un arco temporale triennale.

Tutti i progetti sono consultabili nell'apposita sezione predisposta su sito aziendale - intranet al link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Benessere-organizzativo-1>

Anche l'adozione di concreti strumenti per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, ad esempio il POLA (vedi infra), contribuisce alla ricerca di realizzare un concreto benessere in Azienda.

Dati rilevanti per misurare i fenomeni connessi con il Benessere Organizzativo sono i tassi di assenza, in particolare per malattia (dati dell'ULSS 9 disponibili al link <https://trasparenza.aulss9.veneto.it>), nonché i dati sugli infortuni sul lavoro, oggetto di assiduo monitoraggio a cura del Servizio Prevenzione e Protezione in staff alla Direzione generale. Particolarmente rilevante, soprattutto per le figure di difficile assunzione, anche il tema delle dimissioni prima del pensionamento, che l'azienda sta cercando di analizzare meglio per impostare misure di contenimento.

Focus: Protezione dei dati personali (privacy)

A far data dal 25 maggio 2018 ha trovato diretta ed immediata applicazione sul territorio nazionale il nuovo Regolamento Europeo n. 2016/679 (così detto GDPR –General Data Protection Regulation) sulla privacy, approvato il 27 aprile 2016 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea il 04 maggio 2016. Ciò ha comportato l’aggiornamento, delle disposizioni legislative di cui al previgente Codice della privacy (D.lgs. 196/2003 come successivamente modificato dal Legislatore italiano con il D.lgs. 101 del 10 agosto 2018 di adeguamento al GDPR), così come delle norme regolamentari emanate negli anni dall’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nella misura in cui le norme nazionali risultino contrastanti o incompatibili con quelle europee. Il principio cardine, di matrice anglosassone, introdotto dal nuovo Regolamento Europeo è quello della “responsabilizzazione” (accountability nell’accezione inglese) che pone in carico al Titolare del trattamento dei dati l’obbligo di attuare politiche adeguate in materia di protezione dei dati, con l’adozione di misure tecniche ed organizzative, anche certificate, che siano concretamente e sempre dimostrabili, oltre che conformi alle disposizioni europee (principio della “conformità” o compliance nell’accezione inglese); vi è quindi l’obbligo di porre in essere comportamenti proattivi, tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l’applicazione del Regolamento UE. Nell’ottica del Legislatore europeo, quindi, in materia di privacy ciascun Titolare può scegliere autonomamente il modello organizzativo e gestionale che ritiene più adatto alla propria realtà e dotarsi delle misure di sicurezza che ritiene più efficaci in quanto Egli risponde delle proprie azioni e deve essere in grado, in qualsiasi momento, di darne conto verso l’esterno (il termine accountability, infatti, rinvia letteralmente al concetto di “resa di conto”). Questa Azienda ULSS 9 Scaligera, nella persona del Direttore Generale, ha fatto proprio l’approccio del Legislatore europeo relativo all’accountability ed alla compliance, ponendo in essere una serie di documenti e di attività attuative della norma europea, anche sulla base delle indicazioni/linee guida nel frattempo dettate da Azienda Zero (ente di governance della sanità veneta e di coordinamento delle aziende sanitarie della regione del Veneto). Al link https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=393 sono disponibili i principali documenti in ambito privacy dell’Azienda ULSS 9: Testi Normativi, gli opuscoli descrittivi del Garante Privacy, la modulistica aziendale, ecc. Nella intranet aziendale è messa a disposizione dei delegati e degli autorizzati tutta la documentazione aziendale ed i pareri dell’RPD necessari per porre in pratica il sistema privacy dell’ Azienda ULSS 9.

Ulteriore strumento per la gestione del sistema privacy aziendale è il registro dei trattamenti informatizzato che contiene oltre all’elenco dei trattamenti i ruoli dei soggetti interni (titolare, delegato, autorizzato, RPD, referente privacy, ecc.) ed esterni (responsabili, contitolari, interessati, ecc.) sui trattamenti stessi. Nello stesso applicativo informatizzato troviamo anche il registro dei data breach, la gestione delle DPIA e degli Audit sempre nell’ambito della protezione dei dati.

Nel 2023 è stato formalmente approvato il ruolo e le competenze del referente privacy aziendale.

Nel corso del 2023 l’Ufficio Privacy Aziendale ha cercato di aumentare la cultura e la consapevolezza sui rischi collegati alla protezione dei dati. Per questo motivo è stata creata una rete di dipendenti di riferimento, denominati punti di contatto, con i quali sono stati svolti 5 incontri nel 2023, al fine di favorire la diffusione delle informazioni e raccogliere potenziali criticità nell’ambito della privacy.

A questo si è aggiunta l’attività di formazione ed informazione che si è tradotta nella riproposizione di un corso FAD di alfabetizzazione sull’argomento, l’effettuazione di un corso sul codice di condotta per l’utilizzo dei dati sanitari per fini didattici e di pubblicazione scientifica, rivolto alle professioni sanitarie e altri 5 incontri di tipo informativo.

Nel 2023 sono stati inoltre registrati 10 incidenti relativi alla protezione dei dati, per due di questi è stato necessario effettuare la notifica al Garante per la Protezione dei Dati Personali. Il Garante ha inoltre notificato l’avvio di un procedimento nei confronti dell’AULSS su un reclamo presentato all’Autorità nel 2022, si è in attesa delle ulteriori osservazioni del Garante a quanto comunicato da questa ULSS. In relazione a questo episodio è stato effettuato un audit al fine di eliminare i fattori che hanno determinato l’episodio.

Sulla parte relativa al **codice di condotta** per l’utilizzo dei dati sanitari per fini didattici e di pubblicazione scientifica sono state gestite 3 richieste di dataset e fornito supporto per 28 tesi di laurea delle professioni sanitarie. Come previsto dal codice, sulla sua corretta applicazione, si è anche subito un’attività di audit svolta da Azienda Zero per la quale si stanno attendendo i risultati.

A tutto questo si aggiunge, sempre nel 2023, la normale attività di supporto che si fornisce ai Delegati ed al RPD che comprende argomenti relativi al fornire e richiedere pareri e chiarimenti, aiutare i servizi nella nomina dei responsabili, nella stesura delle informative, nello svolgimento delle DPIA e supportare ed istruire nella gestione del registro informatizzato dei trattamenti.

Nel corso del 2024 si prevede di continuare con le attività del 2023, ed in particolare:

- portare gli incontri con i punti di contatto ad una frequenza di 1 al mese;
- aumentare le attività relative alle DPIA;
- svolgere attività di audit sulle casistiche che si rivelino critiche al fine di evitare incidenti;
- fornire formazione sulle casistiche critiche occorse nel 2023;
- affrontare dal punto di vista della protezione dei dati le tematiche relative alla cybersecurity;
- supportare il sistema privacy dell'AULSS 9

Performance

In premessa si è evidenziato come la gestione della performance abbia un effetto sulla creazione di valore in via diretta in quanto il raggiungimento di molti obiettivi aziendali coincide con l'aumento di valore (in particolare con l'erogazione di servizi sanitari in quantità e qualità adeguata). Si è anche evidenziato che gli obiettivi di performance però catturano anche obiettivi intermedi, in buona parte relativi all'organizzazione, al capitale umano, all'innovazione ed al contenimento dei rischi, e pertanto se raggiunti hanno un effetto "indiretto" sulla creazione di valore.

In questa sezione del PIAO si rende conto della traduzione in obiettivi gestionali delle strategie di creazione di valore pubblico che l'Azienda ha identificato. Si è ritenuto di enfatizzare in questa sezione gli aspetti di collegamento tra la performance ed il Valore, nonché le altre sezioni del Piano integrato, inserendo solo nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", gli aspetti analitici, tecnici e di dettaglio relativi a:

- Specifici **obiettivi ed indicatori** assunti per la valutazione della performance
- **Processo di Budgeting** ed assegnazione delle responsabilità
- Modalità di misurazione della performance ed in particolare il **collegamento con l'erogazione dei fondi incentivanti**.

Il Capitolo, da leggersi in maniera integrata con l'Allegato che ne fa parte integrante, è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e nel rispetto delle indicazioni della DGRV 1717/2022 che richiama nelle Linee Guida per il PIAO l'opportunità di richiamare i contenuti minimi identificati con DGR 140/2016 al fine della redazione del Piano della performance.

Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo (Relazione sulla performance da adottare entro il 30/6 di ogni anno).

Si rimanda al Capitolo dedicato al [Monitoraggio](#) dove si evidenziano ed approfondiscono le modalità di verifica della performance.

Obiettivi di performance Aziendali

L'Azienda riconduce i propri obiettivi in 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici che l'azienda deve perseguire.

Tabella 5 - Aree strategiche e Macro-obiettivi

| Area Strategica 1 | | Erogazione dei LEA |
|-------------------|---------------------|------------------------------------|
| | Macro-obiettivo 1.1 | Prevenzione |
| | Macro-obiettivo 1.2 | Assistenza Territoriale |
| | Macro-obiettivo 1.3 | Assistenza Ospedaliera |
| | Macro-obiettivo 1.4 | Prestazioni Specialistiche |
| | Macro-obiettivo 1.5 | Tempi di Attesa |
| | Macro-obiettivo 1.6 | Attività Sociosanitaria e Sociale |
| | Macro-obiettivo 1.7 | Aspetti relazionali con gli utenti |

| | | |
|-------------------|---------------------|--|
| | Macro-obiettivo 1.8 | Gestione del Rischio Clinico |
| Area Strategica 2 | | Sostenibilità economico-finanziaria |
| | Macro-obiettivo 2.1 | Equilibrio Economico |
| | Macro-obiettivo 2.2 | Limiti di Costo |
| | Macro-obiettivo 2.3 | Gestione delle risorse finanziarie |
| Area Strategica 3 | | Informatizzazione e Flussi Informativi |
| | Macro-obiettivo 3.1 | Fascicolo Sanitario Elettronico |
| | Macro-obiettivo 3.2 | Qualità e Completezza dei Flussi Informativi |
| Area Strategica 4 | | Organizzazione Aziendale |
| | Macro-obiettivo 4.1 | Sviluppo dei sottosistemi aziendali |
| | Macro-obiettivo 4.2 | Organizzazione del Lavoro |
| | Macro-obiettivo 4.3 | Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici |
| | Macro-obiettivo 4.4 | Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza |

Si può notare che le Aree strategiche si legano in maniera evidente alle strategie di creazione di valore

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive" si **dettaglia il processo di budget** e si riportano le fonti ed il dettaglio degli obiettivi di performance per l'anno 2024 suddivisi per singola Area, alla luce delle più recenti disposizioni (Obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale per l'anno 2024 DGR 1682/2023 ed Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliere per gli anni 2023-2024, comunicati con nota Prot. n. 297270 del 1.6.2023).

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", si dedica un Capitolo (3.2 Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore) all'approfondimento delle relazioni tra i principali obiettivi di performance e le strategie tese alla creazione di Valore.

In particolare si segnala con riferimento alle diverse **Strategie di creazione di Valore pubblico**:

- A. Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini:
 - a. Raggiungimento degli standard di **coperture vaccinali** (Allegato 2 Cap.3.2.1);
 - b. Effettuazione delle **attività di Screening** (Allegato 2 Cap.3.2.2);
 - c. Sviluppo delle Cure Primarie: **Servizi Medici Distrettuali** (Allegato 2 Cap.3.2.3);
 - d. Erogazione dell'**attività di Ricovero secondo gli standard** (Allegato 2 Cap.3.2.6);
- B. Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino;
 - a. Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del **DM 77** (supportato dagli investimenti del PNRR) con **particolare attenzione all'ADI** (Allegato 2 Cap.3.2.4 e 3.2.5);
 - b. Rispettare gli **standard relativi ai tempi d'attesa** (Allegato 2 Cap.3.2.7);

- c. Allestire, impiegando i fondi del PNRR, le **COT**, le **Case della Comunità** e gli **Ospedali di Comunità** secondo la programmazione (Allegato 2 Cap.3.2.14);
- d. perseguire gli **obiettivi di trasparenza** ed aggiornamento delle informazioni sul **sito aziendale**;
- C. Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi, anche attraverso l'attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare l'azienda;
 - a. Esecuzione del Piano di diffusione dell'utilizzo del **Fascicolo sanitario elettronico (FSEr)** (Allegato 2 Cap.3.2.10);
 - b. Integrazione dei Sistemi Informativi ed **avvio del SIO** - Sistema Informativo Ospedaliero (Allegato 2 Cap.3.2.11)
 - c. **Attuazione del PNRR** nell'ambito della Digitalizzazione in particolare sulla Cyber Security (Allegato 2 Cap.3.2.12);
 - d. Effettuazione della **formazione** relativa alla Digitalizzazione (Allegato 2 Cap.3.2.13);
- D. Perseguimento dell'equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti:
 - a. Limiti di Costo: **Rispetto vincoli di costo** per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva (Allegato 2 Cap.3.2.8);
 - b. Rispetto del **livello di costosità programmata** regionale (Allegato 2 Cap.3.2.9);
- E. **Attuazione dei piani di contrasto alla corruzione**, perseguendo obiettivi di equità nell'amministrazione e garantendo il corretto uso delle risorse pubbliche e;
- F. Rispetto sostanziale dei principi di **trasparenza**:
 - a. Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (Allegato 2 Cap.3.2.15).

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", sono riportati **tutti gli indicatori di misurazione** (oltre 180) tramite cui è possibile verificare il raggiungimento degli obiettivi specifici.

Infine, in coerenza con le Linee Guida Ministeriali per questa sezione del PIAO si puntualizza che:

- in merito agli **obiettivi di semplificazione** nel Documento delle Direttive si enfatizza che:
 - Gli obiettivi di Aggiornamento dei dati pubblicati sul sito aziendale e aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi per ciascuna Unità operativa, cui seguono progetti speciali per la digitalizzazione (ad esempio lo sportello distrettuale on-line) sono di per se tesi alla semplificazione dei rapporti con il cittadino.
 - Per favorire la semplificazione, in particolare tramite la digitalizzazione, l'azienda persegue lo Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP (prosecuzione progetti obiettivo S.3.S.2 dell'Allegato A DGR 1702/2022).
 - Da non dimenticare poi che tutta la progettualità relativa alla riforma dei servizi territoriali con il DM 77 (in parte finanziata da risorse PNRR) è interamente tesa ad aumentare l'efficacia dei servizi, ma anche la loro vicinanza al bisogno nell'ottica di semplificare l'accesso (Obiettivo S.4 "Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022" Allegato A DGR 1682/2023);
- gli **obiettivi di digitalizzazione** rilevanti per la Performance sono:

- innanzitutto quelli dell'area S.3 "Perseguimento PNRR M6" (Allegato A DGR 1682/2022) in particolare S.3.S.5 "PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione", S.3.S.6 "SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello" ;
- altrettanto rilevanti per il cittadino/utente/paziente anche in un'ottica di semplificazione, sono le previsioni dell'obiettivo S.3.S.7 "PNRR: "ADI" e "Telemedicina"
- infine tra gli obiettivi di performance previsti dalla DGR 1682/2023, è importante il Q.5.D.1 "Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG";
- per gli **obiettivi di efficienza**, intesa soprattutto come rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie, viene dato molto peso al tema, in particolare con:
 - gli obiettivi della DGR 1682/2022 dell'area S.1 Miglioramento dei tempi di attesa che pesa per *oltre il 20% dei punti valutati dalla Giunta Regionale*.
 - Con accezione differente, ma molto pregnante, la programmazione prevede la presenza di tetti di spesa e vincoli sui risultati di bilancio, debito scaduto e tempi di pagamento, che richiedono continui miglioramenti sul piano dei processi interni (E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari);
 - Particolare attenzione infine è posta alle sale operatorie con esplicita richiesta di "Miglioramento di un set indicatori di efficientamento dell'utilizzo della sala operatoria" (obiettivo E.4.S.1 Allegato 2 DGR 1682/2023);
- per gli **obiettivi e performance finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione**:
 - in primo luogo si ricorda che l'obiettivo E.3.S.2 "Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza" rimarca l'attenzione che l'azienda pone nel ciclo performance al tema della trasparenza (trattato nella successiva sezione del PIAO).
 - Da evidenziare anche l'obiettivo di misurazione della qualità percepita, adeguato alla prosecuzione dei processi, DGR 1682/2023 Q.11.S.1 "Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di rilevazione esperienza del paziente (PREMs, PROMs, PaRIS) e di sanità partecipata"
- obiettivi e performance **per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere** va evidenziato:
 - quanto previsto con l'obiettivo Q.11.S.1 Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo) particolarmente rilevante sul tema del Benessere Organizzativo (vedi infra nella sezione dedicata),
 - c'è un obiettivo dedicato alle "Strategie di reclutamento del personale SSR" (Allegato A DGR 1682/2023 Obiettivo S.3)
 - ma sono importanti anche i molteplici obiettivi dedicati all'inclusione dei soggetti fragili, quali il Q.5.D.3 "Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024" e Q.10.S.1 "% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi"

Si segnala tra le novità rilevanti in ambito di valutazione della performance individuale, la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023 ([link](#)) che individua un percorso innovativo e particolarmente sfidante. L'ULSS 9 Scaligera, sulla scorta delle linee guida disponibili revisionerà nel corso del triennio le procedure per l'effettuazione della valutazione individuale, tenendo conto degli strumenti indicati per favorire l'incremento delle performance, l'aumento della responsabilizzazione individuale, la valorizzazione del personale (in particolare la connessione con la formazione) ed il benessere organizzativo.

Rischi corruttivi e trasparenza

Parte I - Gestione Dei Rischi Corruttivi

Premessa

L'art.1 della legge 6 novembre 2012, n.190 ha previsto l'adozione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza quale documento programmatico volto al costante sviluppo e all'aggiornamento delle misure atte a prevenire, anche attraverso la leva strategica della trasparenza, ogni forma di illegalità e di "maladministration".

A seguito dell'entrata in vigore del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, che ha previsto, all'art. 6, l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (cd. PIAO), la pianificazione relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza è divenuta parte integrante, insieme agli altri strumenti di pianificatori espressamente indicati, del suddetto Piano integrato di attività e organizzazione.

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 del predetto art.6 sono stati, poi, emanati il D.P.R. del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il D.M. 30 giugno 2022, n.132 "Regolamento recante definizione del Piano integrato di attività e organizzazione" che hanno provveduto a definire la disciplina del PIAO.

Nella stesura del presente Documento si è, altresì, tenuto debitamente conto sia delle indicazioni impartite dall'ANAC attraverso il "Piano Nazionale Anticorruzione" (PNA) che costituisce Atto di indirizzo e, come tale, vincolante per le Amministrazioni destinatarie del medesimo (v.art.1, comma 1 legge n.190/92), sia di tutte le altre direttive contenute in specifici atti o circolari.

Tra queste, nella specie, le Linee guida contenute nel Vademecum approvato dal Consiglio dell'Autorità il 2 febbraio 2022 concernente "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", in cui l'ANAC ha, in particolare, rappresentato alle Amministrazioni di tenere conto delle indicazioni contenute nel PNA 2019. Tali Linee guida sono state richiamate anche nel PNA 2022, valido per il triennio 2022-2024, adottato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 e definitivamente approvato con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 a seguito dei pareri resi dal Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e dalla Conferenza Unificata Stato – Regioni – Autonomie locali, nonché nell'Aggiornamento PNA 2023 (mettendodadeliberaseintempoutile).

Il presente documento si pone, pertanto, da un lato, in una linea di tendenziale continuità con il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza degli scorsi anni adottati sulla base delle indicazioni operative contenute nel PNA 2019/2021 e, dall'altro, tiene conto delle disposizioni, di estremo rilievo, introdotte dall'ANAC nel PNA 2022, in un'ottica di progressivo allineamento alle prescrizioni ivi contenute.

Tutto ciò premesso, nell'elaborare la strategia di prevenzione della corruzione per il triennio 2024 -2026 ci si è basati, sui seguenti 4 fattori che influenzano e regolano le scelte di ciascun Ente:

- la mission istituzionale dell'Amministrazione;
- la struttura organizzativa e l'articolazione funzionale;
- il processo di gestione dei rischi corruttivi;
- le risultanze del monitoraggio.

In conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della predetta legge n.190/2012 e dalle disposizioni normative successivamente intervenute, il presente Documento delinea le azioni programmatiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza per il triennio 2024-2026 in aderenza a quanto in merito contenuto nei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda ULSS.

Nell'atto di indirizzo politico-istituzionale della DGR 1682/2023 con cui la Regione ha assegnato gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2024, nell'ambito delle priorità amministrative e delle connesse linee strategiche individuate al punto E, "E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari", viene, infatti, evidenziata la

necessità di “realizzare interventi volti a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza dell’azione amministrativa, anche attraverso l’attuazione delle misure di prevenzione e repressione della corruzione”.

Il presente Piano, nell’assicurare, comunque, la necessaria continuità alle iniziative da tempo intraprese dall’Amministrazione in tema di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, si pone l’obiettivo di aggiornare i contenuti del precedente Piano, in attuazione del più generale principio del cosiddetto “miglioramento continuo e graduale”, secondo le priorità politiche-amministrative individuate dal Direttore Generale.

In tale percorso, progressivamente affinandosi nel corso degli anni, fondamentale risulta l’apporto conoscitivo e operativo delle componenti dell’Amministrazione chiamate a partecipare, non solo all’attuazione e alla conseguente attività di verifica e monitoraggio delle misure già previste, ma anche all’individuazione e/o adeguamento delle misure da inserire nel nuovo Piano.

Agli indicati fini, nell’ottica della consueta collaborazione e in adesione alle direttive ANAC in materia, è stato formalmente richiesto ai Dirigenti Referenti della Prevenzione della Corruzione dell’Amministrazione (Del. 232 del 12/04/2018), oltre ai necessari elementi conoscitivi relativi alla prescritta attività di monitoraggio, ogni utile considerazione in vista della redazione della successiva pianificazione in materia di anticorruzione, tenendo conto dei rispettivi, specifici contesti lavorativi. In particolare, in occasione del monitoraggio, a cadenza semestrale, per ciascuno dei processi analizzati con misure specifiche individuate nel Piano, è stato chiesto al process owner di compilare un questionario di valutazione del sistema di gestione dei rischi e dell’efficacia delle misure specifiche individuate, nonché, in vista dell’adozione del nuovo PIAO e del documento strategico in materia di anticorruzione e trasparenza, ogni utile considerazione in merito alle stesse atteso che, come evidenziato anche nel Piano in vigore, le strategie e le misure di prevenzione della corruzione possono essere di volta in volta, calibrate, modificate e, se del caso, opportunamente integrate.

Come sovente affermato dall’ANAC, infatti, l’individuazione delle misure idonee a prevenire gli specifici rischi rientra tra i compiti di ciascun dirigente che, in quanto competente per la propria Unità, è a conoscenza dei processi e delle attività svolte, nonché degli specifici contesti lavorativi in cui il medesimo opera.

Il presente Documento, come sopra accennato, tiene, altresì, conto delle risultanze emerse nella Relazione annualmente predisposta dal RPCT e, nella specie, nella Relazione 2023. Inoltre, come meglio precisato nella parte generale, in linea con le indicazioni operative contenute nel predetto Vademecum dell’ANAC, richiamato da ultimo nel PNA 2022, in cui viene raccomandato alle Amministrazioni di prevedere e definire **idonee modalità di coordinamento fra il RPCT ed i Responsabili degli Uffici dell’amministrazione che si occupano dell’elaborazione delle altre Sezioni del PIAO, si sono tenute apposite riunioni con i competenti uffici dell’Amministrazione**. In particolare, come lo scorso anno, allo scopo di approfondire e definire gli aspetti formali e sostanziali dell’adottando PIAO, ivi compresa, quindi, la Sezione dedicata alle strategie di contrasto alla corruzione, si sono tenute, alla presenza dell’Unità del controllo di Gestione a cui è stata attribuita la “Cabina di regia” presieduta dal Referente della Performance, apposite riunioni con i rappresentanti di tutte le Unità e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Gli Attori e le loro Principali Competenze

La vigente normativa in materia di prevenzione e lotta ai fenomeni corruttivi individua e definisce, come noto, i diversi attori chiamati ad espletare, in stretta sinergia, un’azione di grande rilievo, ciascuno nell’ambito del proprio ruolo caratterizzato da specifiche competenze e responsabilità.

I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione nell’AULSS n. 9 sono:

- il Direttore Generale, unitamente al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e al Direttore dei Servizi Socio-sanitari,
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- i Referenti per la prevenzione della corruzione,
- i Dirigenti,
- l’Organismo Indipendente di Valutazione,
- l’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari,
- il Responsabile del Servizio Risorse Umane,

- i dipendenti dell'amministrazione,
- i collaboratori esterni,
- gli stakeholders.

Più in particolare:

Il Direttore Generale e i suoi diretti collaboratori sono i primi artefici della prevenzione della corruzione e assicurano il loro fondamentale sostegno all'azione del RPCT e:

- a) designano e supportano il RPCT ;
- b) adottano il PTPCT, i suoi aggiornamenti e tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: codice di comportamento, patto di integrità, ecc.);
- c) garantiscono il coordinamento degli atti adottati al PTPCT, a partire da quelli organizzativi.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: elabora la proposta di PTPCT ed esegue le attività di monitoraggio e verifica previste nell'allegato 3, "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza" di cui alla deliberazione ANAC numero 1064 del 13 novembre 2019. L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è stato conferito alla Dott.ssa Francesca Lazzarotto con Delibera del Direttore Generale n. 1/DG del DATA 2023. L'individuazione del Responsabile è stata effettuata in conformità alle indicazioni dell'ANAC e, quindi, della considerazione che le funzioni del RPCT devono essere preferibilmente assegnate a dirigenti non titolari di Uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva o comunque, attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

Sulla base dei suesposti criteri viene individuato il sostituto del RPCT nei casi di assenza o impedimento di quest'ultimo.

I Referenti dei Servizi/Uffici per la prevenzione della corruzione

In generale i Referenti dei Servizi/Uffici sono i dirigenti a capo delle stesse o i funzionari esperti da essi delegati; essi svolgono attività informativa nei confronti del RTPC, perché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione e un costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati alle varie strutture. L'obiettivo è appunto quello di creare, attraverso la rete dei Referenti, un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato, che offre maggiori garanzie di successo.

In particolare, i Referenti supportano sia il RTPC che le strutture per:

- a) la mappatura dei processi amministrativi;
- b) l'individuazione e la valutazione del rischio corruzione nei singoli processi amministrativi e loro fasi, partecipando al processo di gestione del rischio e osservando le misure contenute nel PTPCT ;
- c) l'individuazione di misure idonee di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio corruzione;
- d) attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto da parte dei dirigenti responsabili, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- e) l'elaborazione della revisione annuale del Piano.
- f) collaborano con il RPCT alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione;
- g) compilano semestralmente / annualmente il questionario-relazione predisposto dal RPCT, indicando le criticità riscontrate relativamente agli strumenti di controllo e le azioni di miglioramento tese a garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali, caratterizzanti gli sviluppi organizzativi e gli eventuali suggerimenti da includere nell'aggiornamento del PTPCT. (Questionario WEB da compilare in rete aziendale).
- h) trasmettono eventuale breve relazione sui casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza del RPCT stesso e relativi a nuovi bisogni formativi.

Sono previsti specifici incontri periodici con i Referenti, al fine di condividere le problematiche e le strategie in materia di anticorruzione.

I Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché dell'UPD (art. 16 d.lgs. 165/2001; art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1 c. 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- b) partecipano al processo di gestione del rischio e propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. 165/2001) e assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- c) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis, d.lgs. 165/2001);
- d) osservano le misure contenute nel PTPCT;
- e) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare e la loro pubblicazione ai fini del rispetto di quanto stabilito dal d.lgs. 33/2013.

L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo indipendente di valutazione della performance, operante nella ULSS 9 Scaligera, riveste rilevanza specifica nell'ambito delle strategie volte al contrasto della corruzione offrendo un qualificato supporto metodologico al RPCT per la corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Inoltre, favorisce l'osmosi metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Resta fermo il compito dell'OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009. L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001. Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC. In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012). Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012). Ciò in linea di continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013, ove è prevista la possibilità per l'ANAC di coinvolgere l'OIV per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, oltre a svolgere i procedimenti disciplinari di propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/ 2001):

- a) propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1 c. 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.);

Per quanto attiene ai dipendenti, la prevenzione della corruzione deve diventare un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. Buona parte degli operatori lavora a contatto con il pubblico e contribuisce (in positivo o in negativo) alla costruzione dell'immagine dell'Azienda. La diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nel PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;

- b) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui è venuto a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'UPD (art.54 bis d.lgs 165/2001);
- d) segnalare per iscritto casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale e Codice Etico e di Comportamento Aziendale);
- e) segnalare al proprio dirigente gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Azienda, sono tenuti al rispetto di quanto prescritto nel presente PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza ed a segnalare al RPCT le eventuali situazioni di illecito di cui vengano a conoscenza. Ai fini del Piano per “collaboratori” si intendono coloro che, in forza di rapporti di lavoro autonomo o di altro genere, diversi da quelli che contraddistinguono i rapporti di dipendenza, sono inseriti, per ragioni professionali, nelle strutture dell'Azienda.

Stakeholders.

Per quanto riguarda il tema dei rapporti con gli stakeholders e della individuazione degli ambiti di interrelazione, va in primo luogo rilevato che la peculiarità e l'ampiezza delle funzioni istituzionalmente svolte dall'Amministrazione implicano un riflesso dell'azione complessiva che, arriva ad interessare tutti soggetti, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale. L'esigenza di perfezionare il proprio ruolo sociale, esprimendo con chiarezza e comprensibilità le linee di un agire imparziale, che garantisca l'affidamento da parte dei cittadini, nonché di perseguire standard più elevati di qualità dei servizi e diffondere la cultura della Legalità e della trasparenza, vede impegnata la ULSS in uno sforzo di intercettazione e valorizzazione del feedback con i principali fruitori di servizi. Nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni, la ULSS favorisce infatti da tempo, attraverso i vari organismi partecipati da stakeholder esterni, il coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e della società. Nella parte del PIAO dedicata alla Performance cui si rinvia, (Sezione del PIAO stesso) sono stati dettagliatamente descritte le diverse categorie di stakeholder con riferimento alle principali macroattività, che sostanzialmente appartengono alle principali attività svolte dall'Amministrazione, nonché il risultato di sintesi degli stakeholder chiave, ovvero quelli comuni a tutte le macroattività, come ivi individuate.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli “stakeholders” partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della legge n. 190/2012, il Piano contiene le azioni strategiche e programmatiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che costituiscono anche contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale dell' Azienda ULSS, nell'ambito delle priorità amministrative e delle connesse linee strategiche individuate dalla DGR 1682/2023 con cui la Regione ha assegnato gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2024, dove al punto E, “E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari”, viene, infatti, evidenziata la necessità di realizzare interventi volti a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza dell'azione amministrativa, anche attraverso l'attuazione delle misure di prevenzione e repressione della corruzione.

A tal fine, viene specificato che saranno perseguite le seguenti linee di intervento:

- OBIETTIVO Regionale E.3.S.2. : Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT1: **Perfezionamento del sistema** di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione – attraverso interventi mirati a **garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente"** pubblicate sul sito istituzionale, promuovendo, al contempo, la tempestività degli adempimenti;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT3: Fornire un supporto giuridico e metodologico agli uffici nella **trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato**, in particolare sulle decisioni assunte dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei **processi** finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.

Le suddette Linee di intervento formeranno **oggetto di specifici obiettivi** trasfusi e declinati nella Sezione del PIAO contenente il Piano della Performance che, in conformità alle intenzioni del Legislatore, sarà strettamente coordinato con il settore dedicato all'anticorruzione.

Tutte le strutture dell'Amministrazione saranno, pertanto, opportunamente coinvolte per il raggiungimento dei predetti obiettivi.

Le linee di produzione

La produzione aziendale è assicurata dalle strutture tecnico funzionali complesse, quali:

- · Distretto Socio Sanitario
- · Dipartimento di Prevenzione
- · Ospedale

Esse concorrono alla gestione caratteristica dell'Azienda e sono dotate di autonomia gestionale e soggette a rendicontazione analitica.

Ad assicurare la produzione aziendale concorrono altresì i seguenti Dipartimenti di rilievo legislativo (ex art. 18 L.R. n.5/1996):

- Dipartimento delle dipendenze
- Dipartimento di salute mentale.
- I servizi tecnico-amministrativi e di staff

Le funzioni tecnico amministrative sono finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione; esse ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

Le funzioni di Staff della Direzione Strategica assolvono invece ad una molteplicità di ruoli ed attività eterogenee di tecnostruttura.

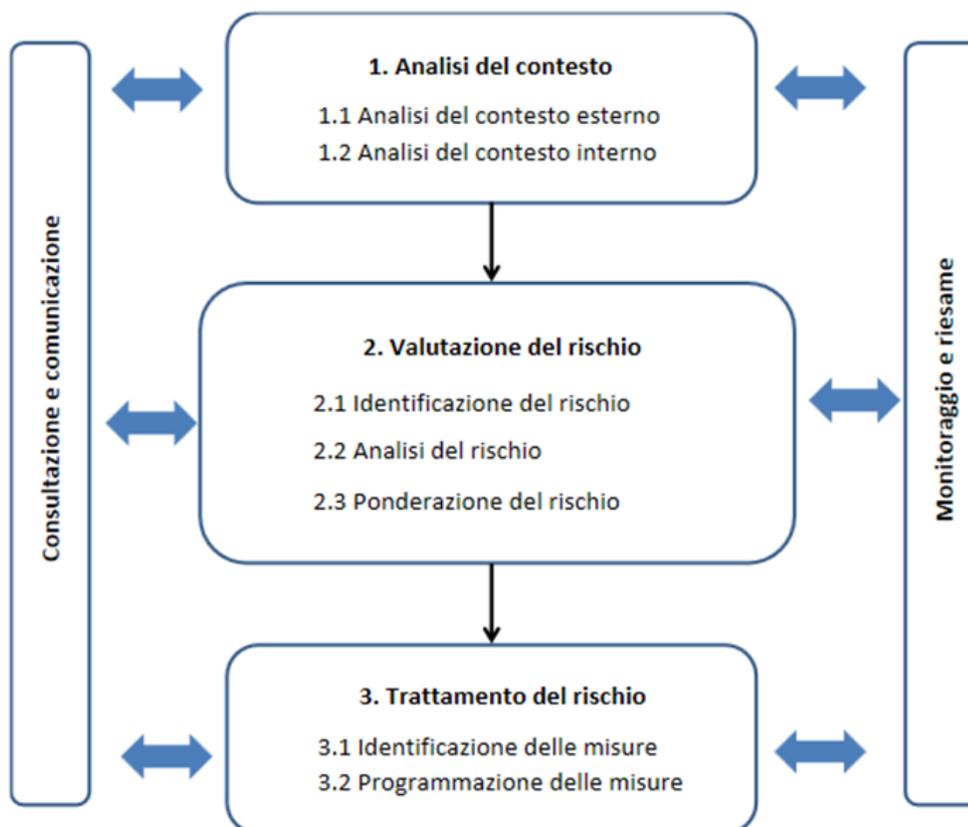
Data la particolare attenzione che la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza impongono sulla **formazione del personale**, in particolare per quello operante nelle aree a maggior rischio, la sottosezione di programmazione “Rischi corruttivi e trasparenza” deve integrarsi e completarsi con l’ambito della “Formazione del Personale” riportata ai paragrafi della sottosezione “Piano triennale dei fabbisogni di personale” tra cui

- a) priorità strategica di riqualificare e potenziare le competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello e filiera professionale;
- b) criteri di scelta dei soggetti che erogano la formazione e dei contenuti della formazione;
- c) strumenti di individuazione dei soggetti da formare;
- d) individuazione degli obiettivi e dei risultati formativi.

Il processo di analisi e gestione del rischio corruttivo

Come previsto dall’ALLEGATO 1 - Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi della Deliberazione 1064 del 13 novembre 2019 - Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi rappresentate nella Figura1:

Figura 1 –Il processo di gestione del rischio di corruzione



Dal medesimo allegato "... Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso **misure organizzative sostenibili**, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

In tale contesto è altamente auspicabile, come buona prassi, non introdurre ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati.

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 l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema)....".

Con l'adozione del PIAO – Sezione2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, la Direzione dell'AULSS 9 Scaligera intende elaborare e attuare il processo di gestione del rischio attraverso un duplice ordine di finalità:

- in primo luogo, contrastare e prevenire il fenomeno dell'illegalità, concretizzato dallo sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura;
- in secondo luogo, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione amministrativa e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

La sotto-sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza", così come il PNA da cui deriva, è uno strumento finalizzato alla prevenzione della corruzione, concetto comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche

le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, prendere in considerazione atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

In questi anni sono intervenuti forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici. L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, ad avviso dell'Autorità ANAC, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione

per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Il PNA 2023 come il PNA 2022 ha dato rilevanza alla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici a cui si è fatto frequente ricorso per far fronte all'emergenza pandemica e all'urgenza di realizzare interventi infrastrutturali di grande interesse per il Paese. Detta parte è delineata nel quadro del nuovo Codice dei contratti pubblici prevalentemente rispettosa dei principi generali di derivazione comunitaria contenuti nelle direttive.

La strategia per la prevenzione del rischio di corruzione della ULSS n. 9 è basata sui principi individuati dal P.N.A., che hanno come riferimento metodologico la norma UNI-ISO 31000:2010 dell'analisi dei rischi, in particolare:

- sull'analisi dettagliata del contesto, cioè sull'insieme degli operatori coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali nonché sulla stima:
 - della situazione socio-culturale in cui l'azienda si colloca, analizzando i valori etici e morali che possono influenzare la reputazione dell'azienda;
 - della situazione politico-economica, individuando quali scelte politiche influenzano l'operato dell'azienda e l'andamento del bisogno di salute in cui essa si colloca;
 - dello sviluppo tecnologico, dei miglioramenti delle infrastrutture;
 - dell'ambiente, inteso come causa di possibili difficoltà (trasporti) o calamità;
 - della presenza di competitors locali, nazionali e internazionali.
 - L'unione dell'influenza delle terze parti e delle caratteristiche specifiche permette di individuare il peso del contesto esterno nell'attività aziendale.
- Sull'identificazione per ciascun processo dei rischi, consistente nella mappatura dei processi e la relativa analisi: ricerca, individuazione e misurazione dell'esposizione ai rischi, in particolare al rischio di corruzione;
- Sul trattamento del rischio: completata l'analisi del rischio, è necessario identificare le misure necessarie a "neutralizzarlo" o ridurlo, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Nell'Aziende/Istituti del SSR (Servizio Sanitario Regionale), la necessità di assicurare ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi, garantendo allo stesso tempo l'equilibrio economico-finanziario, richiede l'applicazione dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità in ogni aspetto gestionale ed organizzativo del sistema.

In quest'ottica, la costituzione e l'implementazione del Sistema di Controllo Interno (SCI), quale elemento della gestione per il governo dei rischi amministrativo-contabili e di corruzione, è stato un obiettivo di fondamentale importanza per l'intero Sistema Sanitario Regionale.

E' stato inoltre determinante dare Univocità e Centralità al Sistema: approccio integrato alla gestione e valutazione del Sistema di Controllo Interno e Gestione dei Rischi (come da Piano Anticorruzione ex L.190/2012, riconducibile alla più ampia nozione di SCIGR). E' così infatti possibile l'eshaustività e la trasversalità della valutazione dei rischi.

Infatti l'adeguatezza SCIGR aziendale si misura, anche, nella sua capacità di prevenire le frodi (aziendali, interne ed esterne).

Analisi del contesto.

Il contesto esterno.

L'analisi del contesto esterno ha rilevanza ai fini di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente di operatività dell'Amministrazione possa o meno dare luogo al verificarsi di fenomeni corruttivi. Infatti la diffusione della presenza di organizzazioni criminali è uno degli eventi che amplia il rischio di frequenza della corruzione, indipendentemente dall'ambito di azione dell'ente.

Gli ambiti di intervento dell'Azienda ULSS 9 Scaligera verso l'esterno si identificano nei settori di seguito elencati:

- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni e Farmacie: applicazione convenzioni e vigilanza e controllo sul rispetto dei contratti lavorativi;

- Gestione Ospedali e strutture di cura;
- Gestione Prestazioni socio – sanitarie assistenziali negli ambiti:
 - Dipartimento della salute mentale:
 - Gestione percorsi riabilitativi e integrazione con le aree distrettuali
 - REMS del Veneto
 - Disabilità per i servizi territoriali quali:
 - Servizio ICDf - ICDp
 - Servizio Sociale Disabili
 - Servizio di Assistenza Domiciliare
 - Servizio di Integrazione Scolastica / Lavorativa
 - Servizio Semiresidenzialità e Centri Diurni
 - Servizio di assistenza scolastica ai disabili sensoriali
 - Servizio di trasporto scolastico rivolto a studenti con disabilità frequentanti Istituti Superiori o CFP
 - Servizio Psicologico Disabili (Spd)
 - Contributi (metodo DOMAN , strumenti di guida)
 - Non autosufficienza Distretto
 - Interventi a Supporto della Residenzialità
 - Sportello per l'Assistenza Familiare
 - Infanzia adolescenza famiglia – Consultori Familiari – Neuropsichiatria Infantile – Età evolutiva
 - Dipendenze: U.O.C. Dipendenze Verona - Gioco d'Azzardo Patologico - Progetti
 - Cure Palliative
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle Strutture sociali autorizzate / accreditate
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle Strutture sanitarie autorizzate / accreditate
- attività ispettiva, d'ufficio o anche su richiesta motivata di chiunque ne abbia interesse del Dipartimento di Prevenzione:
 - Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN)
 - Medicina Legale
 - Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL)
 - Servizi Veterinari e Igiene Alimenti di Origine Animali
 - Epidemiologia, Screening, Promozione della Salute
 - Attività Motoria
 - Servizio Igiene Sanità Pubblica (SISP)
- URP
- 118 e servizi di trasporto

Dall'analisi dei sopra elencati settori è possibile individuare i soggetti che interagiscono con l'Azienda, di seguito suddivisi per attività omogenee:

- Amministrazioni pubbliche centrali;
- Amministrazioni pubbliche locali;
- Enti nazionali di previdenza e assistenza;
- Ordini professionali;
- Amministrazioni aggiudicatrici (ivi comprese le centrali di committenza e i soggetti aggregatori);
- Organismi di diritto pubblico;
- Enti aggiudicatori;
- Concessionari di lavori e servizi pubblici;

- Operatori economici;
- Organizzazioni sindacali dei lavoratori (FILCA, CGL, UIL, FENEAL, ecc.);
- Associazioni degli Ordini professionali;

L'Azienda ULSS si relaziona, in maniera diffusa, con la pluralità di cittadini, in quanto destinataria dei bisogni di cura e delle segnalazioni, anche a carattere riservato, nelle varie materie di sua competenza. Le segnalazioni possono determinare, previa apposita valutazione, l'avvio di specifici procedimenti il cui esito viene comunicato ai soggetti interessati.

Le relazioni con i soggetti esterni possono, in termini generali, suddividersi tra: relazioni di input (acquisizione di dati, informazioni e documentazione), relazioni di output (erogazione di prestazioni, emanazione di provvedimenti di carattere individuale o generale da parte dell'Azienda, nella maggior parte dei casi come esito di appositi procedimenti) e relazioni che contemperano entrambi gli aspetti di input ed output. La tipologia di relazione può avere senz'altro incidenza nella valutazione del rischio. Si relaziona altresì con la Magistratura, in particolare con le Procure penali e contabili, con le Prefetture, le Forze dell'Ordine (in particolare Guardia di Finanza e Carabinieri) e la Ragioneria Generale dello Stato, ANAC. Ed ancora, l'Azienda, per fini istituzionali, interagisce con la Regione Veneto e Azienda Zero, i sindaci e gli assessori dei comuni afferenti all'Azienda. L'interazione con i soggetti sopra indicati, la frequenza di detta interazione, nonché, da un lato, la rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Azienda e, dall'altro lato, l'incidenza degli interessi e i fini specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata la "Matrice di analisi del contesto esterno" di cui all'Allegato A, che, tenuto conto dei principali dati analizzati e dei fattori di cui sopra, illustra l'incidenza del contesto esterno e conseguentemente la sua relazione con il livello di rischio considerato nella presente sezione del PIAO.

Nella relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento – Direzione Investigativa Antimafia PROIEZIONI DELLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA SUL TERRITORIO NAZIONALE sono riportati gli elementi che possono invece chiarire una visione in ambito di criminalità organizzata e corruzione dalle maggiori istituzioni

Il contesto interno

L'organizzazione dell' Azienda Sanitaria ULSS n. 9 Scaligera, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale, è preposta a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

L'organizzazione dell'Unità Locale Socio Sanitaria si basa sul principio della separazione della Direzione Strategica dalle direzioni operative, con conseguente adozione diffusa del principio di responsabilizzazione sui risultati esteso, a tutti i Dirigenti delle strutture aziendali.

La Direzione Strategica dell'Azienda compete al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, in ciò coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Sociali.

Il principio della distinzione tra le funzioni di programmazione, di indirizzo e controllo da un lato e quelle di attuazione e gestione dall'altro, si attua con un sistema di deleghe che vede, di norma, permanere in capo alla competenza del Direttore Generale l'adozione di tutti gli atti di programmazione aziendale e di alta amministrazione, mentre l'esercizio del potere per la realizzazione degli obiettivi aziendali programmati viene delegato ai Responsabili di Struttura Complessa.

Gli obiettivi aziendali sono definiti in sede di programmazione sociosanitaria regionale e attribuiti, quale competenza propria, al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico.

La Direzione Strategica persegue il raggiungimento degli obiettivi assumendo tutti i piani e i progetti conseguenti, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, mediante atti di programmazione, di indirizzo e controllo.

Il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore dei Servizi Sociali collaborano con la Direzione Generale nella definizione del sistema di piani e progetti, pur rimanendo in capo al Direttore Generale tutti i poteri di gestione conseguenti.

L'Azienda persegue l'obiettivo di coinvolgere nel processo decisionale aziendale i Dirigenti Responsabili delle strutture semplici e complesse.

Ai Responsabili delle strutture complesse (strutture fondamentali/dipartimenti/unità operative complesse) il Direttore Generale delega la funzione gestionale delle strutture cui sono preposti, che vede, quale momento principale di attuazione, quello della negoziazione e conseguente definizione del "Budget". Ai medesimi Dirigenti, oltre alla funzione gestionale, il Direttore Generale conferisce la delega ad assumere decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di pianificazione aziendale.

Il Direttore Generale attua un sistema permanente di valutazione dell'attività e delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie, tecniche ed amministrative, oltre che di controllo e di verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali, così come previsto dal D.Lgs. 286/99 e s.m.i. In caso di difformità rispetto agli obiettivi pianificati, sussiste la responsabilità del Dirigente preposto con la conseguenza che il Direttore Generale revoca gli atti e i provvedimenti difformi e avoca l'adozione degli atti di gestione dovuti.

Le funzioni ed i compiti sono oggetto di specifica definizione con atto di organizzazione, che definisce gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza.

Per quanto attiene ai criteri ed alle modalità di conferimento, di revoca e di esercizio della delega delle funzioni si rinvia al "Regolamento di disciplina dell'istituto della delega di funzioni ai dirigenti" allegato all'atto aziendale.

Come noto, l'Allegato 1 al PNA 2019 suggerisce una graduale semplificazione del sistema di gestione del rischio corruttivo, ivi compresa l'attività di identificazione delle funzioni istituzionali, dei macro-processi e dei processi delle Unità Operative attraverso un approccio flessibile e contestualizzato, che tenga conto delle specificità di ogni singola unità e del contesto interno ed esterno nel quale essa opera. Più nello specifico chiarisce che "l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi".

L'Azienda Sanitaria ULSS n. 9, in conseguenza alla Legge Regionale n. 19/2016, ha posto, particolare attenzione ai rischi interni classificati in relazione ai fattori abilitanti:

- "Risorse Umane" : Come rilevato dalla Corte dei conti, nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici del SSN, attribuibili soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Per quanto riguarda il personale, le maggiori criticità segnalate dalla Corte sono: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. Come messo in rilievo, a seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 653 mila a 626 mila con una flessione di poco meno di 27 mila unità (-4%). Nello stesso periodo il ricorso a personale flessibile in crescita di 11.500 unità ha compensato questo calo solo in parte. Per fronteggiare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia, in deroga alla disciplina vigente. Sono stati disposti incentivi ed incarichi di lavoro autonomo e, per garantire l'assistenza in caso di sostituzione del medico di medicina generale, la possibilità di esercitare la

professione di medico-chirurgo dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia previo giudizio di idoneità.

Azioni fortemente esposte a rischi potenziali quali: scarsa competenza o negligenza delle persone, indisponibilità delle risorse, perdita di risorse umane rilevanti, frodi, collusioni, conflitti di interesse

- “Infrastrutture”: la complessità in termini di quantità di strutture e di diffusione delle sedi nel territorio aumenta il rischio di guasti alle infrastrutture, complica gli investimenti, va incontro ad una maggiore obsolescenza fisica o tecnologica;
- “Processi e Organizzazione”: l'accorpamento di tre diverse strutture aziendali in una unica nuova struttura come risultato della fusione delle organizzazioni iniziali, raccoglie rischi quali: Transazioni o attività incomplete o non svolte, strumenti o servizi non adeguati, attività non tempestive, attività non autorizzate, errori di esecuzione, registrazione, regolamento, documentazione, inadeguata attribuzione dei ruoli e delle responsabilità, carente o inadeguato sistema di rilevazione delle performance, carenze di controllo;
- “Tecnologia e sistemi”: l'estensione geografica che coinvolge complessivamente 98 comuni presenta gradi di evoluzione tecnologica diversi sono quindi prevedibili interruzione della struttura di rete, caduta dei sistemi di comunicazione, malfunzionamenti degli applicativi, errori di programmazione, scarsa sicurezza dei sistemi.
- “PNRR e Gestione dei Fondi Strutturali”: con i finanziamenti europei aumentano i rischi delle aree di attività coinvolte negli investimenti e per questo anche esposte al rischio di riciclaggio e al finanziamento del terrorismo.

Lo studio dei 40 processi identificati dalla Regione Veneto, come descrittivi dell'azienda sanitaria sono stati quindi affrontati in relazione ai fattori abilitanti sopra elencati e declinati secondo le prospettive dei rischi amministrativo – contabile, frode e compliance (DLgs 33/2013 e smi), per unificare le metodologie di lavoro ed ottimizzare le risorse da dedicare ai controlli.

Ciò ha permesso di utilizzare al meglio le misure e le indicazioni introdotte dal Piano Nazionale Anticorruzione e realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali di un'azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

Il tipo di analisi del rischio sopra delineato ha mostrato chiaramente che tutte le strutture ed i processi considerati possono essere interessati a fenomeni di corruzione / maladministration ed in ognuno possono esservi delle attività a rischio.

Per la gestione della prevenzione del rischio di corruzione è stata adottata una metodologia di mappatura e valutazione che, non limitandosi alla mappatura dei soli processi afferenti alle “Aree di rischio comuni e obbligatorie” per tutte le Pubbliche Amministrazioni previste nel Piano Nazionale Anticorruzione, ha preso in esame ulteriori processi amministrativi e tecnici che i responsabili di struttura hanno ritenuto opportuno valutare.

Per ciascun processo è stato definito il lavoro da sviluppare ed i risultati da raggiungere. Questi ultimi sono rappresentati da:

- procedura di descrizione del processo
- identificazione dell'owner del processo
- matrice rischi – controlli e calcolo dell'indice di rischio
- azioni di miglioramento

La procedura intesa come istruzione operativa nello studio del processo aziendale, ripercorre in ordine logico tutti i passaggi relativi alla gestione, offrendo degli standard interpretativi per l'individuazione, la valutazione e il trattamento dei rischi.

Sono inoltre stati organizzati dei corsi di facilitazione con gruppi di lavoro caratterizzati dal Process Owner e da componenti di varie U.O. interessate al processo, in cui il R.P.C.T. ha illustrato i vari strumenti da impiegare nello studio di processo valorizzando gli elementi comuni alla metodologia introdotta da ANAC con Deliberazione 1064/2019, allegato 1.

La “Mappatura dei processi a rischio corruzione “ (Allegato B) è un documento alimentato dalle informazioni riferite al processo di gestione del rischio, riportate all’interno delle mappature dei singoli processi. Da ciascun processo infatti sono stati estrapolati: le attività del processo, la descrizione del rischio per attività (evento a rischio), il livello di esposizione a rischio dell’attività, i controlli individuati per il contenimento del rischio (prevenzione), il soggetto responsabile dell’attuazione delle misure.

I processi e le relative informazioni sono state quindi oggetto di categorizzazione in base alle aree di rischio di rispettiva pertinenza.

Sono stati analizzati i 30 processi applicabili alla ULSS n. 9 (rispetto ai 40 definiti dalla Regione Veneto) a cui corrispondono altrettante matrici Rischi-Controlli riferibili alle aree di rischio generali “Risorse umane”, “Contratti pubblici”, “Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico e immediato”, “Affari legali e contenzioso”, “Incarichi e nomine”, “Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”, “Risorse finanziarie”....

Lo studio dei processi ha permesso anche di migliorare la definizione dell’organizzazione andando incontro alla fusione delle attività, anche se, talvolta, le procedure non hanno trovato una descrizione univoca delle attività, restando articolate in diversi modi di fare.

I processi studiati sono:

1. Attività specialistica in regime di Libera Professione

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura agenda del Dirigente alla consegna del referto, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale

2. Acquisto Servizi Sanitari per medicina di base (assistenza MMG e PLS)

Descrizione dei limiti del processo: dalla verifica degli ambiti territoriali carenti alla liquidazione dei compensi e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni a favore di utenti fuori ULSS nonché alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali

1. Acquisto di prestazioni di Residenzialità e semi-residenzialità per anziani (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all’acquisizione della prestazione)

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta di inserimento dell’utente alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati per il pagamento degli MMG

4. Gestione e sviluppo del patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)

Descrizione dei limiti del processo: dall’aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione dei relativi costi e alla generazione dei dati per il calcolo delle imposte del patrimonio compreso le dismissioni/ alienazioni

5. Controlli sanitari ufficiali in applicazione al DLgs 194-2008

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di inizio attività alla fatturazione

6. Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale dipendente

Descrizione dei limiti del processo: dalla procedura di acquisizione del personale al pagamento dei cedolini stipendi ai dipendenti, alla generazione dei dati per versamenti contributivi, previdenziali e fiscali (IRAP) e alla comunicazione di cessazione del dipendente all’ente Previdenziale di riferimento.

7. Prestazioni di ricovero in SSN

Descrizione dei limiti del processo: Dall’apertura del ricovero all’invio del flusso della SDO, alla generazione del flusso per l’addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori ULSS o alla fatturazione diretta a paganti in proprio o alla Prefettura.

8. Gestione del contratto di beni e servizi (compreso la logistica)

Descrizione dei limiti del processo: dalla aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture e alla generazione del flusso per l’addebito in mobilità attiva per erogazione di farmaci (file F) a utenti

fuori ULSS o alla fatturazione diretta ad altri enti per cessione di beni oltre che alla determinazione del valore delle rimanenze finali di magazzino

9. Acquisto Servizi per medicina di base e specialistica ambulatoriale (Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali Interni)

Descrizione dei limiti del processo: dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali

10. Acquisto servizi sanitari per farmaceutica (Farmacie territoriali) – Gestione farmaceutica Territoriale e assistenza integrativa (Farmacie territoriali)

Descrizione dei limiti del processo: dall'autorizzazione all'apertura della Farmacia alla liquidazione delle fatture e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per servizi a favore di utenti fuori ULSS

11. Acquisto servizi per assistenza protesica

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta dell'utente al verbale di consegna all'utente e alla liquidazione della fattura

12. Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Ospedaliera, Specialistica, Riabilitativa (ex art. 26), Termali

Descrizione dei limiti del processo: dalla definizione dei volumi di attività (Budget)/stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS

13. Acquisto di prestazioni di psichiatria (residenziale e semiresidenziale)

Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS

14. Acquisto di prestazioni di Residenzialità e Semi-residenzialità per disabili (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione)

Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura e alla eventuale generazione del flusso per l'addebito delle prestazioni in mobilità attiva per utenti fuori ULSS

15. Gestione delle attrezzature sanitarie

Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture compreso le dismissioni / alienazioni

16. Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica e veterinaria

Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione delle attività alla riscossione delle prestazioni effettuate

17. Attività di vaccinazione, rilascio certificazioni per patenti e certificazioni sanitarie ecc. (relative alla persona)

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta dell'utente alla riscossione della prestazione erogata

18. Gestione del contenzioso

Descrizione dei limiti del processo: dalla segnalazione dell'evento alla chiusura/liquidazione e alla proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi

19. Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di sperimentazione alla fatturazione, al report di invio dei dati per il pagamento al personale partecipante e/o al report di chiusura della sperimentazione/ricerca

20. Gestione di servizi in outsourcing

Descrizione dei limiti del processo: dalla aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture e report di controllo del servizio e alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per eventuali prestazioni di trasporto sanitario a favore di utenti fuori ULSS (qualora il processo di trasporto in ambulanza sia esternalizzato).

21. Gestione e sviluppo del patrimonio impiantistico e attrezzature dell'area ICT

Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture compreso le dismissioni / alienazioni

22. Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Descrizione dei limiti del processo: Dalla programmazione / apertura agenda alla consegna del referto e pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori ULSS o alla fatturazione alla Prefettura

23. Programmazione Fabbisogno e Gestione delle Gare di acquisto di beni e servizi

Descrizione dei limiti del processo: Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione all'aggiudicazione al fornitore

24. Attività di ricovero in regime di LP

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura attività in LPI del Dirigente alla chiusura della cartella clinica, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale

25. Gestione del trattamento giuridico ed economico del personale non dipendente

Descrizione dei limiti del processo: dalla procedura di acquisizione del personale non dipendente al pagamento del compenso e alla generazione dei dati per versamenti contributivi, previdenziali e fiscali (IRAP)

26. Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona)

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta del cliente/utente alla riscossione della prestazione effettuata

27. Formazione interna ed esterna del personale

Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione del piano formativo alla liquidazione dei costi sostenuti (per la formazione interna) e dalla richiesta di formazione esterna alla fattura dell'ente di formazione e al report di dettaglio per il rimborso spese ed il pagamento del personale dipendente come docenti / tutor

28. Gestione delle imposte, tasse, versamenti contributivi (previdenziali, assicurativi, ...) e ritenute a personale dipendente e non.

Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione dello scadenziario alla liquidazione del dovuto

29. Prestazioni di pronto soccorso

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di prestazione al pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori ULSS o alla fatturazione alla Prefettura

30. Gestione delle donazioni

Descrizione dei limiti di processo: Dalla richiesta di indicazioni per la donazione all'acquisizione e assegnazione dei beni.

Nella "matrice Rischi_Controlli" di un processo, come esposto nei precedenti Piani, sono contenute le indicazioni sottese alla valutazione del rischio, interpretabili quali "motivazioni", sono infatti i possibili schemi di frode traducibili in fattori abilitanti e l'insieme delle azioni da attuare nel controllo finalizzato al contenimento di ciascun rischio da trattare.

Al fine di formalizzare gli eventi a rischio individuati è stato elaborato, anche per l'anno 2024, un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi ossia attività, si riporta la descrizione degli eventi rischiosi, che possono manifestarsi con riferimento alla frode e alla compliance, sui presupposti della valutazione dei comportamenti a rischio corruzione / adesione alla norma, tracciati nella mappatura dei processi studiati e oggetto di revisione.

Resta inoltre prioritario nel corrente anno analizzare i processi di notevole impatto socio economico anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie pubbliche /private ossia associate ai PNRR.

Il registro sarà pubblicato nella sua forma definitiva al termine della revisione del sistema di prevenzione.

L'adozione del registro si presta ad essere utilizzato dal RPCT come strumento di verifica del processo di gestione del rischio, in attuazione dei compiti di controllo assegnatigli dall'Allegato 1 del PNA 2019. Quest'ultimo infatti prevede che il RPCT ne analizzi la ragionevolezza in collaborazione con i controllori di primo livello facendo prevalere scelte di

prudenza, per evitare una sottostima del rischio che porti a non attuare azioni di mitigazione essenziali. Un esame fondato sul criterio di prudenza suggerisce di sottoporre al trattamento del rischio un ampio numero di processi.

Sempre in considerazione della necessità di analizzare i rischi dei processi prudentemente, nel corso della presente annualità, l'RPCT suggerirà ai referenti per la prevenzione della corruzione di revisionare le proprie matrici di mappatura, in modo da assicurare l'attualità e la correttezza dell'analisi del processo, rispetto allo svolgimento del processo gestito.

Il documento "Mappatura dei processi a rischio corruzione" (Allegato B), contiene una illustrazione della valutazione del rischio adottata e riporta sinteticamente per ciascun processo la rappresentazione grafica dell'esito della valutazione dei rischi considerati.

Tutta la documentazione legata allo studio dei processi viene pubblicata in WEB ed è raggiungibile al Link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Trasparenza-anticorruzione-servizi-ispettivi> del sito istituzionale www.aulss9.veneto.it (E' possibile vedere quanto pubblicato utilizzando utente / password della rete interna al fine della protezione dei dati aziendali).

Come suggerito dalle linee guida di cui all'allegato metodologico: Allegato 1 della deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019: "...è altamente auspicabile, come buona prassi, non introdurre ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati...."

I processi studiati sono stati tutti trattati partendo dalla valutazione del rischio di frode e compliance, prevedendo per ciascuna area a rischio medio/alto mappata la raccolta, analisi e valutazione delle misure di prevenzione già esistenti, di quelle nuove proposte, o da considerare come eventuali necessarie implementazioni, per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, cercando di applicare prioritariamente le misure preventive, che in termini di costi economici ed organizzativi, non superino i benefici attesi.

Trattamento del Rischio.

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare/mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Tali misure possono essere classificate in diversi modi. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singola Azienda);
- "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nella programmazione triennale della prevenzione della corruzione.

Ricade nelle "misure ulteriori" l'insieme dei controlli (misure specifiche) previste per contenere il rischio analizzato nei processi studiati.

Va data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all'impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione.

Con riferimento alle "misure ulteriori" è ancor più rilevante tuttavia l'efficacia del controllo posto in essere, che in un sistema di controllo interno, giovane, come quello della ULSS 9 Scaligera, merita di essere valutato nel corso di qualche anno futuro prima di potersi dire effettivo.

Il monitoraggio dei controlli merita l'attenzione dell'auditor, quale controllo di terzo livello. Tale attività viene ricompresa nella programmazione di monitoraggio del rischio definita dal presente elaborato.

In generale talune misure possono presentano carattere trasversale, in quanto applicabili alla struttura organizzativa dell'Azienda nel suo complesso, mentre altre sono settoriali, in quanto idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

Nelle pagine successive vengono presentate, mediante schede dettagliate, “le misure comuni e obbligatorie” di prevenzione e contrasto da introdurre/attuare oppure monitorare (qualora già introdotte) secondo la programmazione definita dalla presente sotto sezione del PIAO.

Obblighi relativi alla trasparenza – Misura 01

Gli obblighi relativi alla trasparenza trovano origine nelle prescrizioni contenute nel d.lgs. 33/2013, nella l. 190/2012, nel D. Lgs 97/2016 e nelle altre fonti normative e disposizioni vigenti. Gli obblighi di trasparenza si conformano alle disposizioni dell’ANAC e sono indicati nell’Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP) allegato alla presente sottosezione del PIAO. Derivano dall’aggiornamento dell’allegato alla delibera 50/2013 dell’ANAC, disposto con delibera n. 1310 del 28.12.2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016.”.

| MISURA | M01 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|--------|--|--|--|
| A | Inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione “Amministrazione Trasparente”. | I Responsabili indicati nel EOP | Come indicato nel EOP |
| B | Relazioni semestrali sugli obblighi di pubblicazione da presentare al RPCT, nelle quali i Dirigenti/Referenti possono indicare eventuali ulteriori dati/informazioni/ documenti per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione. | I Responsabili indicati nel EOP | Entro luglio e gennaio di ogni anno con riferimento ai semestre precedente |
| C | Report sulla gestione dell’accesso civico, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili. | Responsabile Affari Generali (da protocollo) | Entro 31 luglio / dicembre di ogni anno |
| D | Report sulla gestione dell’accesso civico generalizzato, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili. | Responsabile Affari Generali (da protocollo) | Entro 31 dicembre di ogni anno |
| E | Rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all’accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati e per la presentazione di osservazioni o reclami (esame risultati questionario) | RPCT | Entro 31 dicembre di ogni anno |

Ai fine di dare attuazione alle raccomandazioni di cui al procedimento di vigilanza ANAC UVOT/2155/2019/PP, per i Dirigenti non Generali con incarico di Unità di Struttura Semplice, Complessa e Dipartimentale deve essere pubblicato oltre agli estremi degli atti di conferimento dell’incarico come da art. 15 DLgs 33/2013, anche ciò che può essere assimilabile a “...l’atto di nomina o di proclamazione con indicazione della durata dell’incarico...”.

Informatizzazione dei processi – Misura 02

Come evidenziato dallo stesso PNA, l’informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell’intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Inoltre tra i controlli primari l’informatizzazione realizza:

- **Controlli Preventivi:** hanno il potere di dissuadere la ricorrenza di eventi non voluti.
- **Controlli Detentivi:** a seguito del verificarsi di un evento non voluto permettono di distinguere le cause dagli alert pre impostati
- **Controlli correttivi:** correggono gli effetti negativi conseguenti ad eventi non voluti

Il RPCT garantisce la presenza nel sito internet istituzionale di almeno un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze, ai sensi dell’articolo 38 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445\2000, e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano. E’ in corso il passaggio in HYBRID CLOUD a cui farà seguito l’informatizzazione dei processi con priorità alle strutture WEB/CLOUD, in coerenza anche con gli obblighi dettati dal Codice dell’Amministrazione Digitale.

| MISURA | M02 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|--------|-----|------------|--------------|
|--------|-----|------------|--------------|

| | | | |
|---|---|---|--|
| A | Con l'obiettivo di giungere alla maggiore diffusione possibile dell'informatizzazione dei processi, entro fine gennaio (con riferimento all'anno precedente) tutti i Referenti sono chiamati a relazionare al RPCT con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nelle rispettive Unità attraverso la compilazione del questionario predisposto dal RPCT via WEB entro la data indicata dallo stesso. | Tutti i Referenti | Compilazione del questionario su richiesta del RPCT. |
| B | Sulla base della relazione da presentare entro fine gennaio, proposta di estensione della informatizzazione dei processi. | I Referenti e il Direttore del Servizio Sistemi Informativi | Relazione al RPCT entro il 30 giugno di ogni anno. |

Monitoraggio stato attuazione Programma di Prevenzione della Corruzione - Misura 03

Dal disposto dell'art. 1, c. 9, lett. c) e c. 10 della l. 190/2012 deriva l'obbligo per l'Azienda di provvedere alla verifica dell'efficace attuazione del PIAO - Sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" - attraverso la figura del RPCT. In considerazione delle dimensioni aziendali e dell'organizzazione in corso di attuazione, è necessario andare a rilevare con uno strumento di control self-assessment le aree di miglioramento per il trattamento dei rischi, i processi di controllo, i percorsi di miglioramento dell'efficacia.

| MISURA M03 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|--|
| A | Ogni Referente compila il questionario predisposto dal RPCT via WEB entro la data indicata dallo stesso. Eventuale relazione sui casi di corruzione / violazione del codice di comportamento – nuovi bisogni formativi . | Tutti i Referenti per l'area di rispettiva competenza. Entro data indicata da RPCT, ogni semestre / anno. |

Rotazione del personale - Misura 04

In materia di rotazione del personale, si rinvia espressamente al PNA 2016 (pag. 16) e a quanto in esso disposto.

Si aggiunge che l'Azienda, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali, si impegna ad mantenere modalità operative e procedure per la rotazione, previa adozione, ove necessario, di criteri generali oggettivi. L'attuazione della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni, in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CCNL.

Ove le condizioni organizzative non consentissero l'attuazione della misura, l'Azienda ne darà conto con adeguata motivazione, avuto presente che la specificità delle Aziende sanitarie spesso non consente reali alternative se non a grave discapito della qualità dei servizi resi ai cittadini e/o un notevole aggravio dei costi. Parimenti la notevole differenza delle professionalità previste in capo ai Dirigenti dell'Area Tecnico, Professionale ed Amministrativa, richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative molto distanti e difficilmente intercambiabili, se non rischiando la paralisi amministrativa. Comunque, in caso di rotazione, dovranno essere previsti periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici.

| MISURA M04 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|---|
| A | Con riferimento al personale che non ha effettuato rotazioni nel corso degli anni 2018-2023, predisposizione di una proposta di criteri per la rotazione del personale | Direttore Servizio Risorse Umane Proposta entro 30 ottobre di ogni anno. |

Procedura di formazione e selezione del personale – Misura 05

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra la Pianificazione Triennale di prevenzione della corruzione e quella della Formazione, fortemente sancito dal PIAO. Il personale afferente alle aree a rischio diventa destinatario di specifici percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo, specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico. Come per gli anni scorsi, il personale sarà formato secondo le modalità concordate tra il RPCT e il Direttore del Servizio Risorse Umane. La mancata partecipazione del personale convocato alle iniziative formative programmate, senza giustificato motivo, sarà valutata in termini di

compatibilità con l'ufficio rivestito e, più in generale, rispetto alle norme contenute nel Codice Etico e di Comportamento. Particolare attenzione e rilievo saranno dati nel corrente anno alla formazione del personale operante in ambito ospedaliero e non, attraverso corsi di formazione interna dedicati al personale maggiormente esposto al rischio di fenomeni corruttivi, così come individuato dai rispettivi Responsabili.

Il RPCT, infatti, invita periodicamente i Dirigenti di ogni Unità ad individuare i propri dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione, costituendo il fabbisogno formativo che deve essere inserito nella Programmazione della Formazione prevista in specifica sotto sezione del presente PIAO, con destinatari il RPCT, i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, i Dirigenti, le Posizioni organizzative e gli Operatori individuati dai rispettivi dirigenti delle aree a maggior rischio. I Dirigenti dei Servizi garantiscono che ai nuovi assunti sia garantito l'affiancamento con personale esperto interno.

| | MISURA M05 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|---|--|--------------------------|---|
| A | Il RPCT invita i referenti a individuare il personale da inserire nei programmi di formazione in materia di trattamento dei rischi di frode e compliance e dei relativi controlli. | RPC e Tutti i Referenti. | Ogni anno in coerenza con il piano di formazione aziendale per l'anno corrente. |

Monitoraggio del rispetto delle norme di comportamento dei dipendenti – Misura 06.

I dipendenti dell'Azienda conformano i propri comportamenti alle previsioni di cui al d.p.r. 16.4.2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30.03.2001, n. 165", e del Codice Etico e di Comportamento aziendale, recepito con deliberazione n. 647 del 11/10/2018, nonché alle prescrizioni contenute nel D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023, in attuazione della previsione dell'articolo 4, del decreto-legge 30 aprile 2022, n.36 - convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n.79 - "aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica".

In caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conformare il proprio operato ai contenuti della presente sotto sezione del PIAO, troveranno applicazione le disposizioni vigenti in materia di responsabilità civile, amministrativa-contabile, penale, disciplinare e dirigenziale.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui all'art. 1, c. 49 e 50, della l. 190/2012 ed ai capi V e VI del d.lgs. 39/2013, all'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato deve presentare al Direttore dell'UOC Risorse Umane una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità ivi previste.

Ciascun Responsabile, per gli incarichi di rispettiva competenza, invierà al RPCT annualmente (entro il 30 novembre) i dati riepilogativi e gli esiti delle verifiche condotte in materia di inconferibilità e incompatibilità che hanno portato a situazioni di non compatibilità o non conferibilità. Sono già stati predisposti o modificati gli schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza del Codice Etico e di Comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione.

| | MISURA M06 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|---|---|--|-------------------------------|
| A | Adeguamento degli atti di incarico, contratti e bandi di nuova stipula al Codice Etico e di Comportamento | Tutti i Referenti | Tempestivamente |
| B | Invio al RPCT annualmente dei dati riepilogativi e degli esiti delle verifiche condotte in materia di inconferibilità e incompatibilità che hanno condotto a situazioni di non compatibilità o non conferibilità. | Ciascun Referente per gli incarichi di rispettiva competenza | Entro 30 ottobre di ogni anno |
| C | Invio al RPCT annualmente delle segnalazioni pervenute relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dai Codici di comportamento dell'amministrazione | Ciascun Referente per gli incarichi di rispettiva competenza | Entro 30 ottobre di ogni anno |

Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower) – Misura O7.

Il whistleblower è colui il quale testimonia un illecito nello svolgimento delle proprie mansioni lavorative e decide di segnalarlo a un soggetto che possa agire efficacemente al riguardo. Il whistleblowing consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano oggettivi illeciti a danno dell'interesse dell'Azienda (e non quelle relative a soggettive lamentele personali). La segnalazione si configura essenzialmente come uno strumento preventivo dal momento che la sua funzione primaria è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza. Di fondamentale importanza si ritiene essere la formazione continua in materia .

La legge 6.11.2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", introduce, per la prima volta nel nostro ordinamento, una disposizione specificamente diretta alla regolamentazione del c.d. "whistleblowing" nell'ambito del pubblico impiego.

L'art. 1, comma 51, legge n. 190/2012, novella infatti il D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", introducendo dopo l'articolo 54 una nuova disposizione, l'articolo 54-bis, intitolato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti".che testualmente recita

"1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

2.Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

4. La denuncia e' sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni".

In proposito, si segnala la determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala “illeciti (c.d. whistleblower)”, con la quale si indicano le procedure che l'ANAC medesima intende seguire per la gestione delle segnalazioni delle quali è destinataria e che possono costituire un utile riferimento per le amministrazioni tenute ad applicare l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001.

In data 30 marzo 2023 è entrato in vigore il decreto legislativo n. 24 del 10 Marzo 2023, in attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.

La piattaforma digitale disponibile nell'ambito del progetto WhistleblowingPA di Trasparency International è conforme ai requisiti previsti dal decreto. Le nuove disposizioni hanno avuto effetto a partire dal 15 luglio 2023.

L'Azienda ULSS n. 9 Scaligera ha attivato un nuovo canale informatico di whistleblowing nell'ambito del progetto [WhistleblowingPA](#) promosso da Transparency International Italia e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, attraverso una piattaforma online attivata al fine di garantire i necessari vantaggi di sicurezza. La segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

| MISURA M07 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|------------|--------------------------------|
| A | Formazione specifica in materia di whistleblowing | RPCT | Focus da programmare nei corsi |

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – Misura 08

Ai fini dell'applicazione degli artt. 35 bis del d.lgs. 165/2001 e 3 del d.lgs. 39/2013, ciascun Referente verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.p.r. 445/2000 (art. 20 d.lgs. 39/2013). Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi sono inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento, e i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso sono adeguati a quanto previsto nel presente paragrafo.

| MISURA M08 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|--|---|
| A | Autocertificazione da parte del personale all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza di precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 35 bis d.lgs. 165/2001 e art. 3 d.lgs.39/2013) | Referenti per le attività di rispettiva competenza | Acquisizione dell'autocertificazione prima del conferimento dell'incarico |
| B | Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi sono inserite le condizioni ostative al conferimento, e i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o concorso sono adeguati a quanto previsto dall'art. 35 bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs.39/2013 | Referenti per le attività di rispettiva competenza | Tempestivamente |

Patto di integrità – Misura 09

L'art. 1 c. 17 della l. 190/2012 prevede che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara. I patti di integrità e i protocolli di legalità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'AVCP, ora ANAC, con determinazione n. 4 del 2012, si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità.

| MISURA M09 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|------------|---|
| A | Il Patto deve essere sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla procedura di affidamento del contratto pubblico; l'espressa accettazione del Patto costituisce condizione di ammissione alla procedura di affidamento e tale condizione deve essere espressamente prevista nei bandi di gara, negli avvisi e nelle lettere d'invito. | Referenti | Adempimento tempestivo e costante in ogni procedura con valore economico pari o superiore a euro 20.000,00. |

Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali – Misura 10

L'Azienda si impegna a verificare la corrispondenza del proprio regolamento per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 53, c. 3 bis, del d.lgs. 165/2001 e dall'art. 1, c. 58 bis, della l. 662/1996 e, se necessario, al suo adeguamento.

| MISURA M10 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|--------------------------------------|---|
| A | Verifica della corrispondenza dei regolamenti dell'Azienda con la vigente normativa e, se necessario, loro adeguamento. | Direttore del Servizio Risorse Umane | Entro 60 giorni dalla pubblicazione delle nuove disposizioni. |

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) – Misura 11

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, c. 16 ter, del d.lgs. 165/2001, nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. E' disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente.

Si agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. 165/2001.

| MISURA M11 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|--------------------------------------|---|
| A | Nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. | Direttore del Servizio Risorse Umane | Inserimento tempestivo della clausola |
| B | Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi prevedere obbligo di autocertificazione, da parte delle ditte interessate, circa il fatto di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con i soggetti individuati dall'art. 53 c. 16 ter d.lgs. 165/2001. | Referenti dei Servizi competenti | Acquisizione tempestiva dell'autocertificazione |

Codici di comportamento – Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi – Misura 12

Lo strumento del codice di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti. L'art. 1 c. 9, lett. e) della l. 190/2012 prevede l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere. A tal fine, devono essere verificate le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del

possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'art. 6 del d.p.r. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nonché quelle in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza" secondo quanto previsto dal successivo art. 7 del medesimo decreto.

Nell'esercizio delle funzioni attribuite, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi dal procedimento, in caso di conflitto di interesse anche potenziale, segnalando al diretto superiore gerarchico, che ne informa il RPCT, ogni situazione di conflitto.

Il dipendente, quindi, deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero: di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi; oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale, di individui od organizzazioni con cui in prima persona o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, di individui od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente; di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.

L'art. 54 del d.lgs. 165/2001, come sostituito dall'art. 1 c. 44, della l. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione della presente sotto sezione del PIAO, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è rilevante anche ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogni qualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

| MISURA M12 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|---|---|
| A | Tutti i dipendenti devono dichiarare al proprio Responsabile, con atto di notorietà, l'esistenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse come indicato nella normativa. | Tutti i dipendenti per quanto di competenza | Tempestivamente e comunque prima dell'attività. |
| B | Mantenere registro dei conflitti di interesse | RPCT | Triennale |

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile – Misura 13

Sono pianificate adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. A questo fine, una prima azione consiste nel dare efficace comunicazione e diffusione alla strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il PIAO e alle connesse misure.

Atteso che l'azione di prevenzione e contrasto della corruzione richiede un'apertura di credito e di fiducia nella relazione con i cittadini, che possa nutrirsi anche di rapporto continuo, alimentato dal funzionamento di stabili canali di comunicazione, l'Azienda adotta soluzioni organizzative e tempi per l'attivazione di canali dedicati alle segnalazioni da parte dei cittadini, anche attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, quale interfaccia comunicativa interno/esterno.

| MISURA M13 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|------------|---|
| A | Pubblicazione della sotto sezione del PIAO relativa ai rischi corruttivi e alla Trasparenza nel sito internet aziendale, nonché degli aggiornamenti annuali. Pubblicazione degli eventuali suggerimenti e proposte sulla prevenzione della corruzione provenienti dai portatori di interesse. | RPCT | Entro la fine del mese successivo a quello in cui sono pervenute suggerimenti/proposte. |

Obblighi di conoscenza della Programmazione anticorruzione e della Trasparenza–Misura 14

La presa visione della sotto sezione del PIAO dedicata ai rischi corruttivi e Trasparenza e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i dipendenti, consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo, dipendenti e collaboratori di

imprese fornitrici; personale assunto con contratto di somministrazione, borsisti, stagisti e tirocinanti. Per rendere effettivo tale obbligo, si adottano le seguenti misure:

| MISURA M14 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|----------------------------------|--|
| A | Pubblicazione avviso nel sito web aziendale e nella sezione riservata agli operatori di avvenuta approvazione PIAO e sua pubblicazione | Tutti gli estensori | Per RPCT come da indicazioni ANAC entro la fine di gennaio anno del piano anticorruzione |
| B | Il Direttore Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del PIAO consultando l'apposito sito web e di inviare al medesimo, entro 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del PIAO | Direttore Servizio Risorse Umane | Tempestivamente |

Relazione annuale RPCT – Misura 15

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della legge 190/2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno – su modulo ANAC - redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione.

| MISURA M14 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|------------|--|
| A | Pubblicazione in "Amministrazione trasparente" della relazione annuale RPCT | RPCT | Come da indicazioni ANAC entro data prevista |

Antiriciclaggio

In tema di antiriciclaggio, il PNA 2016, al paragrafo "1. Orientamenti internazionali", cita tra i documenti più recenti, gli High Level Principles on Beneficial Ownership Transparency (2014) sulla (effettiva) trasparenza degli assetti societari, alla base dell'adozione del Piano nazionale italiano sui beneficial ownership del 2015 e in linea con la IV Direttiva antiriciclaggio dell'UE (849/2015) per l'adozione del registro delle imprese. La Direttiva riguarda, poi, più in generale, i presidi di prevenzione antiriciclaggio consistenti in misure di adeguata verifica, tracciabilità delle operazioni e di segnalazione di operazioni sospette. In tal modo, l'ANAC ha valorizzato i collegamenti tra la disciplina anticorruzione e antiriciclaggio.

In proposito, il D.M. del 25 settembre 2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione", al fine di prevenire e contrastare l'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo ed in attuazione della direttiva 2005/60/CE, dispone:

- la segnalazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, di attività sospette o ragionevolmente sospette relativamente ad operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, mediante l'applicazione degli indicatori di anomalia, volti a ridurre i margini di incertezza connessi con valutazioni soggettive ed aventi lo scopo di contribuire al contenimento degli oneri e al corretto e omogeneo adempimento degli obblighi di segnalazione di operazioni sospette;
- l'individuazione, ai sensi dell'articolo 6, commi 3 e 4, del medesimo D.M., del "Gestore", che può essere individuato nel RPCT, quale soggetto delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni alla UIF (ovvero l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia, incaricata di ricevere dai soggetti obbligati, quali le Pubbliche Amministrazioni, e di richiedere, ai medesimi, di analizzare e di comunicare alle autorità competenti le informazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo).

L'AULSS 9 darà attuazione al citato ministeriale, individuando tale "Gestore" e disciplinando le relative procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti.

Parte II - Obblighi di Trasparenza

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

In coerenza ed in applicazione della normativa, la Direzione Generale dell'AULSS 9 riconosce la trasparenza quale condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione dell'Azienda e dei suoi rapporti con i cittadini.

La Direzione Generale, per la realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, individua in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Gli obiettivi sono formulati anche in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'Amministrazione, definita nella sotto sezione del PIAO: Performance.

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, declinati nella presente sezione, integrano la programmazione strategica della Performance e si traducono in obiettivi operativi, finalizzati all'attuazione del principio della trasparenza, da assegnare annualmente alle varie strutture aziendali.

Nella presente sezione è evidente il rapporto forte tra Prevenzione della Corruzione e lotta alla stessa, concretizzata con la programmazione di azioni e impegni per la pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale di dati, informazioni e documenti previsti dalla normativa.

Trasparenza e diritto di accesso agli atti

La trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'AULSS 9, ai sensi dell'art. 117 comma 2 lettera m, della Costituzione; è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione, come previsto dall'art. 11, comma 1 del d.lgs. 150/09 e dal d.lgs. 33/2013 e dal d.lgs. 97/2016.

E' una nozione diversa da quella del diritto di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241, testo vigente, che istituisce altresì l'accesso ai documenti amministrativi, attivabile solo per acquisire quei documenti necessari per azioni legali relative a interessi individuali.

Il D.LGS. 97/2016 e le linee guida ANAC

La trasparenza è posta al centro di diversi orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Occorre pertanto rafforzare tale misura nella prevenzione della corruzione anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti. All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni:

- A. un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza è definito all'art. 2-bis rubricato «Ambito soggettivo di applicazione», che sostituisce l'art. 11 del d.lgs. 33/2013. Recentemente il Consiglio dell'ANAC ha approvato la Delibera n. 1310 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".
- B. il decreto persegue, inoltre, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche. In questa

direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013. La prima (co. 1-bis) prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione, in sostituzione della pubblicazione integrale, conferendo all'ANAC il compito di individuare i dati oggetto di pubblicazione riassuntiva con propria delibera da adottare previa consultazione pubblica e sentito il Garante per la protezione dei dati personali, qualora siano coinvolti dati personali. Ciò in conformità con i principi di proporzionalità e di semplificazione e all'esclusivo fine di ridurre gli oneri gravanti sui soggetti tenuti a osservare le disposizioni del d.lgs. 33/2013. La seconda (co. 1-ter) consente all'ANAC, in sede di adozione del PNA, di modulare gli obblighi di pubblicazione e le relative modalità di attuazione in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte. Si consideri, inoltre, quanto previsto all'art. 9-bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, in base al quale qualora i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del d.lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati. Nella sezione "Amministrazione trasparente" dei rispettivi siti istituzionali sarà inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.

- C. a fronte della rimodulazione della trasparenza obbligatoria, l'art. 6, nel novellare l'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento. Con riguardo al c.d. "accesso civico generalizzato", l'Autorità, previa intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata Stato, Regioni Autonomie locali di cui all'art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 ha adottato specifiche linee guida.
- D. con le disposizioni transitorie di cui al co. 1 dell'art. 42 del d.lgs. 97/2016 si prevede che i soggetti di cui all'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 si adeguino alle modifiche allo stesso decreto legislativo, 14 introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto correttivo medesimo (23 dicembre 2016), sia con riferimento agli obblighi di trasparenza sia all'accesso civico generalizzato.
- E. Il decreto ha modificato l'art. 10 del d.lgs. 33/2013, prevedendo che il PTPCT contenga, in una apposita sezione, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013, consentendo, in tal modo, di responsabilizzare maggiormente le strutture delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.
- F. infine, si prevede che oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente, le amministrazioni e gli enti possono pubblicare i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla l. 190/2012, art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. 33/2013. L'ostensione di questi dati on line deve avvenire nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

Con delibera n.1310 del 28 dicembre 2016 l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs 33/2013 come modificato dal D. Lgs 97/2016.

Strutture coinvolte nell'individuazione dei contenuti del programma relativo agli obblighi di pubblicazione

L'Elenco Obblighi di Pubblicazione è allegato al presente elaborato. Alla promozione e al coordinamento del processo di formazione delle attività in materia di trasparenza, concorrono:

- la Direzione Generale, che avvia il processo, individuando gli obiettivi strategici, e indirizzandone le attività;
- il RPCT, che controlla il procedimento di elaborazione e aggiornamento del Programma, predisponendone i contenuti sulla base dei contributi di tutti gli attori coinvolti;

- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che esercita un'attività di impulso per l'elaborazione del Programma e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Sono state effettuate diverse giornate di formazione specifica di illustrazione ed approfondimento degli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza, rivolti al personale, che hanno coinvolto tutti i Servizi.

Dal 2017 l'ULSS 9 Scaligera si è adottato un unico portale per l'alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito internet aziendale, affinando progressivamente la qualità dei dati, informazioni e documenti pubblicati. In detta sezione, a cura dei Responsabili dei Servizi, sono affluiti e pubblicati i dati, le informazioni e i documenti previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalle successive disposizioni ANAC. Si tratta di una modalità di pubblicazione che si avvale di una specifica piattaforma informatica, che consente ai Responsabili dei Servizi una maggiore celerità e semplicità di alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente".

Coinvolgimento stakeholder – giornata della trasparenza

Il coinvolgimento degli stakeholder si attua attraverso il sito internet aziendale, i comunicati stampa e ogni altra forma di comunicazione, nonché con la raccolta di risposte, provenienti dagli stessi, sul livello di utilizzazione e di utilità dei dati pubblicati, oltre che degli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate oppure in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

Responsabili della pubblicazione e aggiornamento dei dati

La legge 190/2012 e il d.lgs. 33/2013 prevedono in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale.

Nella tabella allegata (Elenco Obblighi di Pubblicazione) sono specificati i suddetti obblighi, ridefiniti ai sensi del d.lgs. 97/2016, ed è definito, per ciascun obbligo, il programma operativo da attuare e i Servizi i cui Responsabili sono tenuti all'osservanza della normativa in materia di trasparenza.

Il d.lgs. 97/2016 prevede che siano indicati i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Attesa la periodica riorganizzazione territoriale delle ULSS della Regione Veneto, e, nelle more della effettiva realizzazione del successivo atto aziendale della ULSS 9 nelle predette tabelle si sono indicati i coordinatori individuati con deliberazione n. 232 del 12/04/2018, i quali, all'interno delle rispettive Unità coordinate, potranno individuare uno o più soggetti, dandone comunicazione al RPCT, quali referenti del medesimo per le citate pubblicazioni. Una volta ridefinite le competenze specifiche, sarebbe possibile approvare un aggiornamento delle tabelle previste dal D.Lgs. 97/2016.

A seguito dell'Atto Aziendale, i Dirigenti responsabili delle Unità Operative Aziendali assumono il ruolo di Referenti Aziendali per la Trasparenza e in quanto tali sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Piano. Il Dirigente Responsabile di ciascuna Unità, pertanto, ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, anche per quanto attiene al formato dei medesimi in ossequio al dettato normativo, sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni.

Il RPCT svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- - comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- - supporto ed organizzazione di gruppi di lavoro;
- - ogni altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

L. 28.12.2015, N. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato" (c.d. legge di stabilità) – Adempimenti.

Con l'introduzione della nuova disciplina in materia di contratti pubblici, ANAC ha pubblicato i regolamenti attuativi del nuovo codice, efficaci dal 1° gennaio 2024, con riferimento alle tematiche:

- Banca dati nazionale contratti pubblici - BDNCP (art. 23, co. 5) – Delibera n. 261/2023;
- Fascicolo virtuale operatore economico - FVOE (art. 24, co. 4) – Delibera n. 262/2023;

- Pubblicità legale (art. 27) – Delibera n. 263 / 2023;
- Trasparenza dei contratti pubblici (art. 28., co. 4) – Delibera n. 264/2023;
- Modalità di calcolo delle quote di esternalizzazione dei contratti di lavori, servizi e forniture (art. 186. commi 2 e 5) – delibera n. 265 /2023;
- Assegnazione d’ufficio di una stazione appaltante o centrale di committenza qualificata (art. 62, co. 10) – Delibera n. 266 /2023
- Pareri di precontenzioso (art. 220, commi 1 e 4) – Delibera n. 267 /2023
- Legittimazione straordinaria (art. 220, commi 2, 3 e 4) – Delibera n. 268/2023;
- Attività di vigilanza collaborativa in materia di contratti pubblici – Delibera n. 269 /2023;
- Attività di vigilanza in materia di contratti pubblici Delibera n. 270 /2023
- Potere sanzionatorio dell’Autorità in materia di contratti pubblici – Delibera n. 271 /2023;
- Casellario Informativo dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 222, co. 10) – Delibera n. 272 /2023.

Le delibere di adozione dei provvedimenti ex Dlgs 36/2023, nn. 261 -265 sono pubblicate sul portale Anac in " Consulta i documenti" nella sezione "[Delibere](#)". I regolamenti adottati con le delibere nn. 266-272 sono consultabili nella competente sezione "[regolamenti](#)".

Uno dei pilastri del nuovo Codice dei contratti pubblici è la digitalizzazione degli appalti pubblici, prevista anche tra gli obiettivi più rilevanti del PNRR (milestone M1C1-75), quale trasformazione epocale di modernizzazione dell’Italia e di crescita a livello europeo, che avrà un impatto rilevante su cittadini, amministrazioni e imprese.

Il nuovo Codice dei contratti ha definito un “Ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (e-procurement)”, dove le pubbliche amministrazioni potranno acquisire dal mercato e alle migliori condizioni, le risorse (forniture, servizi, lavori, conoscenza) utili al funzionamento, mantenimento e sviluppo delle proprie attività istituzionali attraverso l’interconnessione con banche dati e sistemi telematici, semplificando l’intero processo, velocizzandolo e rendendolo meno costoso e qualitativamente più efficace.

Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità degli obblighi

A livello organizzativo, ai fini dell’attuazione del piano di attività della Trasparenza, sono state attuate le seguenti misure:

- a) individuazione dei Dirigenti dei Servizi quali Referenti aziendali per la Trasparenza;
- b) adeguamento del sito internet aziendale secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- c) organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;
- d) incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell’azione amministrativa mediante la programmazione di specifiche iniziative formative dirette al personale dipendente.
- e) azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati.

E’ in corso uno studio per l’adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all’accesso, alla chiarezza e alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza e aiutare l’Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;

Tutte le azioni dirette a garantire regolarità e tempestività dei flussi informativi individuate nei punti precedenti, ove non ancora attuate, saranno valutate e messe in atto con il coinvolgimento dei Responsabili e degli operatori delle Unità Operative Interessate.

Misure per assicurare l’efficacia dell’accesso civico

L’art. 5 del citato d.lgs. 33/2013 stabilisce che l’accesso civico è lo strumento che permette ai cittadini di esercitare il diritto costituzionale alla trasparenza. Infatti, attraverso l’accesso civico, il legislatore ha inteso ampliare i confini tracciati dalla legge 241/1990.

L'Azienda ULSS 9, riconoscendo ai portatori d'interesse il ruolo attivo per contribuire al cambiamento migliorativo sotteso alla normativa in materia di prevenzione della Corruzione, ha da subito pubblicato, nella sezione "Amministrazione Trasparente", un Link denominato "Accesso Civico", con accesso libero, dove è illustrato tale istituto, ed è reperibile la normativa e la modulistica. La richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT, il quale segnalerà alla Direzione Generale i casi di inadempimento anche parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. La Direzione valuterà se attivare eventuali procedimenti disciplinari, applicando in tal modo quanto indicato dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013.

Accesso civico generalizzato

Con delibera n. 1309 del 28.10.2016, l'ANAC ha approvato le Linee guida che hanno ad oggetto la "definizione delle esclusioni e dei limiti" all'accesso civico a dati non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del decreto trasparenza. Tale nuova tipologia di accesso (d'ora in avanti "accesso generalizzato"), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis", si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza). Ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato articolo 1, comma 1, del decreto trasparenza ridefinisce come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a "favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'intento del legislatore è ancor più valorizzato in considerazione di quanto già previsto nel co. 2 dell'art. 1 del decreto trasparenza secondo cui la trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini. Anche nell'ordinamento dell'Unione Europea, soprattutto a seguito dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona (cfr. art. 15 TFUE e capo V della Carta dei diritti fondamentali) il diritto di accesso non è preordinato alla tutela di una propria posizione giuridica soggettiva, quindi non richiede la prova di un interesse specifico, ma risponde ad un principio generale di trasparenza dell'azione dell'Unione ed è uno strumento di controllo democratico sull'operato dell'amministrazione europea, volto a promuovere il buon governo e garantire la partecipazione della società civile. Dal canto suo, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha qualificato il diritto di accesso alle informazioni quale specifica manifestazione della libertà di informazione, ed in quanto tale protetto dall'art. 10 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.

Come previsto nella legge 190/2012, il principio della trasparenza costituisce, inoltre, misura fondamentale per le azioni di prevenzione e contrasto anticipato della corruzione. A questa impostazione consegue, nel novellato decreto 33/2013, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione; ora è proprio la libertà di accedere ai dati e ai documenti, cui corrisponde una diversa versione dell'accesso civico, a divenire centrale nel nuovo sistema, in analogia agli ordinamenti aventi il Freedom of Information Act (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto eccezioni. In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico generalizzato si configura - come il diritto di accesso civico disciplinato dall'art. 5, comma 1 - come diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato "da chiunque" e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (comma 3). A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l'istanza "non richiede motivazione". In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all'interesse dell'ordinamento di

assicurare ai cittadini (a “chiunque”), indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati, documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell’art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016. Per quanto sopra evidenziato, si ritiene che i principi delineati debbano fungere da canone interpretativo in sede di applicazione della disciplina dell’accesso generalizzato da parte delle amministrazioni e degli altri soggetti obbligati, avendo il legislatore posto la trasparenza e l’accessibilità come la regola rispetto alla quale i limiti e le esclusioni previste dall’art. 5 bis del d.lgs. 33/2013, rappresentano eccezioni e come tali da interpretarsi restrittivamente.

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso civico.

L’accesso generalizzato non sostituisce l’accesso civico “semplice” (d’ora in poi “accesso civico”) previsto dall’art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del d.lgs. 97/2016. L’accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall’inadempienza. I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a “chiunque”, indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall’inciso inserito all’inizio del comma 5 dell’art. 5, “fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria”, nel quale viene disposta l’attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l’accesso generalizzato. L’accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all’art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall’altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso agli atti ex l. 241/1990.

L’accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell’accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d’ora in poi “accesso documentale”). La finalità dell’accesso documentale ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all’accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive – che l’ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, **ai fini dell’istanza di accesso ex lege 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l’accesso»**. Mentre la legge 241/90 esclude, inoltre, perentoriamente l’utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l’amministrazione a un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello “semplice”, è riconosciuto proprio *“allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”*. Dunque, l’accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all’accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi. Tenere ben distinte le due fattispecie è essenziale per calibrare i diversi interessi in gioco allorché si renda necessario un bilanciamento caso per caso tra tali interessi. Tale bilanciamento è, infatti, ben diverso nel caso dell’accesso 241 dove la tutela può consentire un accesso più in profondità a dati pertinenti e nel caso dell’accesso generalizzato, dove le esigenze di controllo diffuso del cittadino devono consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all’operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l’accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni. In sostanza, come già evidenziato, essendo l’ordinamento ormai decisamente improntato ad una netta preferenza per la trasparenza dell’attività amministrativa, la conoscibilità generalizzata degli atti diviene la regola, temperata solo dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi (pubblici e privati) che possono essere lesi/pregiudicati dalla rivelazione di certe informazioni. Vi saranno dunque ipotesi residuali in cui sarà possibile, ove titolari di una situazione giuridica qualificata, accedere ad atti e documenti per i quali è invece negato l’accesso generalizzato. Si consideri, d’altra parte, che i dinieghi di accesso agli atti e documenti di cui alla legge 241/1990, se motivati con esigenze di “riservatezza” pubblica o privata devono essere considerati attentamente anche ai fini dell’accesso generalizzato, ove l’istanza relativa a quest’ultimo sia identica e presentata nel medesimo contesto temporale a quella dell’accesso ex l. 241/1990, indipendentemente dal soggetto che l’ha proposta. Si intende dire, cioè,

che laddove l'amministrazione, con riferimento agli stessi dati, documenti e informazioni, abbia negato il diritto di accesso ex l. 241/1990, motivando nel merito, cioè con la necessità di tutelare un interesse pubblico o privato prevalente, e quindi nonostante l'esistenza di una posizione soggettiva legittimante ai sensi della 241/1990, per ragioni di coerenza sistematica e a garanzia di posizioni individuali specificamente riconosciute dall'ordinamento, si deve ritenere che le stesse esigenze di tutela dell'interesse pubblico o privato sussistano anche in presenza di una richiesta di accesso generalizzato, anche presentata da altri soggetti. Tali esigenze dovranno essere comunque motivate in termini di pregiudizio concreto all'interesse in gioco. Per ragioni di coerenza sistematica, quando è stato concesso un accesso generalizzato non può essere negato, per i medesimi documenti e dati, un accesso documentale.

Adozione di una disciplina sulle diverse tipologie di accesso.

Considerata la notevole innovatività della disciplina dell'accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, l'ANAC suggerisce ai soggetti tenuti all'applicazione del decreto trasparenza l'adozione, anche nella forma di un regolamento interno sull'accesso, di una disciplina che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione.

In particolare, tale disciplina potrebbe prevedere:

1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale;
2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("semplice") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33;
3. una terza sezione dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato. Tale sezione dovrebbe disciplinare gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste di accesso generalizzato.
4. Si tratterebbe, quindi, di:
 - a. provvedere a individuare gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso generalizzato;
 - b. provvedere a disciplinare la procedura per la valutazione caso per caso delle richieste di accesso.

Decorrenza della disciplina e aggiornamento delle Linee guida.

Secondo quanto previsto nelle Linee guida, a partire dal 23 dicembre 2016, data stabilita da legislatore, deve essere data immediata applicazione all'istituto dell'accesso generalizzato, con la valutazione caso per caso delle richieste presentate. Da ciò discende la raccomandazione ANAC di una raccolta organizzata delle richieste di accesso, "cd. registro degli accessi", che le amministrazioni è auspicabile pubblicarlo sui propri siti. Il registro contiene l'elenco delle richieste con l'oggetto e la data e il relativo esito con la data della decisione ed è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, e tenuto aggiornato almeno ogni sei mesi nella sezione Amministrazione trasparente, "altri contenuti – accesso civico" del sito web istituzionale. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l'Autorità intende svolgere sull'accesso generalizzato, la pubblicazione del cd. registro degli accessi può essere utile per le P.A. che in questo modo rendono noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività.

Eccezioni assolute e relative.

Dalla lettura dell'art. 5 bis, co. 1, 2 e 3 del d.lgs. 97/2016, si possono distinguere due tipi di eccezioni, assolute o relative. Al ricorrere di queste eccezioni, le amministrazioni, rispettivamente, devono o possono rifiutare l'accesso generalizzato. La chiara identificazione di tali eccezioni rappresenta un elemento decisivo per consentire la corretta applicazione del diritto di accesso generalizzato. Di seguito si fornisce un elenco di tali eccezioni, rinviandone la descrizione alle citate Linee guida dell'Anac:

Eccezioni assolute:

- a) segreto di Stato;
- b) negli altri casi di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

Limiti (eccezioni relative o qualificate)

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

I limiti (esclusioni relative o qualificate).

Il decreto trasparenza ha previsto, all'art. 5-bis, comma 2, che l'accesso generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati specificamente indicati dalla norma e cioè:

- a) protezione dei dati personali
- b) libertà e segretezza della corrispondenza
- c) interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi proprietà intellettuale, diritto d'autore e segreti commerciali

Dati ulteriori

Nell'ambito delle relazioni semestrali da presentare al RPCT entro i mesi di luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente, i Dirigenti/Referenti potranno inserire eventuali ulteriori dati/informazioni/documenti, per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione. Analogamente si procederà in caso di segnalazioni da parte degli stakeholder.

ALLEGATI :

- 1- **Rischi connessi al contesto esterno (Allegato 3)**
- 2- **Mappatura dei Processi. (Allegato 4)**
- 3- **Obblighi di Pubblicazione (EOP - Allegato 5).**

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è descritta in modo completo nell'**Atto Aziendale**, adottato con delibera n° 1127 del 31/12/2020; sono stati progressivamente apportati aggiornamenti all'assetto organizzativo, da ultimo con la delibera n. 798 del 23/08/2023.

L'organigramma aziendale approvato e aggiornato unitamente all'Atto Aziendale risulta consultabile al seguente link:

https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=658

L'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

INCARICHI DI VERTICE:

- **Direttore Generale:** è l'organo di vertice e legale rappresentante dell'Azienda. Assicura il perseguimento delle finalità e degli obiettivi assegnati dalla Regione e, avvalendosi delle attività degli organismi e delle Strutture Aziendali, garantisce il governo dell'Azienda. È responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e svolge ogni funzione prevista dalla normativa regionale.
- **Direttore Sanitario:** partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre, con formulazione di apposite proposte e pareri, al governo aziendale. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli.
- **Direttore Amministrativo:** dirige a livello strategico i servizi amministrativi aziendali ai fini tecnico-organizzativi, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre, con pareri e proposte, alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.
- **Direttore dei Servizi Socio Sanitari:** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale.

INCARICHI DIRIGENZIALI

Gli incarichi dirigenziali si suddividono essenzialmente in incarichi di tipo "gestionale" (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali e Unità Operative Semplici) e incarichi di tipo "professionale".

Sono inoltre presenti i Dipartimenti Aziendali. L'art 17 bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, considera l'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. Il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Di seguito vengono descritte le principali articolazioni degli incarichi dirigenziali:

- **Direttore della Funzione Ospedaliera** coordina e raccorda l'attività ospedaliera di tutta l'Azienda Ulss 9 Scaligera al fine di uniformare l'offerta assistenziale ospedaliera su tutto il territorio di riferimento;
- **Direttore della Funzione Territoriale** coordina e raccorda l'attività territoriale di tutta l'Azienda Ulss 9 Scaligera al fine di uniformare l'offerta assistenziale territoriale su tutto il territorio di riferimento;
- **Direttore di Dipartimento, di presidio ospedaliero, Direttore di distretto:** coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento/Distretto di cui è responsabile.

- **Direttore di struttura complessa:** gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura possiede i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e necessita di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività conferite. La complessità della struttura viene valutata secondo la consistenza delle risorse gestite, la complessità dell'articolazione organizzativa e la strategicità dell'attività svolta.
- **Responsabile di Struttura Semplice e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale:** ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa o dipartimentale. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.
- **Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici, professionali:** svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

INCARICHI DEL COMPARTO

Anche gli incarichi del comparto si suddividono in incarichi di natura "gestionale" e "professionale". Il nuovo CCNL 02/11/2022 prevede altresì gli "incarichi di posizione" incarichi di elevata professionalità che si collocano fra la dirigenza e il comparto ai quali si dovrà dar corso in sede di implementazione dei nuovi istituti previsti.

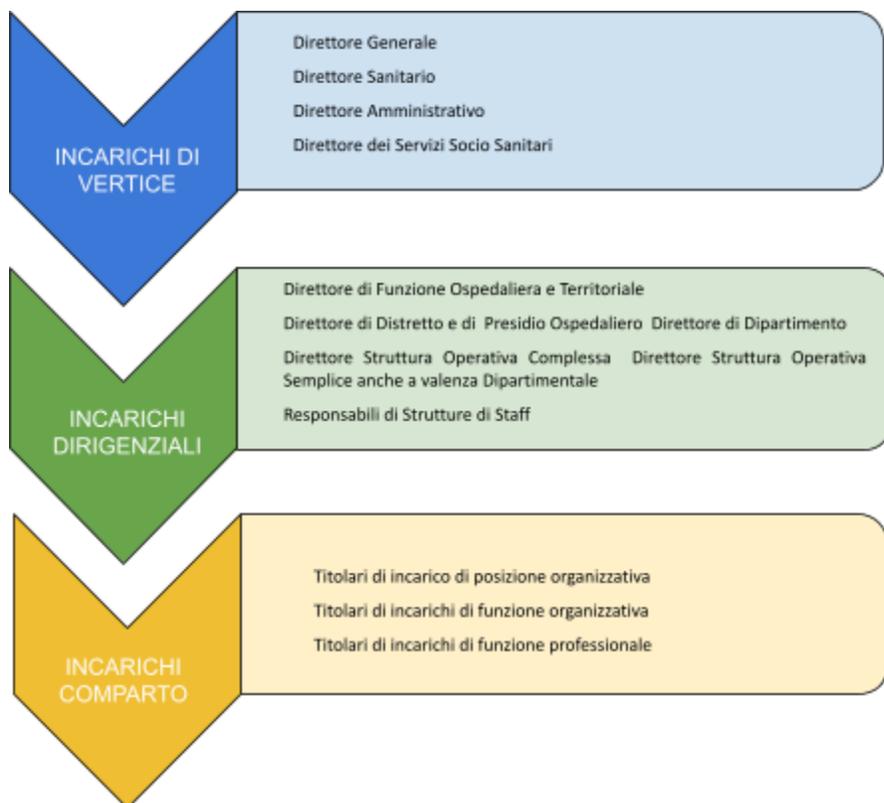
A tutti i dipendenti inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari è assegnato un incarico professionale di base.

Sulla base di apposite procedure selettive interne possono inoltre essere assegnati ai dipendenti di tutti i ruoli inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari i seguenti incarichi di media ed elevata professionalità:

- b) Incarico di funzione organizzativa, che comporta funzioni di gestione di servizi di particolare complessità, caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale
- c) Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari che comportano attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione anche correlate alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti

Anche per l'area degli assistenti e degli operatori è prevista l'assegnazione di incarichi di funzione, esclusivamente di natura professionale, di professionalità base, media ed elevata.

Come ricordato sono previsti anche "incarichi di posizione" assegnabili esclusivamente al personale inquadrato nell'area dell'elevata professionalità. Tali incarichi sono finalizzati ad assicurare lo svolgimento di funzioni organizzative e professionali caratterizzate da livelli di competenza e responsabilità professionale, amministrativa e gestionale, autonomia, conoscenze e abilità elevate, per organizzare e coordinare la propria attività e quella dei colleghi.



Il personale dipendente al 31/12/2023 risultava così composto:

| | DIRIGENZA | COMPARTO |
|---------------------------------------|-------------|----------|
| DIRIGENTI MEDICI | 850 | |
| DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI | 114 | |
| DIRIGENTI TECNICI E AMMINISTRATIVI | 25 | |
| PERSONALE SANITARIO E SOCIO SANITARIO | | 4356 |
| PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO | | 816 |
| Totale parziali Dirigenza e Comparto | 989 | 5172 |
| TOTALE | 6161 | |

Rispetto all'anno 2022 si è registrata una diminuzione di complessive 170 unità, per la maggior parte relative al personale del Comparto. Nell'anno 2023 le assunzioni si sono ridotte in quanto sono stati progressivamente riassorbiti parte degli extra turn over assunti durante il periodo emergenziale.

Le assunzioni di personale, inoltre, sono state effettuate nell'ambito del limite di spesa assegnato dalla Regione Veneto con DDR 34 del 06/04/2023, DDR 76 del 31/05/2023 e DDR 137 del 05/10/2023.

Piano per il benessere Organizzativo

La gestione delle risorse umane rappresenta il fondamento dell'intera gestione dell'Azienda, considerata la tipologia di servizi che la stessa offre all'utenza.

La Direzione Strategica ritiene fondamentale che le persone inserite nell'organizzazione siano motivate al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Una buona gestione delle risorse umane contribuisce non solo a migliorare il rendimento di singoli/gruppi, ma consente anche di ridurre comportamenti di disaffezione che si possono tradurre in assenteismo, turnover e ritardi nei processi operativi.

L'Azienda Ulss 9 Scaligera ha adottato già dal 2019 un piano per il Benessere Organizzativo, riproposto nel 2022 per il triennio 2022-2024 e adottato con deliberazione n 1100 del 30 dicembre 2021 dopo la sfortunata parentesi del periodo pandemico.

Le **aree di intervento** nelle quali si articola il piano triennale sono quelle sotto descritte ed è stata costituita una **“cabina di regia”** nell'ambito delle Risorse Umane che coordina i sottogruppi tematici nei quali lo stesso si articola.

- Tematiche oggetto del Piano Triennale
 - Age Management
 - Diversity and Inclusion Management
 - Istituti contrattuali
 - Comunicazione interna e “benessere aziendale”
 - Work life Balance e Welfare aziendale
 - Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro
 - Coordinamento nella formazione
 - Mobility Management

Con deliberazione n. 1334 del 30 dicembre 2022 sono stati approvati ed è stato dato il via ai singoli progetti specifici proposti dai vari gruppi tematici e che saranno resi operativi nel triennio di riferimento del piano e che sinteticamente si riportano:

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|---|---|---|---|
| Age Management Referente Dott.ssa Silvia Fiorio -Dalle Molle Katia -Lavarini Lidia D. -Lillo Linda -Madera Pietro - Tessari Lorella | Far acquisire le conoscenze - competenze per la riqualificazione professionale | RIQUALIFICAZIONE PROFESSIONALE PERSONALE COMPARTO SANITA' | Il progetto ha la finalità di individuare un percorso di riqualificazione dei lavoratori OSS giudicati non idonei al profilo professionale e/o alla mansione specifica allo scopo di contribuire alla riduzione di alcuni processi di esternalizzazione di servizi e migliorare l'utilizzo delle competenze sanitarie in servizi amministrativo/sanitario. La possibilità del cambio profilo è resa maggiormente attuabile con l'entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022 |
| | Far acquisire le conoscenze - competenze al personale di qualsiasi profilo per l'utilizzo in autonomia del computer e di altri strumenti digitali (es.tablet) | ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA | Il progetto ha lo scopo di guidare i principianti (es. personale senior), affinché possano acquisire la conoscenza delle operazioni di base previste dai comuni strumenti informatici, anche in relazione al progetto di trasformazione digitale del SSR in corso di attuazione. La formazione sarebbe affidata a personale dipendente "junior" |
| Diversity and Inclusion Management Referente Dott.ssa Valentina Bianco - Lidia Lavarini - Tommaso Marini | Integrazione lavorativa per dipendenti con disabilità e neo assunti con disabilità, | INSIEME - DIVERSAMENTE AL LAVORO | Collaborare con i dipendenti che spontaneamente decidono di rivolgersi al gruppo di progetto a seguito comunicazione dell'esistenza dello stesso al momento dell'assunzione o successivamente al fine di |

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|---|--|--|--|
| - Gabriele La Rosa - Andrea Tessari - Angela Battistella | facilitare l'accesso nei luoghi di lavoro, istituzione di un punto di ascolto e di supporto per i dipendenti | | individuare, congiuntamente agli attori interessati le migliori procedure organizzative di inserimento lavorativo. |
| | | DISABILITY FREE: ACCESSIBILITÀ AULSS 9 | Predisposizione di strumenti per facilitare l'accesso e lo svolgimento dell'attività lavorativa |
| | | DISABILITY FREE: SPORTELLO VIRTUALE "TI ASCOLTO" | Attraverso uno specifico sportello "virtuale" creare un dialogo friendly per la presa in carico delle problematiche dei dipendenti con disabilità |
| Istituti contrattuali Referente Dott.ssa Flavia Naverio - Lidia Domenica Lavarini - Irene Gaspari - Carmagnani Erika - Aleardi Stefania | Arginare il turn-over in azienda ed applicare il nuovo CCNL Comparto Sanità | SI PARTE CON IL NUOVO CCNL - AREA COMPARTO - | Il 02 novembre 2022 è stato sottoscritto il nuovo contratto collettivo nazionale per l'area del Comparto. E' necessario procedere con l'aggiornamento di alcuni regolamenti aziendali in base alla novellata normativa contrattuale. Ci si propone di aggiornare i regolamenti relativi all'istituto del diritto allo studio, del part time e dello Smartworking di particolare interesse per il bilanciamento delle esigenze aziendali con quelle personali. L'obiettivo sarà quindi quello di aggiornare i regolamenti sulla base del nuovo contratto e al fine di poterne darne applicazione. |
| | | ASCOLTO COSTRUTTIVAMENTE LE TUE MOTIVAZIONI | Il progetto si propone l'ambizioso obiettivo di arginare le dimissioni non dovute a pensionamento in Azienda. Nello specifico saranno analizzate con appositi questionari in uscita le ragioni che hanno spinto all'abbandono dell'Azienda da parte del lavoratore al fine di creare dei report di analisi che evidenzino le motivazioni al fine di poter intervenire concretamente con delle azioni migliorative laddove possibile. Nel caso dal questionario emergessero situazioni particolarmente delicate o patologiche il Direttore della UOC Gestione Risorse Umane procederà con uno specifico colloquio individuale al fine di approfondire le cause e riferire anche in forma anonima ai Responsabili e/o alla Direzione Strategica. Anche per il personale che abbandona l'Azienda per pensionamento viene previsto un questionario in uscita considerata la lunga esperienza maturata al fine di acquisire impressioni e suggerimenti. |
| | | ONBOARDING | L'accoglimento del neo assunto riveste importanza fondamentale perché l'ingresso in una struttura complessa come una Azienda Sanitaria può creare disorientamento e apprensione. Il progetto è teso a inserire una nuova procedura di onboarding per i neo assunti della Dirigenza Area Sanità, Funzioni Locali e Comparto (ad esclusione di quello preso in carico dalle Professioni Sanitarie) volto a: - fornire informazioni pratiche con specifiche schede per sede di assegnazione; - individuare un tutor che affianchi il neo assunto durante la fase di inserimento; - indagare con semplice questionario le ragioni della scelta e aspettative; |

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|--|---|---|---|
| | | | - indagare dopo il periodo di prova il grado di autonomia raggiunto grazie al tutor, grado di soddisfacimento delle aspettative e grado del suo soddisfacimento nella u.o.; - analisi delle risposte e intervento laddove vi siano segnalazioni da prendere in carico |
| Comunicazione interna e "benessere aziendale" Referente Dott.ssa Paola Dalle Pezze - Fasoli Daniela, - Grego Katia - Natalia Alba, Tessari Lorella, Trevisan Maria Teresa | La comunicazione interna è un tema strategico per l'Azienda Ulss 9 Scaligera e il piano si propone di implementare un sistema efficace ed efficiente con tutti gli operatori. La recente attivazione della piattaforma intranet consente un approccio alla comunicazione interna più capillare e costante. In tale contesto diventa rilevante individuare una strategia specifica per le comunicazioni delle attività previste dal "Approvazione Piano Triennale per il Benessere organizzativo dell'ULSS 9 Scaligera. Triennio 2022-2024" e successiva Adozione dei progetti per il Benessere organizzativo ed individuati dai referenti per singola Area di attività. | Implementare un Piano della comunicazione relativo alle iniziative che verranno intraprese nell'ambito del benessere organizzativo dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, come previsto dalla Delibera del Direttore Generale n° 1100 del 30.12.2021. | La comunicazione interna è un tema strategico per l'Azienda Ulss 9 Scaligera e il piano si propone di implementare un sistema efficace ed efficiente con tutti gli operatori |
| | | "La rete della comunicazione interna per generare il valore di squadra dell'Azienda Ulss 9 Scaligera" | evento rivolto ai referenti aziendali interni per la comunicazione, Direttori/Responsabili e Coordinatori; con l'obiettivo di costruire la rete aziendale. |
| | | LA COMUNICAZIONE INTERNA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL LAVORO NELL'UO. | rivolto a tutti gli operatori con l'obiettivo della consapevolezza dell'importanza della comunicazione interna ai servizi, la conoscenza dell'organizzazione aziendale dei processi e strumenti disponibili per implementare un'efficace comunicazione interna |
| Work life Balance e Welfare aziendale Referente Dott. Fabrizio Varalta Giacominelli Alessandra, Chiara Bosio, Coltro Giulia. Franzon Anna | Azioni per la conciliazione tempi di vita,lavoro,famiglia; offerta di benefit per i dipendenti relativi alle tematiche della cura, della salute, della cultura e del tempo libero | MENTORING, REVERSE MENTORING: IO TI INSEGNO TU MI INSEGNI | Valorizzare il passaggio generazionale senior/junior e capitalizzazione delle professionalità interne con contestuale contaminazione delle competenze professionali dal punto di vista tecnico -strumentale, ricerca-intervento, psicologico -relazionale |
| | | PROBLEM SOLVING A PORTATA DI MANO | Fornire gli strumenti e le strategie di comunicazione, relazionali ed emotive utili a gestire al meglio le relazioni d'aiuto e a rilevare i fattori di rischio |
| Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro Referente Dott. Daniele Ciresola- - Trocino Cinzia | Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato al personale turnista | SLEEP AFTER THE NIGHT | Diminuire l'incidenza degli infortuni in itinere nel personale turnista, mettendo a disposizione dei locali destinati a un breve riposo dopo il turno notturno all'interno di tre Ospedali dell'AULSS9. Una riduzione dell'incidenza infortunistica permette di contenere i costi diretti e indiretti, dovuti all'ospedalizzazione e alle giornate lavorative perse per malattia, diminuendo contemporaneamente lo stress causato |

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|--|--|---|--|
| | | | dall'alterazione del ritmo-sonno-veglia migliorando infine la performance lavorativa. |
| | | COOK SIMPLE AND HEALTHY | L'obiettivo è di ridurre il rischio di malattie cronico degenerative; cardiovascolari, diabete, dislipidemia e prevenire l'insorgenza di patologie oncologiche e ove già presenti fornire gli strumenti di gestione di tali patologie. Attraverso il controllo dell'indice di massa corporea e della circonferenza vita, stimolare un'alimentazione corretta e equilibrata e promuovere uno stile di vita salutare. Un corso di cucina, con il supporto di un nutrizionista e dietologo fornisce gli strumenti alla preparazioni di pasti equilibrati dal punto di vista nutrizionale |
| | | RELAX YOUR MIND | L'obiettivo del progetto è migliorare la performance lavorativa e la qualità di vita dei lavoratori all'interno e all'esterno delle strutture sanitarie, attraverso l'organizzazione di incontri tecniche Yoga, meditazione, mindfulness, training autogeno e sostegno psicologico. |
| | Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato a tutto il personale | MOVE YOUR BODY | Promuovere il benessere psico-fisico ed un corretto stile di vita. Prevenire e contenere patologie osteoarticolari a carico di arti superiori inferiori e rachide |
| Coordinamento nella formazione Referente Dott. Sandro Baldo - Alessandra Sessa - Caceffo Jessica | Favorire il benessere formando e informando | TUTTI A BORDO, BENVENUTI IN AZIENDA | Conoscere l'azienda, le finalità e le articolazioni della stessa; conoscere le regole essenziali del rapporto di lavoro. |
| | | DALLA PANDEMIA AL BENESSERE: GESTIONE DELLO STRESS E RILASSAMENTO GUIDATO | Conoscere l'azienda, le finalità e le articolazioni della stessa; conoscere le regole essenziali del rapporto di lavoro. |
| Mobility Management Referente Ing. Andrea Lauria Francesca Gudenzi Simona Cappi Pietro Mazzoccoli Tommaso Patregnani, | Razionalizzare gli spostamenti nello sviluppo della mobilità sostenibile | MOTOSENSIBILE | La razionalizzazione degli spostamenti e una pianificazione può determinare significativi miglioramenti anche per il singolo lavoratore ed attivare politiche di incentivi. A medio e breve periodo è possibile pensare di attivare azioni limitate rivolte in particolare ad offerte rivolte al singolo con semplificazioni di carattere organizzativo. A lungo periodo si ipotizza una pianificazione sul tema con una prima ricognizione delle sedi, personale afferente, analisi della mobilità e del tipo di mezzo utilizzato, criticità e azioni in possibile coordinamento con i Comuni. Analisi della attuale situazione aziendale in termini di mobilità. Nel caso di presenza di finanziamento prevedere l'acquisto di biciclette elettriche aziendali per gli spostamenti brevi fra sedi. |

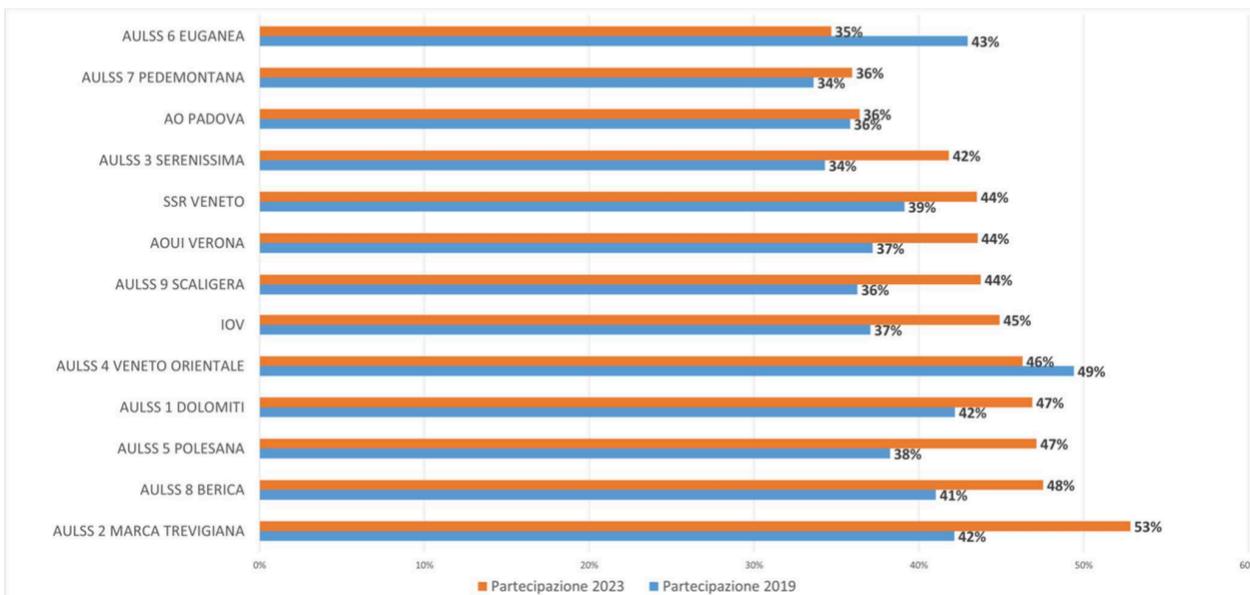
Tutti i progetti sono consultabili nell'apposita sezione predisposta su sito aziendale - intranet al link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Benessere-organizzativo-1>

A gennaio 2023 si è conclusa l'indagine di clima organizzativo coordinata dalla Regione con il supporto della Scuola Sant'Anna di Pisa. Grazie alla notevole adesione dei dipendenti (44%), l'azienda ha avuto la possibilità di aver a disposizione dati oggettivi necessari a valutare il benessere lavorativo aziendale, i punti di forza e di debolezza.

In estrema sintesi si riporta:

-il tasso di partecipazione dell'Azienda e il confronto con le altre realtà del SSR:

Figura 1. Tasso di partecipazione all'indagine di clima organizzativo, per azienda, per edizione (2019 vs 2023).



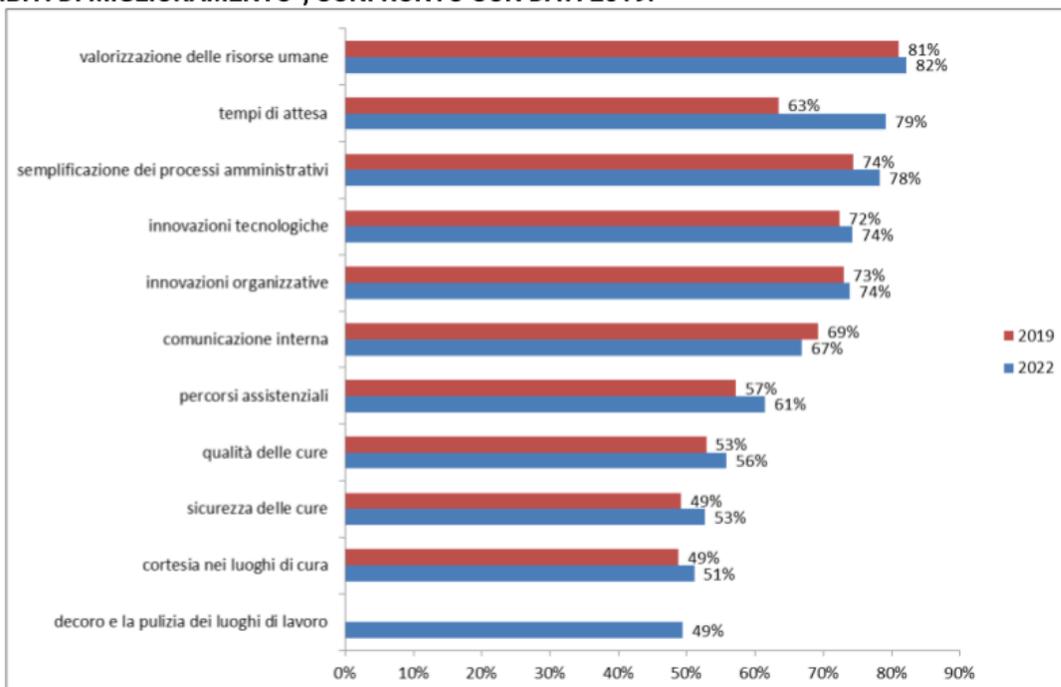
- **La sintesi dei risultati emersi** per l'Azienda Ulss 9 sulla base delle risposte alle 120 domande del questionario che sono state raggruppate in 8 dimensioni:
 1)Ambiti di miglioramento, 2)Comunicazione,3)Formazione, 4)Organizzazione Aziendale-Benessere Lavorativo, 5)Organizzazione Aziendale- Budget, 6)Organizzazione Aziendale-Management, 7)Organizzazione Aziendale-Pazienti, 8)Umanizzazione

RISULTATI EMERSI PER DIMENSIONE:



- **gli ambiti di miglioramento**

DIMENSIONE "AMBITI DI MIGLIORAMENTO", CONFRONTO CON DATI 2019:



A seguito, quindi, dell'analisi ed interpretazione dei **risultati dell'Indagine di Clima Organizzativo** l'azienda ha individuato tre azioni di miglioramento tradotte in progetti specifici volti anch'essi ad ottenere un miglioramento del benessere organizzativo in azienda.

Di seguito vengono descritti i singoli progetti:

1 - STRATEGIE PER VALORIZZARE I PROPRI COLLABORATORI

Il progetto si propone l'obiettivo di fornire delle strategie per la valorizzazione del capitale umano in ambito sanitario e migliorare la capacità di retention e valorizzazione delle competenze presenti in Azienda.

Nel progetto saranno coinvolti i Direttori delle varie UOC e ed i dipendenti con incarichi di funzione organizzativa/coordinatori delle Unità operative dove si sono registrati risultati critici in ordine al quesito relativo alla valorizzazione delle risorse umane nell'ambito dell'indagine di Clima Organizzativo, dove si registra maggiore turn over e dove risulta necessario creare un ambiente attrattivo.

Nello specifico sarà realizzata una particolare ed apposita attività formativa, che si terrà in tre edizioni, volta a fornire strategie per valorizzare il capitale umano in ambito sanitario

2 - CONDIVISIONE OBIETTIVI DI BUDGET

Dall'analisi dei risultati dell'Indagine di clima è emerso che i dipendenti percepiscono una scarsa comunicazione o comunque è emersa una scarsa conoscenza degli obiettivi di budget e degli esiti degli stessi.

Si provvederà, pertanto, a rendere accessibile per i dipendenti delle singole unità operative interessate la scheda budget attraverso la sua pubblicazione nelle aree riservate della Intranet Aziendale entro un mese dalla firma della scheda o dalla sua variazione

L'obiettivo di tale progetto mira anche ad aumentare il coinvolgimento e la partecipazione dei dipendenti che saranno così maggiormente incentivati a porre in essere tutte le attività volte al raggiungimento di comuni e condivisi obiettivi.

3 - ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI FORMAZIONE SPECIFICI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE INTERNA NELL'AMBITO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Dall'analisi dei risultati dell'indagine sul clima organizzativo emerge la necessità di aumentare e migliorare la comunicazione interna, di potenziare la competenza comunicativa degli operatori da un lato, e dall'altro di far conoscere e mettere in rete i processi organizzativi dell' Azienda Ulss 9 Scaligera nonché di acquisire e sviluppare conoscenze e competenze su modalità appropriate di intervento e di gestione di situazioni critiche. L'azienda ha pertanto individuato dei percorsi di formazione a vari livelli destinati a tutto il personale dell'azienda. Sono stati individuati i corsi: "La rete della comunicazione interna per generare il valore della squadra dell'Ulss 9 scaligera", rivolto principalmente a Direttori di Dipartimento, UOC, Responsabili UOSD e UOS e Coordinatori delle UU.OO. e dei Servizi; "La comunicazione interna come strumento di gestione del lavoro nell'unità operativa", per far acquisire a tutto il personale la consapevolezza dell'importanza della comunicazione all'interno dei servizi. "Problem solving a portata di mano", per portare a conoscenza di tutto il personale gli strumenti e le strategie di comunicazione, relazionali ed emotive utili a gestire al meglio la propria professione.

Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda Ulss 9 Scaligera, con deliberazione n. 1050 del 23/12/2021 ha approvato il "PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) - AULSS 9 "SCALIGERA" che ha ricompreso al suo interno il "Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile (Smart Working) e il "Regolamento sull'utilizzo del telelavoro domiciliare" implementato nell'ambito delle iniziative relative all'attuazione del Piano Triennale per il Benessere Organizzativo.

Tale regolamentazione è confluita nella sua nuova definizione, nel PIAO adottato con deliberazione n. 699 del 30/06/2022.

Il regolamento è stato approvato in riferimento a tutte le tre aree contrattuali del personale dipendente in Azienda così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81. .

L'attenzione dell'Azienda per tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa che consente e facilita la conciliazione di tempi di vita e tempi di lavoro risale al periodo pre-pandemico. Sulla base della prima Regolamentazione Aziendale che riguardava il solo personale del comparto erano state attivate, nei primi mesi del 2020 le prime n. 6 postazioni di lavoro agile.

Con l'emergenza sanitaria da Coronavirus, è diventato obbligatorio per la Pubblica Amministrazione e quindi anche per l'Azienda Ulss 9 adottare misure organizzative per il ricorso allo smart working. L'Azienda Ulss 9 di fatto disponeva già degli strumenti necessari per attivare, unitamente alle altre misure individuate, progetti di lavoro agile per il personale dipendente del comparto. Tali strumenti organizzativi sono stati estesi anche alla Dirigenza.

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda Ulss 9 Scaligera ha adottato una modalità di attuazione di S.W. semplificato secondo le indicazioni nazionali regionali ed aziendali che prevedevano un più ampio ricorso al lavoro agile in tempi ridotti. Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, fermo restando tuttavia l'esclusione dalla modalità lavorativa agile di tutte le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede. Il lavoro agile è stato conseguentemente attivato, a seguito di una valutazione da parte del Direttore delle singole Unità Operative, assicurando prioritariamente la presenza del personale con qualifica dirigenziale, pur non escludendo per alcuni di questi l'accesso allo Smart Working.

Un importante fattore che ha permesso di sperimentare ed attivare il lavoro agile è stata la messa a disposizione e l'implementazione di numerosi strumenti e sistemi informatici quali la posta elettronica aziendale della quale dispongono tutti i dipendenti dell'Azienda ed i servizi di condivisione ed elaborazione documentale (Google Drive, Google Documents) nonché i sistemi di comunicazione via chat e videoconferenza (Google Meet e similari).

Dal punto di vista normativo si sono poi susseguite proroghe della modalità ordinarie di lavoro agile in concomitanza con le proroghe della permanenza dell'emergenza sanitaria da coronavirus e produzione normativa tesa a fornire una base sulla quale far transitare, a regime, con precisa regolamentazione e organizzazione, le forme di smart working messe in atto durante la pandemia.

Con DM 9 dicembre 2020 sono state approvate le "LINEE GUIDA SUL PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) E INDICATORI DI PERFORMANCE" con l'intento di fornire alcune indicazioni metodologiche per supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile.

Con D.P.C.M. 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni" è stato previsto che a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e quindi anche nella nostra Azienda fosse quella svolta in presenza.

Con DM 08/10/2021 il Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, ha disciplinato il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica amministrazione a partire dal 15 ottobre prevedendo che ogni amministrazione adottasse le misure organizzative necessarie all'attuazione delle misure previste dal Dm entro i successivi 15 giorni, assicurando da subito la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti all'erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di sportello e di ricevimento dell'utenza.

L'Azienda ha pertanto fatto rientrare in presenza il personale dipendente e, dopo attenta verifica dei requisiti e della fattibilità, ha provveduto a prorogare per il periodo pandemico, n. 23 progetti di lavoratori fragili modificati ed integrati alle nuove disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 08/10/2021 e sottoscritto con le parti di uno specifico accordo.

Il 29 novembre 2021 sono state emanate da parte del Ministro per la Pubblica Amministrazione delle linee guida sullo Smart Working che hanno dettato delle disposizioni “ponte” in attesa della regolamentazione dell’istituto nell’ambito della contrattazione nazionale.

Con successive normative, e più precisamente il D.Lgs. 30.06.2022 n.105 art 4, comma 1, lett. b), il D.M. 22.8.2022, n. 149 e la legge 29.12.2022, n. 197 (L. di bilancio 2023), art. 1.c. 306 sono stati modificati o confermati alcuni requisiti per la concessione del lavoro agile ai soggetti fragili o con figli piccoli di età inferiore ai 14 anni;

Per ultimo, con l’emanazione della nuova direttiva del 29/12/2023 della Presidenza del Consiglio dei Ministri è stata data disposizione, allo scopo di sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza. Nell’ambito dell’organizzazione di ciascuna amministrazione sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell’ambito degli accordi individuali, che vadano nel senso sopra indicato.

Con l’entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del Comparto è stato ulteriormente regolamentato il lavoro agile nell’ambito delle Aziende Sanitarie. Anche la regolamentazione Aziendale sarà pertanto oggetto di aggiornamento alla luce delle sopra citate disposizioni integrative/modificative intervenute.

Anche l’ipotesi del CCNL dell’area Funzioni Locali triennio 2019-2021 siglata in data 11/12/2023 prevede una specifica sezione dedicata alle Disposizioni sul lavoro agile alla quale l’Azienda adeguerà la propria disciplina.

Programma di sviluppo del lavoro agile

L’Azienda nel PIAO riconosce alle modalità alternative al lavoro in presenza grande valenza strategica e prevede, a regime, un coinvolgimento di un numero elevato di dipendenti che non potrà in ogni caso superare il 10% del personale presente in azienda, salvo limiti diversi fissati a livello di normativa nazionale.

Risultano quindi attivi n. 25 progetti per dipendenti afferenti all’area del comparto e n. 5 afferenti all’area della dirigenza.

Alla data del 31/12/2023 risultano attivi 31 accordi di Smart Working, 28 relativi a dipendenti afferenti all’area del comparto e 3 relativi a dipendenti afferenti all’area della dirigenza.

Per quanto riguarda invece il telelavoro al 31/12/2023 risultano attivi 8 accordi dei quali 7 relativi a personale afferente all’area del comparto e 1 relativo a personale afferente all’area della dirigenza.

L’azienda, al fine di incentivare la dematerializzazione, ha provveduto ad attivare una specifica procedura telematica di richiesta on line del lavoro agile.

Tale procedura risulta definita in più passaggi che corrispondono alle fasi indicate nell’attuale regolamento. I dipendenti, accedendo in INTRANET, possono autonomamente presentare richiesta di attivazione progetto di S.W. o di telelavoro. Alla conclusione della procedura la pratica viene protocollata.

L’approvazione è comunque subordinata all’adozione di atto deliberativo da parte del Direttore Generale.

Completato l’iter autorizzativo i dipendenti sottoscrivono un accordo individuale di lavoro agile controfirmato dal diretto responsabile e dal direttore GRU.

Modalità attuative

Il PIAO approvato con deliberazione 699/2022 comprende varie modalità di resa della prestazione lavorativa:

- Lavoro agile
- Telelavoro
- Co-working
- Lavoro da remoto in postazioni lavorative diverse da quelle nella sede di assegnazione

Vista l'estensione territoriale dell'Azienda e la presenza di molteplici sedi sul territorio, laddove sia stato ritenuto fattibile da parte del Responsabile è stato dato avvio anche alla possibilità per alcuni dipendenti di lavorare da remoto in postazioni lavorative aziendali diverse da quelle nella sede di assegnazione consentendo di acquisire vantaggi in termini di minor assenteismo e di conciliazione tempi di vita lavoro e risparmio di tempi e costi di trasporto da parte dei destinatari.

Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro

Al fine di organizzare il passaggio da lavoro agile "emergenziale" a lavoro agile strutturato secondo le nuove direttive emanate dal Ministro della Pubblica Amministrazione è stata effettuata una revisione del regolamento per lo svolgimento del lavoro agile e del regolamento per il telelavoro. Entrambi i documenti rappresentano il cuore del POLA attualmente confluito nel PIAO e ne costituiscono parte integrante. Nel nuovo PIAO sono stati previsti, come nel precedente POLA, i criteri di priorità nell'assegnazione delle postazioni di smart working o telelavoro nelle more della definizione dei contingenti ammissibili e della fornitura di hardware e linee aziendali.

Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione

Come sopra ricordato, nel PIAO è stato previsto un ventaglio di possibilità volte ad agevolare e differenziare la modalità attraverso la quale la prestazione viene resa. Per il lavoratore autorizzato a svolgere la prestazione lavorativa in smart working, quella di utilizzare, nelle giornate di lavoro da remoto, la propria postazione lavorativa presso la sede di assegnazione oppure altra postazione lavorativa disponibile in sedi diverse da quella di assegnazione previa prenotazione della stessa. E' stata prevista inoltre, per il lavoratore, la possibilità di effettuare la prestazione lavorativa in presenza ma presso una sede diversa da quella di assegnazione e previa prenotazione delle posizioni disponibili.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1222 del 30/11/2023, è stata approvata la revisione del piano dei fabbisogni di personale per l'anno 2023 ed è stato adottato il piano triennale fabbisogni 2024 – 2026, alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO).

A seguito del parere favorevole espresso dalla Regione Veneto con nota prot. n. 1448 del 02/01/2024, il piano è stato approvato in via definitiva con successiva deliberazione n. 7 del 17/01/2024.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento che individua, in termini qualitativi e quantitativi, le risorse necessarie a porre in essere le prestazioni che l'Azienda è tenuta ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati e viene esposto per unità FTE.

La dotazione organica invece viene definita come lo strumento che, facendo riferimento al piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per garantire le prestazioni che sono tenute ad erogare.

Coerentemente con le istruzioni operative emanate dalla Regione del Veneto, il PTFP viene determinato tenendo conto di quanto segue:

- analisi complessiva dei compiti istituzionali delle Aziende in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, facendo riferimento agli indicatori standard in relazione alle attività da svolgere definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016, tra cui quelli definiti:
 - con deliberazione n. 2178 del 24/12/2012 con riferimento agli Ospedali di Comunità e alle Unità Riabilitative Territoriali,
 - con deliberazione n. 2501/2004 con riferimento agli hospice,
 - con deliberazione n. 721/2023 con riferimento all'avvio delle case di comunità ed il contestuale avvio del servizio di infermieri di famiglia e comunità,
 - con deliberazione n. 610 del 29/04/2014 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto nelle aree di degenza ospedaliera,
 - con deliberazione n. 245 del 07/03/2017 con riferimento all'organizzazione del personale dirigente medico in area ospedaliera e alla definizione di valori minimi per il personale del pronto soccorso,
 - con deliberazione n. 1833 del 14/11/2017 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale delle medicine generali e delle chirurgie generali,
 - con delibera n. 371 del 08/04/2022 con riferimento alla "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale";
 - con delibera n. 1669 del 29/11/2021 con riferimento al documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari".
- è compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'azienda, con particolare riferimento al rispetto del tetto di spesa indicato dalla Regione del Veneto nei prospetti allegati alla nota prot. n. 605039 del 09/11/2023;
- Impatto delle riforme in ambito sanitario regionale di cui alla L.R. 19/2016, considerando anche il trasferimento di alcune attività ad Azienda Zero, nonché l'accorpamento di funzioni e servizi territoriali;
- Impatto della recente pandemia da COVID-19 che ha imposto la riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera come da piani emergenziali regionali approvati con DGRV 552 del 05/05/2020 e DGRV 782 del 16/06/2020 nonché deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 29/05/2020 di approvazione del piano aziendale di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica, la delibera del Direttore Generale n. 1333 del 30/12/2022 di adozione del "PIANO PANDEMICO AZIENDALE "PANFLU" 2021-2023";

- tiene conto delle misure che il PNRR Missione 6 ha previsto per l’Azienda Ulss 9 in termini di strutture intermedie;

Rispetto alle modalità con cui acquisire le risorse necessarie (personale dipendente, acquisto di prestazioni aggiuntive, specialisti ambulatoriali, esternalizzazioni), viene evidenziato che, stante le nuove condizioni maturate, la Regione ha inserito direttamente nelle schede del piano i nuovi obiettivi di costo da rispettare, nello specifico:

| | ANNO 2023 | ANNI 2024-2025-2026 |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------|
| COSTO DIPENDENTI BILANCIO SANITARIO | € 313.544.116,49 | € 316.394.155,61 |
| COSTO PRESTAZIONI AGGIUNTIVE | € 2.213.438,97 | € 2.069.776,54 |
| COSTO S.A.I. | € 11.054.628,00 | € 11.755.725,80 |
| COSTO NON DIPENDENTI | € 4.220.957,83 | € 4.220.957,83 |

L’incremento del tetto per costo di personale dipendente degli anni 2024-25-26 rispetto al 2023 include l’applicazione del CCNL Dirigenza Area Sanità di imminente sottoscrizione sulla base di ipotesi licenziata in data 28/09/2023, delle risorse per attività relative alle UFDA e potenziamento area salute mentale, in precedenza oggetto di specifici finanziamenti.

Il PTFP viene espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE), inteso quale sforzo erogato o pianificato per svolgere le attività programmate secondo i criteri sotto riportati e prevede le risorse finanziarie destinate all’attuazione del piano stesso:

- esigenze delle singole unità operative
- esigenze legate a fronteggiare l’emergenza COVID 19 in via di esaurimento
- esigenze relative all’attuazione del PNRR, allo sviluppo progressivo di quanto previsto dal DM 77/2022 e alla realizzazione del nuovo plesso ospedaliero di Legnago;
- articolazione per profilo professionale
- modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale
- assunzioni obbligatorie
- tempi e modi di reclutamento del personale
- andamento del turn over
- modalità di finanziamento dei relativi costi
- istituzione dei nuovi profili afferenti all’area del personale di elevata qualificazione previsti dal nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del comparto;
- monitoraggio degli istituti di assenza
- tempi di attuazione
- impatto delle esternalizzazioni attuate nel 2023 o programmate per il triennio
- impatto delle internalizzazioni di servizi sanitari da attuarsi nel 2024 e anni successivi
- stabilizzazioni di personale amministrativo e sanitario.

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE SEZIONE DIPENDENTI

Il PTFP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli anni 2024-2025-2026 è stato redatto tenendo conto della programmazione regionale del triennio, aggiornato per quanto riguarda la programmazione ospedaliera dalla DGRV n. 614/2019, dai provvedimenti regionali sopra citati che prevedono nuovi standard per la Sanità Penitenziaria e per la Salute Mentale nonché per l'attivazione delle nuove strutture intermedie previste dalla misura 6 del PNRR.

Si è tenuto conto inoltre della deliberazione del Direttore Generale n. 446/2020 ad oggetto: "Approvazione del piano di risposta ospedaliera in caso emergenza epidemica Azienda Ulss 9 Scaligera" nonché quanto indicato nelle DGRV 552 e 782/2020 che ha comportato un notevole incremento del personale sanitario necessario a fronteggiare a regime gli effetti dell'emergenza sanitaria da COVID 19 sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

A causa della difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali permane la necessità di ricorrere ad esternalizzazioni soprattutto con riguardo a specifiche attività ospedaliere quali pronto soccorso, anestesia e rianimazione, supporto alle attività pediatriche e internistiche della sede ospedaliera di Villafranca, supporto alle attività ostetrico-ginecologiche delle sedi ospedaliere di Villafranca e Legnago. Tali attività sono garantite anche attraverso il ricorso alla libera professione nelle more dell'acquisizione di personale dipendente. Per alcune specialità, inoltre, sono attive convenzioni con altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie, alcune delle quali fanno parte della Missione 6 del PNRR, è stata prevista la gestione delle stesse a mezzo personale dipendente con le tempistiche sotto riportate:

- Ospedale di Comunità di Malcesine: primo trimestre 2025;
- Ospedale di Comunità di Bussolengo e U.R.T.: terzo trimestre 2025;
- Ospedale di Comunità di Isola della Scala: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Caprino: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Nogara : primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Marzana: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Zevio: secondo semestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Legnago: secondo semestre 2026;
- Hospice di Bovolone: secondo semestre 2026;
- Casa della Comunità "Città di Verona": primo trimestre 2025 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Via Campania" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Via del Capitel" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Marzana" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "San Giovanni Lupatoto" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Montecchia" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "San Bonifacio" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Cologna Veneta" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Colognola ai Colli" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Tregnago" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Nogara" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Zevio" : quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Cerea" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Bovolone" : primo trimestre 2026
- Casa della Comunità "Legnago" : quarto trimestre 2025 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Caprino" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Valeggio sul Mincio" : quarto trimestre 2025 e COT: primo trimestre 2024;

- Casa della Comunità “Bussolengo” : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità “Villafranca” : secondo trimestre 2025;
- Casa della Comunità “Isola della Scala” : primo trimestre 2026;

Alla luce delle autorizzazioni extra turn over valorizzate e delle re-internalizzazioni previste (o cambio modalità di gestione di nuovi servizi e attività) il costo del personale anno 2024 sarà mantenuto con una politica di analisi e programmazione di sostituzioni o meno del turn over e di attivazioni o potenziamento dei servizi con la precisazione che per il triennio le autorizzazioni concesse che non si riuscirà a coprire con assunzioni a tempo indeterminato, nelle more del reclutamento di personale potranno essere sostituite con l’attivazione di contratti libero professionali o assunzioni a tempo determinato. Nel piano, il personale per il quale è cronica la difficoltà di reclutamento, la spesa è stata previsto fra il personale dipendente ma probabilmente, nel corso dell’anno cambierà la natura del costo che diventerà per incarichi libero professionali. Tale logica perdurerà e potrà variare in funzione dei tetti del costo del personale e del finanziamento del SSN anche per il 2025 e 2026.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive nel 2023 sono state indicate le prestazioni ordinarie previste e quelle finanziate erogate con tariffa maggiorata per attività di Pronto Soccorso e per recupero delle liste di attesa.

Per il 2024 e anni successivi, per analogia, sono state previste le prestazioni aggiuntive ordinarie nonchè per il solo 2024 le prestazioni finanziate per attività di Pronto Soccorso.

Piano triennale fabbisogno di personale sezione non dipendenti

Per quanto riguarda gli incarichi ex art. 7 comma 6 D.Lgs. 165/2001 la previsione si basa sulle autorizzazioni già concesse e può comprendere anche la valorizzazione del protrarsi di contratti iniziati nel 2023 a tutto il 2024 e anni successivi sulla base del trend registrato negli anni scorsi.

Gli incarichi libero professionali relativi ai veterinari riguardano invece prestazioni legate alle attività del D.Lgs. 32/2021 che sono stati considerati oggetto di finanziamento specifico in quanto tariffati alle Aziende che usufruiscono del servizio.

Per quanto riguarda la somministrazione nel 2023 non si è ricorso a tale tipologia di reclutamento e non si prevede di attivare contratti di somministrazione per il 2024 e successivi.

Le previsioni relative ai SAI si mantengono all’interno del tetto assegnato.

Le Consulenze ex art. 117 comma 2 del CCNL 19.12.2019 sono relative a convenzioni con l’Azienda Ospedaliera Integrata di Verona e altre Aziende Sanitarie Regionali e sono finalizzate all’erogazione di prestazioni istituzionalmente dovute e giustificate dall’assenza/insufficienza di dirigenti medici in servizio in possesso dell’esperienza professionale specialistica necessaria per garantire in maniera appropriata particolari tipologie di prestazioni e riguardano prestazioni di esperto di radioprotezione, neurochirurgia, cardiocirurgia, cardiologia pediatrica, chirurgia pediatrica, pneumologia, pediatria, medicina nucleare.

In merito agli incarichi ex art. 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001 indicati in colonna M della tabella A, gli stessi fanno riferimento ai seguenti progetti/attività, per i quali si specifica la relativa fonte di finanziamento:

Decreto del Direttore Direzione Programmazione Sanitaria n. 41 del 01/06/2022 “Finanziamento per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (art. 3-ter, comma 7, del decreto legge 22/12/ - assegnazione delle risorse. (Decreto n. 48 del 30/12/2019 del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria – LEA), che assegna all’ULSS 9 Scaligera la quota di € 100.000,00= da destinare quale quota aggiuntiva per attivare specifici contratti in libera professione a medici psichiatri presso la Residenza per l’Esecuzione della Misura di Sicurezza fino al 30/06/2023 e comunque non oltre il reclutamento a tempo indeterminato. Con successiva nota prot. n. 362258 del 05/07/2023 la Direzione Programmazione Sanitaria ha autorizzato la proroga fino al 31/12/2023 della scadenza entro cui utilizzare le citate risorse aggiuntive.

Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 51 del 16/06/2022 “Approvazione dei P.T.V.A. 2021-2022 di cui alla DGR n. 1427 del 12/11/2021 recante in oggetto “Sistema Veneto Adozioni. Interventi in materia di adozione nazionale ed internazionale. (L. 476/98)” e al D.D.R. n. 77 del 21/11/2021 di

impegno di spesa”, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la quota di € 69.056,40= da rendicontare entro il 30/06/2023. Lo stesso progetto è stato rifinanziato anche per una ulteriore annualità dalla DGRV n. 1404/2022. Con Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 87 del 16/08/2023 è stato approvato il progetto P.T.V.A. 2022-, con assegnazione all’ULSS 9 della quota di € 45.539,85= da rendicontare entro il 30/06/2024.

Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 32 del 28/05/2021 “Riparto e assegnazione alle Aziende ULSS del finanziamento per la prosecuzione del progetto regionale “Sviluppo dei consultori familiari pubblici”, ai sensi della delibera della Giunta Regionale n. 102 del 2 febbraio 2021. Anno 2021, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la somma di € 189.530,00= da rendicontare entro il 30/09/2023. Lo stesso progetto è stato rifinanziato per una ulteriore annualità dalla DGRV n. 102 del 07/02/2022. Con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 48 del 14/06/2022 è stata assegnata all’ULSS 9 la quota di € 190.522,05= da rendicontare entro il 30/09/2024.

Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 58 del 13/07/2022 “Riparto ed assegnazione del finanziamento per la prosecuzione delle attività delle Equipe Specialistiche Provinciali/interprovinciali in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e e dei ragazzi/e minori di età, ex DGR n. 1041/2016 e n. 1624/2017, di cui alla L. n. 269/1998. Anno 2022, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la quota di € 125.744,55= da rendicontare entro il 31/01/2024. Lo stesso progetto è stato rifinanziato per una ulteriore annualità con assegnazione all’ULSS 9 della somma di € 125.801,96=, da rendicontare entro il 31/01/2025, come da Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 89 del 24/08/2023.

Decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 5 del 29/03/2022 “Riparto e assegnazione alle Aziende ULSS del Veneto e all’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona delle risorse del Fondo per il gioco d’azzardo patologico (GAP), per l’annualità 2019, di cui all’articolo 1, comma 946 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208”, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la somma complessiva di € 691.809,54= da ripartire tra le azioni:

- - Sinergia, rete e formazione
- - Tra gioco e illusione
- - Più cura nella cura.

Il piano di intervento sul gioco d’azzardo patologico è stato rifinanziato anche per l’annualità 2021, con assegnazione all’ULSS 9 della somma complessiva di € 618.663,20=, come da decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 15 del 23/12/2022, e attività da rendicontare entro il 30/04/2024.

Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 89 del 16/09/2022 “Assegnazione dei risorse per la realizzazione di progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale FSN 2021 – Intesa Rep. Atti n. 58/CSR del 28 aprile 2022 “Intesa, ai sensi dell’allegato sub A, lettera o) dell’Intesa 4 agosto 2021 – Rep. Atti n. 153/CSR, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali””, che assegna all’ULSS 9 Scaligera la somma di € 869.774,00=. La somma stanziata è stata utilizzata per l’attivazione di contratti di lavoro autonomo con psicologi psicoterapeuti, nell’attesa del reclutamento di analoghe figure con rapporto di lavoro di dipendenza.

Decreto del Direttore dell’UO Non Autosufficienza n. 29 del 28/09/2022, per la realizzazione del progetto “Definizione di modelli orientati alla formulazione del piano individualizzato e del Progetto di vita, basati sui costrutti di “Quality of life”, indirizzati a persone con disturbi dello spettro autistico (PcASD) e alle loro famiglie, in età evolutiva e delle transizione (7-21 anni) che ha assegnato all’ULSS 9 i sottoelencati finanziamenti:

- con il Piano di riparto di cui all’Allegato A.2 - Fondo 2020, con durata dalla data di sottoscrizione dei contratti e con scadenza 04/12/2023, un finanziamento di € 84.111,11.- , di cui € 63.000 per l’Equipe di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e € 21.111,11 per il Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- con Piano di riparto di cui all’Allegato B.2 - Fondo 2020b, con durata dalla data di sottoscrizione dei contratti e con scadenza 21/01/2024, un finanziamento pari ad € 101.308,61.- , di cui € 26.250,00.- per l’Equipe di Neuropsichiatria Infantile (NPI), € 5.333,34.- per il Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

Decreto del Direttore dell'U.O. Famiglia, minori, Giovani e Servizio Civile n. 93 del 03/10/2022, per la realizzazione del "Progetto FENICE "Potenziamento dell'accesso e presa in carico psicologica delle persone vulnerabili – minori con problematiche derivanti dall'emergenza Covid19, situazioni traumatiche e situazioni di violenza assistita e pazienti affetti da patologie oncologiche", che ha assegnato all'ULSS 9 Scaligera la somma complessiva di € 132.373,40= pe attività da concludersi entro il 31/12/2023.

Nell'ambito delle attività del Dipartimento di Prevenzione, sulla base dei finanziamenti assegnati all'ULSS 9 Scaligera con i DDR n. 1 del 14/12/2019 e n. 2 del 29/12/2021, è stato attivato un incarico di lavoro autonomo per prestazioni di psicologo presso l'UOC SPISAL per attività di assistenza dei progetti formativi in materia di salute e sicurezza a supporto delle imprese e delle scuole, per un importo massimo di € 36.000,00= e attività da espletarsi da maggio 2023 a maggio 2024.

Utilizzando i finanziamenti assegnati con DDR n. 26 del 23/06/2022, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione, è stato altresì attivato un incarico di lavoro autonomo ad un medico specialista in igiene e medicina preventiva per attività inerenti l'attuazione del "Progetto regionale di sorveglianza e prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i viaggiatori internazionali", per un importo massimo di € 40.000= e attività da concludersi entro il 31/12/2023.

Infine, per quanto riguarda gli incarichi di lavoro autonomo dei veterinari, per il Servizio Veterinario Igiene Alimenti di Origine Animale, per garantire l'attività ispettiva presso gli stabilimenti di macellazione del territorio, la stessa risulta finanziata dagli introiti derivanti dalle tariffe a carico degli operatori del settore, ai sensi del D.Lgs. 32/2021. Si richiama in proposito l'autorizzazione rilasciata dalla Direzione Area Sanità e Sociale con nota prot. n. 355846 dell'11/08/2022, in riscontro alla programmazione del fabbisogno di personale relativa al 3° trimestre 2022, sulla base della quale sono stati attivati gli incarichi a valere per il 2023, e la nota prot. n. 561256 del 16/10/2023, in riscontro alla programmazione del fabbisogno del 3° trimestre 2023, per la prosecuzione degli incarichi anche per il 2024.

Si precisa che, essendo le attività progettuali afferenti all'area delle dipendenze e dei consultori familiari sopra indicate, generalmente rifinanziate di anno in anno, nella programmazione 2024 – 2026 si è ipotizzata la prosecuzione dei relativi contratti per le intere annualità, determinando la spesa presunta sulla base degli importi impegnati per l'anno 2023.

Nel PTFP sono state previste sostanzialmente le esternalizzazioni che hanno avuto inizio a decorrere dal 2018 e che in alcuni casi hanno riguardato servizi di nuova istituzione, la riorganizzazione di servizi esistenti o attività provvisoriamente assegnate in attesa di procedere con assunzione di personale dipendente alle quali sono state aggiunte le nuove esternalizzazioni che si prevede si verificheranno nel 2024 e anni successivi.

Le esternalizzazioni indicate sono relative pertanto a:

- ❖ Sportelli distrettuali e attività varie;
- ❖ Personale Oss servizio Recupero Riabilitazione Bovolone fino al 2023;
- ❖ Esternalizzazione attività di accettazione ospedaliera;
- ❖ Attività amministrativa di gestione degli stipendi dei SAI;
- ❖ Servizio di trasporto sanitario soccorso ed emergenza per la quale è stato mantenuta la stima per uniformità agli anni precedenti essendosi modificata la modalità di gestione dell'attività;
- ❖ esternalizzazione temporanea, in attesa delle assunzioni, del servizio di guardia anestesiological, pronto soccorso, pediatria, ginecologia e area internistica;
- ❖ Nel 2024 viene prevista inoltre l'esternalizzazione della portineria del Cerris
- ❖ Nel 2024 viene prevista l'esternalizzazione dell'attività amministrativa servizio ADI Distretto 3 ed esternalizzazione attività amministrativa Distretto 4-Capriano;
- ❖ Esternalizzazione nel 2024 dell'attività diagnostica di citologia cervico-vaginale;

Re internalizzazioni

Nell'ambito della riorganizzazione della modalità di gestione delle attività e servizi aziendali è stata prevista per il 2024 la reinternalizzazione del servizio di supporto all'assistenza presso l'UOC di Recupero e rieducazione funzionale del presidio ospedaliero di Bovolone, che dall'1/01/2024 verrà completamente assicurato da operatori socio sanitari con rapporto di lavoro di dipendenza.

Dotazione Organica

La dotazione organica, richiesta per il 2024, viene espressa in numero di teste e viene soddisfatta con rapporti di lavoro di dipendenza.

La dotazione evidenziata ripropone quanto esplicitato in sede di approvazione del nuovo Atto Aziendale, tiene conto del nuovo assetto territoriale e ospedaliero a seguito dell'emergenza epidemiologica e delle autorizzazioni extra turn over concesse con le seguenti precisazioni:

- riduzione del numero di personale dipendente da trasferire ad Azienda Zero ai sensi degli accordi ex art. 47 della L. 428/1990;
- riduzioni, con riferimento alla Dirigenza PTA, legate al processo di fusione delle tre ex Aziende;
- riduzioni legate ai processi di esternalizzazioni stabili in atto;
- incremento del personale infermieristico, OSS/OTA, e altro personale ruolo tecnico legato all'attivazione degli Ospedali di Comunità;
- incremento del personale autorizzato ai sensi delle DGRV 552 e 782/2020 e Delibera Direttore Generale Aulss 9 n. 446/2020;
- nuovi standard assistenziali previsti con delibera n. 371 del 08/04/2022 con riferimento alla "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale";
- nuova Unità Operativa Complessa e personale amministrativo previsto con delibera n. 1669 del 29/11/2021 con riferimento al documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari".
- trasferimento SPDC all'AQUI di Verona;
- incrementi per re-internalizzazione servizi

La dotazione è stata adeguata nell'assegnazione al costo a carico del bilancio sociale a partire dal 2023 per l'incremento di funzioni delegate.

La dotazione così rideterminata in aumento potrà influenzare la composizione dei fondi contrattuali sulla base di disposizioni regionali in materia.

Aggiornamento piano triennale 2023-2025 relativamente all'anno 2023

Con riferimento all'aggiornamento del Piano Triennale relativamente all'anno 2023 si evidenzia la saturazione del tetto disponibile a seguito anche della possibilità di fruizione di graduatorie valide.

Per quanto riguarda il costo relativo agli specialisti ambulatoriali interni il costo rispetta il tetto assegnato.

Il costo relativo agli incarichi libero professionali unitamente alle convenzioni poste in essere satura il tetto disponibile.

Nel corso del 2023 si sono confermate le esternalizzazioni già in atto quali la gestione degli stipendi sai, guardie anestesilogiche e pronto soccorso e incrementate alcune attività di guardia in pediatria, dipartimento internistico, ostetricia e ginecologia e attività amministrative già parzialmente esternalizzate riguardanti attività amministrative distrettuali.

La Dotazione Organica riflette quanto sopra esposto ed è stata integrata delle figure aggiuntive previste a carico del bilancio sociale per funzioni delegate.

Formazione del personale

Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati. La formazione oltre ad essere considerata come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali.

Con l'adozione del piano formativo annuale vengono definiti i percorsi formativi per favorire l'aggiornamento e lo sviluppo delle professionalità presenti in Azienda, indispensabile supporto per il miglioramento delle competenze tecnico-professionali e relazionali del personale nonché dei processi organizzativi aziendali.

In particolare la pianificazione formativa delle figure sanitarie tiene conto delle indicazioni nazionali e regionali che rappresentano lo strumento da utilizzare per orientare i programmi di formazione continua al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse del SSN e più in generale della tutela della salute degli individui e della collettività.

I percorsi formativi approvati nel piano annuale sono rivolti agli operatori differenziati per setting e per figure professionali, nel rispetto dell'obbligo individuale previsto dalla normativa ECM, e garantiscono capacità professionali e competenze tecniche individuali e trasversali organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale corrispondenti ai bisogni dei pazienti e alle responsabilità di ruolo proprie di ogni singolo operatore.

Il Piano formativo per l'anno 2024, adottato con deliberazione n.1346 del 22.12.2023 è consultabile sul sito aziendale alla pagina https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=308, comprende complessivamente n. 374 corsi di formazione suddivisi per aree tematiche ed organizzative, che potrebbero essere integrati con ulteriori corsi in base a nuovi bisogni formativi.

| AREA | N. corsi. |
|-------------------------|------------|
| AMMINISTRATIVA | 3 |
| BENESSERE | 8 |
| DIPENDENZE | 8 |
| DISTRETTO | 73 |
| DPS | 22 |
| DSM | 19 |
| EMERGENZA | 37 |
| OSPEDALE | 130 |
| ANTICORRUZIONE | 2 |
| PREVENZIONE | 21 |
| PRIVACY | 3 |
| RIABILITAZIONE | 16 |
| RISK MANAGEMENT | 10 |
| SICUREZZA | 22 |
| Totale Risultato | 374 |

Risorse interne ed esterne disponibili e/o "attivabili" ai fini delle strategie formative

Per le attività di docenza l'Azienda Ulss 9 Scaligera si avvale prioritariamente del proprio personale in possesso di specifiche conoscenze e competenze didattiche, ovvero di formatori esterni per quelle attività che richiedono competenze non presenti in Azienda.

Negli anni è stata creata una rete di formatori interni valorizzando le risorse umane aziendali e le competenze da loro acquisite, a partire da quelle di tipo tecnico specialistico in particolare nell'area dell'emergenza urgenza, nell'area della sicurezza dei lavoratori e nell'area del Risk management. L'utilizzo di formatori dipendenti permette di contestualizzare meglio l'intervento, favorendo il trasferimento efficace dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti. Inoltre con il ricorso ai docenti interni si favorisce il contenimento dei costi per la formazione.

Per la realizzazione delle attività formative sono stati destinati locali, attrezzature tecnologiche nell'entità e con le caratteristiche richieste dalle tipologie didattiche impiegate e per la composizione dei gruppi in formazione.

Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato

L'Ulss 9, oltre ad organizzare attività formative in sede, nell'ambito dei propri obiettivi di sviluppo, per la realizzazione di iniziative di formazione e di aggiornamento professionale obbligatorio, può avvalersi anche della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore.

Nella fattispecie si avvale e collabora con la Fondazione SSP scuola di formazione, ricerca e consulenza che si occupa dello sviluppo professionale e della crescita organizzativa dei professionisti che lavorano nel Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto.

Il personale può partecipare a percorsi individuali organizzati da altri Enti attraverso l'utilizzo degli istituti previsti dai contratti di categoria quali:

- **Aggiornamento obbligatorio:** la partecipazione, da parte di tutti i dipendenti, ad iniziative di formazione o di aggiornamento professionale obbligatorio, che risultano strettamente connesse all'attività professionale svolta dal dipendente e dalle quali può derivare una ricaduta diretta sull'organizzazione di appartenenza o sulle competenze esplicitate dal professionista è considerata servizio utile a tutti gli effetti. L'azienda può partecipare alla spesa nel rispetto dei limiti di budget assegnati.
- **Aggiornamento facoltativo:**
 - per la dirigenza sanitaria, la partecipazione a documentate iniziative formative, selezionate dai dirigenti interessati, avviene con il ricorso alle ore previste mediante la riserva oraria, nella misura di 4 ore settimanali eventualmente cumulabili;
 - per tutto il personale (comparto, dirigenza PTA, dirigenza sanitaria) la partecipazione a documentate iniziative, coerenti con l'attività svolta, avviene con il ricorso del permesso retribuito nella misura massima di 8 giorni all'anno.

Anche l'istituto del diritto allo studio (150 ore) di cui all'art. 62 del CCNL 02.11.2022 per i dipendenti dell'area del Comparto, in aggiunta alle attività formative programmate dall'Azienda, favorisce il miglioramento del bagaglio formativo e professionale che l'azienda avrà a disposizione e ciò a seguito anche della certificazione del conseguimento dei diversi titoli di studio. Il nuovo CCNL 02/11/2022 apre anche alla possibilità, nei limiti e con gli istituti previsti, di effettuare progressioni fra aree consentendo anche al personale che acquisisce titoli professionali di poter partecipare e mettere a frutto sia l'esperienza acquisita che la formazione svolta.

Gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo

Nella progettazione degli eventi formativi è data importanza alla coerenza tra le competenze acquisibili, gli obiettivi formativi, le metodologie didattiche/metodi di lavoro per definire gli strumenti di valutazione più adeguati alla valutazione dell'apprendimento dei discenti.

Per ogni evento è prevista la valutazione dell'apprendimento individuale dei discenti è eseguita con strumenti diversi (questionario, prova scritta, esame pratico project work), a seconda dell'approccio adottato, ma sempre coerenti con gli obiettivi formativi. Attraverso le prove di apprendimento è possibile conoscere se i partecipanti, a conclusione dell'evento, hanno conseguito gli obiettivi formativi definiti.

Con la somministrazione della scheda di gradimento dell'evento formativo vengono raccolti dati che permettono di analizzare:

- la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle necessità di aggiornamento
- la qualità educativa del programma formativo

- L'utilità dell'evento per la formazione/aggiornamento del discente
- Se in caso di sponsor ci sono riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per influenza dello sponsor

Al fine di rendere efficace il processo di formazione vengono richiesti in fase di presentazione degli eventi indicatori misurabili e oggettivi relativi alla ricaduta interna.

Gli esiti delle verifiche di apprendimento e delle valutazioni di gradimento vengono assunti come elementi oggettivi per migliorare la programmazione singola e complessiva da parte dei direttori di Dipartimento/UOC valutandone il "cambiamento" prodotto dalla formazione in termini di crescita professionale individuale, impatto organizzativo e miglioramento della qualità.

Piano delle Azioni Positive

Le "azioni positive" sono definite, ai sensi dell'art. 42 del Codice delle Pari Opportunità, come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Si tratta di misure che, in deroga al principio di uguaglianza formale, hanno l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità. Tali misure sono di carattere speciale in quanto specifiche e ben definite, ed in quanto intervengono in un determinato contesto al fine di eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta. Allo stesso tempo si tratta di misure temporanee in quanto necessarie fin tanto che si rilevi una disparità di trattamento.

La pianificazione a sostegno delle pari opportunità contribuisce altresì a definire il risultato prodotto dall'Amministrazione nell'ambito del c.d. ciclo di gestione della performance. Quest'ultima normativa, infatti, richiama i principi espressi dalla disciplina in tema di pari opportunità, e prevede, in particolare, che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa tenga conto, tra l'altro, del raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Si evidenzia che sia quanto previsto dal piano aziendale per il **benessere**, che le soluzioni per il **lavoro agile**, hanno in seno, tra gli obiettivi che si pongono, anche la parità di genere.

Benchè non rivolti solo ai dipendenti, ma evidenziando una sensibilità all'equità di genere, l'azienda ULSS 9 Scaligera, all'interno di un percorso promosso dalla Regione del Veneto che ha costituito un apposito gruppo di lavoro di referenti per la medicina di genere usl regione Veneto, ha predisposto servizi dedicati.

In particolare l'ULSS 9 ha identificato i referenti con il fondamentale compito di sensibilizzare un processo di formazione sulla medicina di genere che non è solo medicina di sesso. Si è effettuata una ricognizione dei servizi allestiti, rilevando:

- Neurologia Legnago: Ambulatori dedicati alla donna con le seguenti patologie: cefalea, sclerosi multipla ed epilessia;
- Percorso condiviso con la ginecologia di Legnago "Malattia Cerebrovascolare e gravidanza;
- Geriatria di Villafranca: Ambulatorio di medicina di genere e sesso (ortogeriatria);
- Geriatria San Bonifacio: Ambulatorio di medicina di genere e sesso (cardiogeriatria e psicogeriatria)
- Radiologia San Bonifacio e Urologia San Bonifacio: Ambulatori dedicati alla patologia tumorale mammella prostata;
- Riabilitazione delle donne con tumore della mammella.

Inoltre nel piano della formazione del 2022-23 è stato previsto un percorso su "relazioni sul genere all'interno di momenti formativi" e nel **Piano formazione 2024** darà organizzato un convegno aziendale dal titolo "Medicina di genere: un approccio multidisciplinare e multigestionale. "

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, attraverso il gruppo di Lavoro espressamente individuato con DDG n. 427 del 28 aprile 2022, procederà al monitoraggio infrannuale e consuntivo dei contenuti programmatici del PIAO. In questo senso giova la tempistica prevista dalla DGR 1717/2022 la Regione Veneto, con cui si indica nel **31 maggio** di ogni anno il termine per la **valutazione di competenza della Giunta regionale** sul raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR, e con cui viene auspicato che si svolgano tra azienda a regione almeno due incontri di monitoraggio annui indicativamente nei mesi di **marzo-aprile** e **settembre-ottobre**; gli esiti di questi appuntamenti di verifica rappresentano il calendario di monitoraggio dell'insieme delle azioni previste dal PIAO per la continua verifica dell'efficacia delle strategie di creazione di Valore Pubblico stabilite.

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti ed in particolare di:

- valore pubblico e performance (responsabile Controllo di Gestione);
- rischi corruttivi e trasparenza (responsabile RPCT);
- piano triennale dei fabbisogni e lavoro agile (responsabile UOC Gestione Risorse Umane);

avverrà con gli strumenti e le modalità previsti in ciascuna sezione.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

Si seguito sono illustrate le modalità tecniche ed organizzative di monitoraggio adottate in riferimento al PIAO.

Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico

Come illustrato nella sezione sul [Valore Pubblico](#), questo è tanto maggiore quanto più alta è la capacità dell'ente di trovare un compromesso complessivamente migliorativo tra le diverse prospettive del benessere. Laddove il benessere sia associabile a molteplici dimensioni di impatto, il Valore Pubblico si dovrebbe misurare in termini di benessere complessivo, profilandosi come indicatore composito sintetico calcolabile quale media semplice o ponderata degli indicatori analitici di impatto.

Difficilmente però la complessità del settore e dell'ambiente in cui opera l'azienda si presta ad una sintesi numerica di questa portata. motivo per cui si ritiene in questa fase di presentare un primo esperimento di identificazione degli "Indicatori Chiave" (KPI) per la misurazione del valore. Questo primo set si compone di:

- Indicatori ISTAT - BES (commegati ai Goals del Sustainable Development Goals - OMS);
- Equilibrio economico;
- Soddisfazione dei cittadini/utenti.

In primo luogo vanno senza dubbio considerati gli indicatori del BES del dominio "Salute" ed una parte degli indicatori "Qualità dei Servizi" collegati all'obiettivo "03. Salute e benessere" del Sustainable Development Goals (SDGs).

Di seguito si riportano i dati più recenti degli indicatori del BES relativi alla Salute per la Provincia di Verona, per il Veneto, Nord Italia ed Italia evidenziando anche la variazione rispetto all'anno precedente.

| DOMINIO | INDICATORE | UNITA' MISURA | Ultimo dato Verona | Ultimo dato Veneto | Ultimo dato Nord | Ultimo dato Italia | Anno |
|---------------------|--|---|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|------|
| Salute | Speranza di vita alla nascita | Numero medio di anni | 83,6 (0%) | 83,3 (0%) | 83,0 (0%) | 82,6 (0%) | 2022 |
| Salute | Mortalità evitabile (0-74 anni) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 13,7 (-3%) | 14,1 (-1%) | 15,5 (1%) | 16,6 (1%) | 2020 |
| Salute | Mortalità infantile | Per 1.000 nati vivi | 1,8 (-42%) | 1,9 (-27%) | 2,1 (-13%) | 2,5 (0%) | 2020 |
| Salute | Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 0,5 (0%) | 0,9 (0%) | 0,6 (0%) | 0,6 (0%) | 2021 |
| Salute | Mortalità per tumore (20-64 anni) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 6,9 (-3%) | 7,0 (-4%) | 7,5 (-4%) | 8,0 (-1%) | 2020 |
| Salute | Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 37,7 (10%) | 40,5 (3%) | 39,9 (10%) | 35,7 (5%) | 2020 |
| Qualità dei servizi | Posti letto per specialità ad elevata assistenza | Per 10.000 abitanti | 7,8 (24%) | 5,2 (33%) | 4,9 (53%) | 4,1 (37%) | 2021 |
| Qualità dei servizi | Emigrazione ospedaliera in altra regione | Valori percentuali | 6,0 (22%) | 5,9 (11%) | 6,2 (11%) | 7,8 (7%) | 2021 |
| Qualità dei servizi | Medici specialisti | Per 10.000 abitanti | 35,3 (9%) | 28,9 (7%) | 31,9 (5%) | 33,2 (5%) | 2022 |
| Qualità dei servizi | Posti letto negli ospedali | Per 10.000 abitanti | 36,5 (-5%) | 31,4 (-5%) | 34,4 (-4%) | 32,6 (-2%) | 2021 |

Imprescindibile in termini di Valore pubblico è il monitoraggio dell'**equilibrio economico dell'azienda** e della compatibilità con la programmazione aziendale. Su questo tema esiste uno specifico indicatore di performance:

| | |
|-----------------------|--|
| DGR 1682/2023 E.2.S.1 | Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT |
|-----------------------|--|

Si tratta di uno di quei casi in cui la performance influenza direttamente la creazione di Valore pubblico, in quanto evidenzia la capacità dell'Azienda di "rispettare" il patto economico con i cittadini.

Nella Relazione al BEP e, successivamente, nella Relazione al Bilancio Consuntivo, vengono evidenziati ed analizzati in profondità gli aspetti relativi all'equilibrio economico mettendo in evidenza come questa dimensione sia strettamente collegata alla performance aziendale.

Infine sono indicatori importanti di verifica della creazione/riduzione di valore pubblico, quelli relativi alla soddisfazione dei pazienti espressa tramite gli strumenti di Customer Satisfaction, ma anche attraverso i reclami presentati all'URP.

Dopo una fase di sperimentazione sono state introdotte modalità stabili di raccolta delle esperienze dei pazienti, attraverso l'Osservatorio

- PREMs (Patient Reported Experience Measures), che rappresenta un'indagine sull'esperienza di ricovero ospedaliero in regime ordinario svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e

Inoltre è in fase di avvio anche l'Osservatorio

- PaRIs (Patient reported Indicators), che rappresenta un'indagine sull'esperienza in ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sempre svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'Azienda, attraverso l'Unità Operativa "Comunicazione e Marketing" che gestisce l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, registra con costanza le segnalazioni, gli elogi ed i reclami provenienti dagli utenti. Redige periodicamente un report che segnala con tempestività le principali problematiche percepite dall'utenza e ne permette il "dimensionamento" al di là

della percezione, per sua natura, frammentaria delle migliaia di “vissuti” degli utenti che entrano in contatto con l’Azienda.

Infine con riferimento alla soddisfazione dei cittadini, non bisogna tralasciare di monitorare lo stato della transizione Digitale; infatti questo processo pervasivo, ridetermina le modalità di interazione con il cittadino, generando benessere direttamente ed indirettamente. Si pensi a quanto stiano impattando già oggi i progetti di prenotazione Online delle prestazioni ambulatoriali, o anche la scelta e revoca del MMG attualmente effettuabile Online ed i pagamenti tramite PagoPA, ed in futuro quanto potrebbero migliorare il benessere i progetti di telemedicina. I tempi non sono maturi per sintetizzare in pochi indicatori questi impatti, ma è evidente che il monitoraggio del valore passerà anche attraverso tali verifiche.

Da quanto Presentato in questo paragrafo risulta evidente che la misurazione e valutazione dei KPI per esprimere un giudizio circa la produzione di valore pubblico necessita di tempi molto lunghi e può nascere solo dall’interpretazione di adeguate serie storiche.

Anche la tempistica con cui si rendono disponibili i KPI non è sempre adeguata (alcuni indicatori del BES hanno un ritardo medio di 2 anni). Pertanto è necessario affidarsi ad indicatori di performance, per loro natura più tempestivi, per avere una proxy degli effetti dell’attività aziendale in termini di valore.

Monitoraggio della Performance, Anticorruzione e Trasparenza

Misurazione della Performance

Nel PIAO il legislatore concentra l’attenzione sul tema del monitoraggio sia delle singole sezioni che lo compongono sia sull’intero Piano. I sistemi di misurazione della performance delle aziende, delle attività e dei sistemi sanitari condividono l’uso di batterie di indicatori numerici, confrontati con target specifici di soddisfazione, variamente integrati e sintetizzati per evidenziare le aree di eccellenza e di debolezza.

Il confine tra misurazione della performance e misurazione della creazione di valore non è sempre netto e chiaramente individuabile, specialmente quando taluni indicatori numerici si possono utilizzare per entrambi i fini; in generale però è possibile distinguere un piano di orientamento strategico, tendenzialmente teso a verificare gli impatti dell’attività pubblica sulle variabili sociali esterne, da un piano più squisitamente gestionale ed operativo. La performance pertanto attiene a questo secondo piano ed include la declinazione della programmazione strategica a livello operativo, attraverso il processo di budget, determinando un **adeguato sistema di responsabilizzazione della dirigenza aziendale**.

L’aggancio degli obiettivi operativi alla strategia, e da questa alla creazione di valore, si giova in particolar modo di sistemi di valutazione esterni all’azienda, che producono analisi pubbliche, disponibili alla lettura di tutti gli stakeholders ed a talune condizioni, di facile fruibilità anche per il comune cittadino. Tra i sistemi di valutazione più conosciuti a livello italiano ricordiamo:

- Sistema di Valutazione delle Performance della Scuola Sant’Anna dell’Università di Pisa (<https://performance.santannapisa.it>) che propone i dati forniti da un Network volontario di Regioni italiane ed identifica la performance fino al livello della singola azienda sanitaria
- Nuovo Sistema di garanzia (<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>) che ha sostituito il precedente monitoraggio dei LEA (cosiddetta Griglia LEA) e contempla un numero elevato di indicatori, calcolati dal ministero solo a livello di Regione
- Programma nazionale Esiti (<https://pne.agenas.it/>) che raccoglie e rappresenta per singolo presidio, i dati di qualità dell’assistenza ospedaliera, in modo particolare con riferimento agli esiti ed alla sicurezza delle procedure.

Interessanti in quanto spesso citati dalla stampa, anche la classifica degli ospedali stilata dal settimanale americano Newsweek (ultimo aggiornamento <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2020/italy>) e la classifica Euro Health

| Anno | Prevenzione | Distrettuale | Ospedaliera |
|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 2023 (stima) | 91,5 | 95,0 | 85,0 |
| 2022 | 89,7 | 96,7 | 81,9 |

Come si può vedere solo l'area dell'Ospedale scende sotto la soglia di eccellenza, in corrispondenza degli indicatori che anche il sistema PNE indica come problematici.

| Ospedale di Legnago | Ospedale di San Bonifacio | Ospedale di Villafranca |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| Dati SDO 2022 | | |
| | | |
| Dati SDO 2021 | | |
| | | |

Si noti che il PNE 2023 (dati SDO 2022) ha aggiunto nel Treemap l'area Nefrologica, precedentemente assente.

Il Treemap per gli ospedali a gestione diretta, come rappresentati nel PNE 2023 evidenzia un netto miglioramento della performance dell'ospedale di Legnago, in particolare smettono di essere critici gli indicatori dell'area muscoloscheletrica e pneumologica. Nel 2022 invece non si evidenziano miglioramenti altrettanto sensibili nell'ospedale di Villafranca che soffre ancora gli effetti negativi che il Covid; particolarmente evidenti le difficoltà chirurgica e pneumologica, mentre non risulta più critica l'area ostetrica ginecologica.

La **verifica della Performance Aziendale** si integra variamente con questi sistemi di valutazione esterna ed inoltre, costruito per permettere la chiusura del ciclo di programmazione e controllo con l'attivazione dei sistemi premiali

aziendali, deve rispettare altri tempi e focalizzarsi maggiormente sul sistema di obiettivi aziendale, in larga parte determinati dalla Regione (vedi Allegato 2 Documento delle Direttive).

In questo senso le modalità di monitoraggio della performance ai fini del PIAO possono agevolmente e concretamente tradursi nei momenti di confronto convocati dalla Regione sull'andamento degli indicatori scelti dalla Giunta nella delibera di assegnazione annuale degli obiettivi, che hanno luogo indicativamente nei mesi di marzo-aprile e settembre-ottobre, intercalati dai momenti di rendicontazione rappresentati dalla **Relazione Annuale sulla Performance** (di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del D.lgs 150/2009) adottata ogni anno con delibera del Direttore generale **entro il 30 giugno** di ogni anno.

L'ultima Relazione sulla Performance è disponibile al link

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2710

Si noti che secondo la DGR 1717/2022 la Regione dovrebbe adottare la delibera con la **valutazione di competenza della Giunta regionale** sul raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR entro il 31 maggio di ogni anno, permettendo in questo modo di prenderla a fondamento per la valutazione finale della performance, ma con riferimento alle ultime annualità non è stato possibile rispettare questa coerenza cronologica (l'ultima DGR, relativa alla valutazione 2022 è stata adottata con DGR 1263 del 17/10/2023).

Monitoraggio Misure Anticorruzione

Il monitoraggio rappresenta un nodo cruciale del processo di gestione del rischio volto a verificare sia l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione programmate sia l'effettiva capacità della strategia programmata di contenimento del rischio corruttivo.

La gestione del rischio si completa, infatti, con la successiva azione di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali ulteriori strategie di prevenzione.

L'Azienda Sanitaria ULSS n. 9 intende sviluppare il principio della responsabilità in capo a ciascun Destinatario del controllo, nonché della propria attività ai principi del Codice Etico e di Comportamento e ad ogni norma o procedura aziendale. Si prefigge di diffondere a tutti i livelli aziendali il principio della necessità di un adeguato sistema di controllo interno, premessa indispensabile per orientare l'impresa al raggiungimento degli obiettivi aziendali, privilegiando la capacità di avere i processi aziendali sotto controllo, secondo le regole della buona conduzione, cioè la capacità di:

- supportare la crescita ed il miglioramento continuo di tutte le attività svolte, indipendentemente da vantaggi individuali o di equipe;
- permettere un controllo continuo e una continua valutazione del "comportamento giusto" nelle attività realizzate;
- dare maggiore garanzia delle prestazioni/servizi offerti alla comunità tutta;
- analizzare in modo critico ed eventualmente ridisegnare tutte le fasi di un processo aziendale cercando di prevenirne i rischi;
- garantire la sicurezza e la tracciabilità in tutte le fasi di un processo;
- applicare norme cogenti, linee guida, leggi e regolamenti;
- analizzare ciascuna fase del processo e garantire la standardizzazione di tutte le fasi;
- identificare e correggere la fase critica per la "qualità amministrativa" della prestazione / servizio;
- prevenire i possibili problemi legati al conflitto di interessi o alla corruzione.

L'Azienda Scaligera ULSS n. 9 per valutare l'efficacia delle misure di prevenzioni adottate ha schematicamente previsto nei PIANI

CONTROLLO PRIMARIO DI LINEA:

La responsabilità del buon funzionamento del sistema di controllo interno è riferita a tutti i dipendenti della ULSS n. 9, nell'ambito delle funzioni svolte



Gestione del Sistema di Controllo Interno e, di Gestione dei Rischi

a attraverso il costante aggiornamento del sistema di policy e procedure ed il rispetto delle medesime.

Gestione integrata dei rischi operativi inerenti l'ordinaria attività gestionale.

Dove dal [CODICE DELL'AUTODISCIPLINA DELLA BORSA ITALIANA] - **Il Sistema di Controllo Interno e di gestione dei rischi è costituito dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi.**

Tale sistema tiene in adeguata considerazione i modelli di riferimento e le best practices esistenti in ambito nazionale e internazionale, impone ai Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, nonché Semplici il controllo di primo livello. Si chiede infatti ai Responsabili delle Strutture attraverso lo studio dei processi sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di individuare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione e di collegarli puntualmente ai processi organizzativi.

Con l'aiuto del RPCT viene poi completato lo studio sotto l'aspetto della valutazione e ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi e degli uffici permettendo, così, di graduare le priorità di intervento.

In considerazione del fatto che lo studio dei processi è concluso, nell'anno 2022 il controllo di terzo livello è declinato nella verifica:

- dell'esistenza della procedura;
- che qualsiasi procedura sia compliant con la Normativa;
- che le procedure siano viste e siglate per approvazione dal Process Owner, siano aggiornate e
- che il lavoro svolto dalla Unità Operativa rifletta quanto in esse contenuto;
- che tutte le volte che viene modificata una procedura venga annotato sulla stessa di quale versione si tratta e la data dalla quale entra in vigore;
- che le procedure siano conosciute dal personale dell'Unità Operativa.

Ove lo studio del processo lo consente, il controllo di terzo livello dell'Internal Audit verifica l'effettività e l'efficacia del Sistema di Controllo Interno e della gestione dei rischi operativi effettuata dai Dirigenti. Tale compito viene svolto come previsto dal Piano Annuale di Audit e dalla propedeutica attività di Risk Analysis.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti dal RPCT e quelli trasmessi al RPCT dall'UPD (riportanti i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari); dal Servizio Affari Generali e Legali (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva); dall'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio). La modulistica da usare nei citati report è condivisa tra il RPCT e i singoli Dirigenti per le materie di rispettiva competenza.

Particolare rilievo hanno la relazione della Performance e il ruolo attivo riconosciuto agli stakeholder e alla società civile, evidenziabili nei report sulle segnalazioni pervenuti all'URP, sulla scorta dei quali il Responsabile della prevenzione effettuerà un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individuerà, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel PIAO.

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della legge 190/2012, il RPCT ogni anno – su modulo ANAC - redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione.

Qualora la Direzione Generale lo richieda oppure il Responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta.

La relazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Azienda.

Monitoraggio Trasparenza

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica un'attività di monitoraggio periodico sia da parte del RPCT sia da parte dell'OIV.

A tal fine il RPCT provvede a:

- a) monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile sollecita il Referente interessato a provvedere in merito entro un termine stabilito; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- b) supportare l'OIV ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- c) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'OIV ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità. Provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'ANAC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale. L'OIV svolge i propri compiti anche tenendo conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del programma della trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime.

Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano

L'Azienda si è recentemente dotata di un nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi di funzione organizzativi e professionali al personale del comparto a seguito dell'entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022. Sulla base di quanto concordato in accordo integrativo, nel 2024 sarà data applicazione allo stesso con l'emissione di nuovi avvisi per l'attribuzione dei nuovi incarichi, degli incarichi vacanti e degli incarichi riorganizzati. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati sarà pertanto ottenuto attraverso l'emissione degli avvisi specifici e la successiva attribuzione degli incarichi.

Per quanto riguarda la Dirigenza Area Sanità prosegue la mappatura e successiva emissione degli avvisi per l'attribuzione degli incarichi gestionali e professionali ai sensi di quanto previsto dal CCNL 19/12/2019 e accordi integrativi aziendali. Durante il 2024 si procederà con l'obiettivo di arrivare ad assegnare gli incarichi ancora mancanti. Sarà inoltre necessario adeguare l'impianto contrattuale integrativo alle disposizioni del nuovo CCNL 23/01/2023.

Per quanto riguarda gli incarichi di Unità Operativa Complessa della Dirigenza Area Sanità si garantirà attraverso l'emissione di appositi avvisi pubblici la pronta sostituzione dei posti vacanti o che si renderanno vacanti in corso d'anno.

In analogia si procederà con gli incarichi relativi alla dirigenza PTA nell'ambito del CCNL Area Funzioni Locali e dei regolamenti aziendali vigenti.

Monitoraggio del Piano Triennale Fabbisogno Personale

Le previsioni relative al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale vengono realizzate attraverso la **programmazione trimestrale delle assunzioni** che viene sottoposta all'analisi della CRITE e successivamente approvata totalmente o parzialmente. Un primo monitoraggio pertanto della concreta realizzazione del Piano consiste nella redazione delle richieste trimestrali e nella approvazione con deliberazione del Direttore Generale degli esiti emersi dall'analisi della CRITE. Le delibere di approvazioni degli esiti CRITE autorizzano gli uffici a proseguire con le assunzioni richieste, previo vaglio delle necessità con la Direzione Strategica in ordine alle priorità da perseguire. L'attuazione del Piano trova realizzazione anche per mezzo delle **aggregazioni ai concorsi indetti da Azienda Zero** per il reclutamento delle varie figure professionali. L'Azienda inoltre avvia in autonomia le procedure selettive che Azienda Zero non ritiene di interesse generalizzato quali gli avvisi a tempo determinato. L'attuazione del Piano può anche essere realizzata attraverso reclutamento per mezzo di procedure di mobilità qualora i vari responsabili ritengano preferibile avvalersi di personale già esperto e formato.

L'attuazione del piano presuppone altresì l'avvio delle procedure volte a reclutare i liberi professionisti laddove siano risultati infruttuosi i tentativi di reclutamento del personale a tempo indeterminato o determinato.

La programmazione semestrale dell'acquisto di prestazioni aggiuntive per recupero liste di attesa o per fronteggiare carenze di personale completa gli strumenti di monitoraggio del piano medesimo che vede in primis il rispetto dei tetti di spesa assegnati per le varie tipologie di acquisizioni.

Monitoraggio del Piano per il Benessere Organizzativo

L'attuazione del Piano per il Benessere Organizzativo è monitorato attraverso **incontri periodici** dei vari referenti aziendali che compongono la cabina di regia per l'attuazione del piano medesimo, coordinata dalla UOC Gestione Risorse Umane.

In tali incontri vengono affrontate e condivise le varie problematiche che sorgono od ostacolano la realizzazione dei progetti e vengono vagliate le possibili soluzioni o rimodulazioni dei progetti. Viene inoltre analizzato lo stato di attuazione dei progetti già in fase di realizzazione.

f.to il Direttore Generale

Pietro Girardi