REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024

Annualità 2022

Art. 6, comma 6, del D.L. n. 80/2021, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113

Indice

Premessa 2
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA 3
1.1 Popolazione e territorio 3
1.2 L'Azienda "in cifre" 4
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE 11
2.1 Valore Pubblico 11
2.2 Performance 12
2.2.1 La pianificazione strategica 13
2.2.2 Gli obiettivi operativi 15
2.2.3 Il sistema di misurazione e valutazione della performance 21
2.2.4 Obiettivi e performance per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere 21
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza 24
2.3.1 Rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione 24
2.3.2 Trasparenza 37
2.3.3 Monitoraggio e diffusione del PTPCT 38
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO 39
3.1 Struttura organizzativa 39
3.2 Organizzazione del lavoro agile 43
3.2.1 Modalità attuative 44
3.2.2 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile 46
3.2.3 Programma di sviluppo del lavoro agile 46
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale 47
3.3.1 Politiche del personale e copertura dei fabbisogni 47
3.3.2 Formazione del personale 51
4. MONITORAGGIO 52

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 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 (PIAO).

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:
a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi;
c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e della valorizzazione delle risorse interne;
d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per realizzare gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.
Il PIAO definisce altresì le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione.

Con il PIAO s'intende assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di programmazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche, in particolare:
- il Piano della Performance, poiché va a definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano delle Azioni Positive, ponendo obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definiscono le strategie di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, definendo gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e la valorizzazione delle risorse interne.

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde pertanto alla volontà di superare la molteplicità e la conseguente frammentazione degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di *governance*. In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Azienda ULss7 Pedemontana rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione.
Il PIAO, quindi, semplifica gli adempimenti dell'amministrazione e consente, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

Il D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) ha modificato il percorso procedurale del PIAO definito con D.L. 80/2021, disponendo che, limitatamente all'anno 2022, il termine della sua adozione, fissato al 31 gennaio, è prorogato al 30 aprile 2022; successivamente, con decreto legge 30 aprile 2022, n. 36, all'art. 7, comma 1, lett. a), punto n. 1, il termine viene fissato al 30 giugno 2022 e, nello stesso articolo, al punto n. 2, è specificato che "Le Regioni, per quanto

riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6".

Tuttavia, in attesa dell'adozione del PIAO, per permettere alle Strutture Operative di avere una ben definita programmazione fin dai primi mesi del 2022 e di dare attuazione alle linee strategiche aziendali, la Direzione Strategica dell'Azienda ULSS 7 ha dato avvio al ciclo di gestione della Performance con l'adozione del Piano della Performance 2022-2024 e Documento delle Direttive 2022 (del. DG n. 524 del 25/03/2022) quali documenti di programmazione e individuazione di obiettivi strategici ed operativi, di indicatori e risultati attesi per il triennio 2022-2024.
Inoltre, per analoghe motivazioni di cui sopra e secondo quanto previsto da delibera dell'ANAC n.1 del 12/01/2022 di proroga al 30/04/2022 del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), è stato predisposto ed adottato anche tale piano (del. DG n.778 del 29/04/2022).
La programmazione triennale approvata con i suddetti documenti viene pertanto ricompresa nei contenuti del presente PIAO.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana è stata costituita l'1.01.2017, con L.R. n.19 del 25.10.2016, all'art.14, comma 4, lettera b) e ha competenza nelle aree delle due preesistenti Aziende Sanitarie del Veneto, n. 3 - Bassano del Grappa e n. 4 - Alto Vicentino.

L'azienda ha sede legale in via dei Lotti n.40, Bassano del Grappa (VI), codice fiscale e partita I.V.A. 00913430245, sito web: http://www.aulss7.veneto.it e PEC istituzionale: protocollo.aulss7@pecveneto.it

L'azienda ULSS 7 è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.; la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati con l'Atto aziendale, adottato con provvedimento n. 1429 del 28/10/2020.

1.1 Popolazione e territorio

L'ambito territoriale dell'azienda ULSS n.7 Pedemontana comprende 55 Comuni, di cui:

- 23 afferenti al distretto 1 Bassano
- 32 afferenti al distretto 2 Alto Vicentino

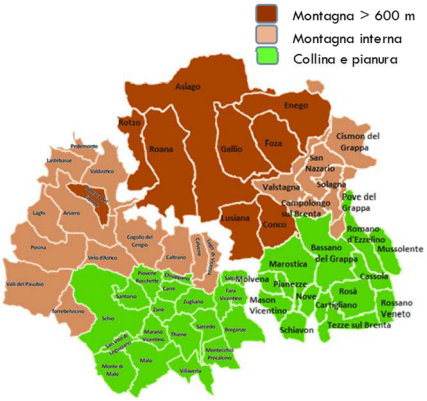
La popolazione residente è di 362.210 abitanti, così distribuita:

Popolazione residente all' 1.01.2021	Classi d'età			TOTALE	Indice vecchiaia %	Indice dipendenza %
	0-14	15-64	65 e +			
Tot. area distretto 1	23.577	114.588	40.281	178.446	170,85	55,73
Tot. area distretto 2	24.162	117.185	42.417	183.764	175,55	56,81
Azienda ULSS 7 Pedemontana	**47.739**	**231.773**	**82.698**	**362.210**	**173,23**	**56,28**

Fonte: ISTAT

In riferimento alla distribuzione per aree distrettuali si ha il consueto numero maggiore di abitanti nel distretto 2, con un indice di vecchiaia più elevato rispetto al distretto 1.

L'invecchiamento della popolazione è tuttavia in continua crescita in tutto il territorio aziendale, passando dal 160% dell'indice di vecchiaia nel 2019 al 173% nel 2021 ed arrivando ad una percentuale di popolazione anziana (>= 65 anni) pari al 23% del totale nell'ultimo anno.



La superficie del territorio aziendale è di kmq 1.482,98, di cui 938,47 Kmq sono in area di montagna (17 Comuni) e di alta montagna (8 Comuni).

Le peculiarità orogeografiche, con un'estesa zona montuosa a nord e vaste aree collinari a sud, implicano una complessa viabilità, soprattutto nel periodo invernale, con conseguente criticità negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda, e, unitamente alla crescente presenza di anziani, hanno reso necessario mantenere l'apertura di sedi periferiche ed incrementare la presenza di strutture territoriali e di attività domiciliari a garantire i servizi sanitari e socio-assistenziali dell'azienda.

1.2 L'Azienda "in cifre"

Nell'azienda ULSS 7 Pedemontana sono presenti i Presidi Ospedalieri di rete di Bassano e di Santorso ed un Ospedale nodo di rete ad Asiago.

In attuazione della DGR del Veneto 614/2019 di programmazione ospedaliera, è stata realizzata la riorganizzazione delle strutture ospedaliere, con le nuove dotazioni rispetto alle apicalità e ai posti letto.

Tuttavia, in ragione dell'emergenza sanitaria da covid-19, si è potuto iniziare tale processo solo a giugno 2020 e proseguire molto gradualmente, con diverse interruzioni a causa dei ritorni epidemici e della necessità di riattivare posti per pazienti covid.

Posti letto	da DGRV 614/2019	a seguito DDG attuative n.674 del 20/05/2020 e n.227 del 10/02/2021
Presidio Osp. di rete Bassano	378	378
Ospedale nodo di rete Asiago	104	91
Presidio Osp. di rete Santorso	400	371
TOTALE OSPEDALI	882	840

Esclusi posti culla dei Nidi (assistenza neonatale)

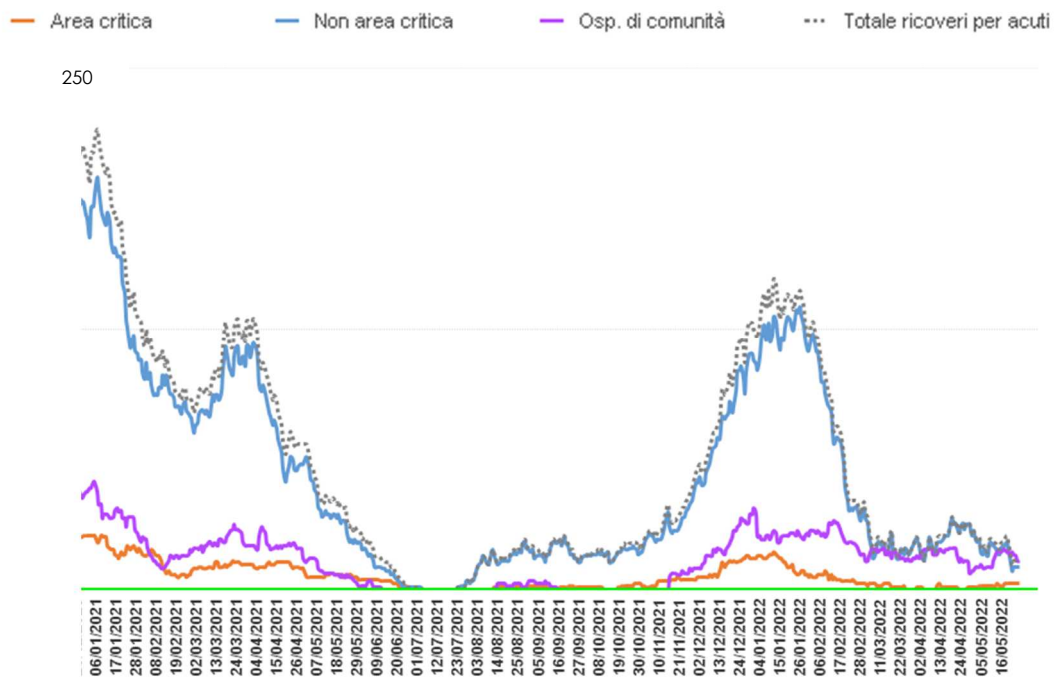
Si presenta la situazione rispetto alle attività ospedaliere erogate, evidenziando la ripresa nel 2021, iniziata per lo più nella 2^ metà dell'anno, tendente a ripristinare i livelli del 2019, dopo l'importante contrazione nel corso del 2020 dovuta alla pandemia.

Attività ospedaliere totale Azienda ULSS 7	**2019**	**2020**	**2021**	***Var % 2021/2020***
Dimissioni	37.801	31.501	33.829	*+7,4%*
Valore DRG	€ 125.922.233	€ 109.413.487	€ 120.840.746	***+10,4%***
Parti	2.321	2.345	2.570	***+9,6%***
Interventi chirurgici	22.620	17.857	20.568	***+15,2%***
Accessi in Pronto Soccorso	137.408	99.495	118.522	***+19,1%***

Infatti, le strutture ospedaliere hanno dovuto modificare le consuete attività di ricovero per rispondere all'emergenza epidemica da Sars-Cov2; ciò ha interessato in particolare l'ospedale di Santorso, ma altresì il Presidio Ospedaliero di Bassano nel corso del 2021. Si riportano i dati di ricovero per covid nei 3 presidi ospedalieri dell'Azienda ULSS 7 nel 2021 e nei primi 4 mesi del 2022.

Ricoveri per covid	Santorso	Bassano	Asiago
PRIMO SEM 2021	1.004	104	68
SECONDO SEM 2021	301	149	1
PRIMI 4 MESI 2022	521	270	15
Totale	**1.826**	**523**	**84**

Si rappresenta di seguito l'andamento dei pazienti ricoverati per covid nel complesso degli ospedali.



L'assistenza specialistica ambulatoriale è garantita tramite servizi propri (principalmente poliambulatori ospedalieri) e 5 strutture private accreditate (2 nel territorio del D1 e 3 nel D2), con attività sempre assai limitata. Rispetto al calo registrato nel 2020, si evidenzia il netto recupero nel 2021; tale incremento complessivo è stato peraltro realizzato a fronte di una leggera contrazione dell'attività dei privati accreditati.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale	**2019**	**2020**	**2021**	***Var % 2021/2020***
Strutture pubbliche escluso Servizi *	649.917	502.852	608.801	*+21,1%*
Strutture pubbliche - solo Servizi **	2.895.378	2.591.893	2.933.447	***+13,2%***
Totale strutture pubbliche	**3.545.295**	**3.094.745**	**3.542.248**	***+14,5%***
Totale Privati accreditati	**71.055**	**112.711**	**106.055**	***- 5,9%***

*Radiologia, Anatomia, Laboratorio e Trasfusionale

**nel Laboratorio sono compresi i tamponi covid

Prestazioni per pz ambulatoriali – fonte Flusso regionale SPS

A causa dell'epidemia, molte prestazioni, sia interventi chirurgici che specialistiche ambulatoriali, sono state sospese e rinviate. La necessità di ripristinare i livelli produttivi antecedenti l'emergenza sanitaria e recuperare le liste d'attesa è stata oggetto di specifici atti di indirizzo, nazionale con, D.L. 104/2020 e regionali con DGR 1329/2020, DGR 759/2021, DGR 1061/2021 e DGR 162/2022.

Come indicato nella DGR 1061 del 03.08.2021, l'Azienda ULSS 7 ha adottato il *Piano Operativo-Attuativo Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa* in conformità ai principi di garanzia del rispetto dei tempi previsti per le diverse classi di priorità ed equo accesso dei cittadini ai servizi attraverso l'applicazione di criteri di appropriatezza. L'alto numero di prestazioni sospese ha influito negativamente anche sul rispetto dei tempi d'attesa. Per tale motivo, l'Azienda ha istituito (deliberazione n. 767 del 7.5.2021) una Cabina di regia per il governo della specialistica e dei tempi di attesa. Le azioni messe in atto hanno permesso il recupero della produttività da agosto 2021 in poi, superando altresì l'obiettivo di riportare i valori della produzione di ricovero e di specialistica ambulatoriale nel secondo semestre del 2021 a quelli dell'analogo periodo del 2019. In sintesi abbiamo:

	Prestazioni sospese a causa epidemia fino al 30/04/2021	Recupero al 31/12/2021 delle prestazioni sospese	variazione Valori produzione 2° semestre 2021 su 2° sem. 2019
Ricoveri chirurgici	1.411	91,6%	+ 10%
Specialistica ambulatoriale	26.669	92,4%	+ 6%

L'azienda è articolata in *due Distretti socio sanitari*, i cui ambiti territoriali coincidono con i bacini delle 2 ex Aziende Ulss n. 3 (D1) e n. 4 (D2). Ciascun distretto è organizzato su 2 centri principali: Bassano e Asiago per il Distretto 1 e Thiene e Schio per il Distretto 2. In entrambi i distretti sono inoltre presenti altre sedi distrettuali e vari servizi afferenti al distretto stesso dislocati sul territorio.
Afferiscono ai servizi ed attività distrettuali rilevanti tipologie assistenziali:

- *Assistenza Primaria*, con un ruolo cardine, di forte interazione con tutte le strutture aziendali ed in particolare con quelle distrettuali; l'attività è garantita da 231 Medici di Medicina Generale, 44 Pediatri di Libera Scelta e 63 medici del Servizio di Continuità Assistenziale, in media nell'anno 2021. L'attenzione per il percorso di sviluppo e potenziamento dell'assistenza primaria ha portato al consolidamento delle reti tra MMG e all'integrazione tra servizi, in particolare, con le *Medicine di Gruppo Integrate (11 MGI + 2 sperimentali)*, finalizzate a garantire un'effettiva continuità dell'assistenza e presa in carico degli utenti. L'assistenza primaria, assieme a tutte le altre U.O., implementa e monitora la più ampia adesione ai PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali). Strumento indispensabile è la *Centrale Operativa Territoriale*, con cui sono assicurate altresì risposte appropriate e continuative alle persone fragili, collegando Ospedale, MMG e Servizi Territoriali.

- *Assistenza Domiciliare,* che risulta sempre più rilevante in relazione all'invecchiamento della popolazione e alla necessità di mantenere il più possibile nell'ambiente familiare o comunque al proprio domicilio le persone più fragili e/o con malattie croniche.
  Pertanto, nel particolare momento epidemico, in cui le persone più anziane e più fragili sono state maggiormente colpite, sono state ancora più importanti le attività erogate al domicilio. In tal senso è diventata rilevante anche l'attivazione e l'operatività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).
  Si riportano alcune informazioni significative:

Assistenza domiciliare ULSS 7	anno 2020	anno 2021	differenza 2021 - 2020	differenza % 2021 - 2020
Utenti	9.778	12.902	3.124	31,9%
Accessi	128.790	126.543	-2.247	-1,7%

Per quanto concerne le USCA, si rileva che, nel biennio 2020-21, sono stati attivati 369 medici per periodi più o meno lunghi, svolgendo le prestazioni di seguito riportate:

attività USCA	
N° pz COVID in carico	6.723
Tamponi Molecolari	6.878
Tamponi Antigenici	5.543
Visite domiciliari	8.542

attività USCA	
Accessi Case di Riposo	1.214
Consigli Telefonici	18.611
Vaccinazioni a domicilio	7.106

Nel corso del 2021 si sono inoltre formalizzati accordi con i MMG e i PLS che hanno consentito di ampliare la capacità di risposta alla pandemia in termini di prevenzione e testing:

attività 2021 per epidemia	*MMG*	*PLS*
Vaccinazioni	53.635	2.096
Tamponi	13.155	3.267

- *Assistenza psichiatrica*, garantita dai Servizi Psichiatrici dei due distretti tramite i 3 Centri di Salute Mentale (Bassano, Thiene e Schio), i 2 servizi dedicati ai Disturbi del Comportamento alimentare, le strutture residenziali e diurne a gestione diretta e l'inserimento di pazienti in strutture gestite dal privato sociale. Nel corso degli ultimi mesi del 2020 e nel 2021 è stata riorganizzata la rete assistenziale psichiatrica, in particolare rispetto alle strutture residenziali del privato sociale ed è stata attivata, a luglio 2021, una nuova tipologia di offerta, la Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP), presso il Complesso Sanitario di Montecchio Precalcino, dotata di 20 posti letto.
  Si riportano in sintesi i dati relativi al numero di pazienti seguiti.

Assistenza psichiatrica	anno 2020	anno 2021	differenza 2021 - 2020	differenza % 2021 - 2020
*n° utenti totali **	5.171	5.568	397	7,7%
ambulatoriali	5.155	5.559	404	7,8%
in centri semiresidenziali	200	185	-15	-7,5%
in strutture residenziali	175	204	29	16,6%

* il totale potrebbe non essere la somma delle singole tipologie poiché uno stesso pz può avere più servizi nell'anno

- Servizi per la tutela ed assistenza socio-sanitaria della *maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia* che fanno riferimento ai 2 Servizi omonimi per distretto, comprendenti i Consultori Familiari (7 sedi), i Servizi di Protezione e Tutela Minori, i Centri per l'Affido e i Servizi di Neuropsichiatria Infantile. L'utenza in carico nel corso del 2021 è stata la seguente:

Servizi Infanzia, Adolescenza e Famiglia	Consultori Familiari	Tutela Minori	Centri per l'Affido	Neuropsichiatria Infantile
n° utenti in carico 2021	6.441	1.431	620	4.924

- *Assistenza ai Disabili*, erogata mediante 19 strutture residenziali con un totale di 331 posti letto e 18 strutture semiresidenziali, con 400 posti. Per gli utenti con disabilità sono inoltre attivi servizi specifici di promozione e integrazione (inserimenti lavorativi, integrazione scolastica, assistenza psicologica, attività sportive).
- *Assistenza agli Anziani* erogata mediante 35 Centri di Servizi per anziani non autosufficienti con oltre 3.000 posti letto; di queste strutture, 4 sono per Religiosi, per complessivi 162 posti.
- *Strutture residenziali specifiche*: 3 *Hospice per malati terminali,* che si configurano come strutture intermedie, per un totale di 22 posti letto, di cui 2 hospice attivi da tempo e 1 aperto a inizio 2022 ad Asiago; 2 strutture per l'*Alta Protezione Alzheimer (SAPA)* per complessivi 18 posti letto e 2 strutture per gli *Stati Vegetativi Permanenti (SVP)* con un totale di 14 posti letto.
- *Strutture sanitarie intermedie*: oltre ai 3 Hospice di cui sopra, 2 *Ospedali di Comunità (ODC)*, a Marostica nel D1, con 20 posti letto e a Malo nel D2 con 15 posti; 2 *Unità Riabilitative Territoriali (URT)*, a Malo, con 22 posti e, attivata da ultimo nel 2021, a Marostica, per un totale a regime di 20 posti.

Si riportano le principali informazioni relative alla *semiresidenzialità* e alla *residenzialità extraospedaliera*, sia per i *disabili* che per gli *anziani non autosufficienti*.
Si rileva che, in tale contesto, l'epidemia aveva portato, nel 2020, alla chiusura dei servizi diurni e al blocco dei centri sollievo, con sostituzione in parte con attività a distanza, nonché grandi criticità per la gestione delle strutture residenziali, sia per l'approccio psicosociale ad ospiti e familiari che per la difficoltà di reperimento del personale, sia per l'individuazione di spazi per l'isolamento che per la condivisione di protocolli di igienizzazione e sicurezza. Nel corso del 2021, a seguito dell'intensa campagna di vaccinazioni anti covid, è stata possibile una ripresa, ancorché non completa, delle normali attività.

Attività semiresidenziale	*2020*	*2021*	*differenza 2021-2020*	*differenza % 2021-2020*
Centri Diurni per Disabili				
n. utenti	425	387	-38	-8,9
n. giornate assistenza	67.057	73.131	6.074	9,1
Centri Diurni per Anziani Non Autosufficienti				
n. utenti	161	166	5	3,1
n. giornate assistenza	15.588	22.381	6.793	43,6

Inoltre, già dall'inizio dell'emergenza, per liberare posti negli ospedali da dedicare all'assistenza dei casi più gravi, era emersa la necessità di attivare strutture residenziali dove ospitare pazienti positivi non più bisognosi di assistenza ospedaliera o negativizzati che non potevano rientrare subito al domicilio. A tale scopo, è stato subito dedicato l'ODC di Marostica e in seguito è stata trasformata la RSA per anziani di Marostica ed attivata una struttura a Montecchio Precalcino. Si è dovuto inoltre predisporre posti per utenti negativi, per lo più anziani, che non potevano stare a domicilio a causa dell'implicazioni dell'epidemia; sono stati perciò stipulati contratti ad hoc con i centri di servizio 'OIC di Thiene', 'Residenza Villa Serena' a Bassano e 'Villa Miari' a Santorso.

Attività residenziale	*2020*	*2021*	*differenza 2021-2020*	*differenza % 2021-2020*
strutture residenziali per Disabili				
n. utenti	357	336	-21	-5,9
n. giornate assistenza	109.216	107.502	-1.714	-1,6
Centri Servizi per Anziani Non Autosufficienti				
n. utenti	3.642	3.385	-257	-7,1
n. giornate assistenza	726.542	786.543	60.001	8,3
strutture intermedie per malati terminali (Hospice)				
n. utenti	282	253	-29	-10,3
n. giornate assistenza	3.501	3.779	278	7,9
*strutture intermedie ODC e URT **				
n. utenti	228	478	250	109,6
n. giornate assistenza	7.237	14.676	7.439	102,8
*strutture extraospedaliere "covid" ***				
n. utenti	384	548	164	42,7
n. giornate assistenza	7.145	8.296	1.151	16,1

* Nel 2021 attivazioni ODC-Malo e URT-Marostica; ODC Marostica riconvertito covid per lunghi periodi 2020 e 2021

** Nuclei aperti/riconvertiti a seguito emergenza, sia per pz covid positivi che negativizzati e negativi

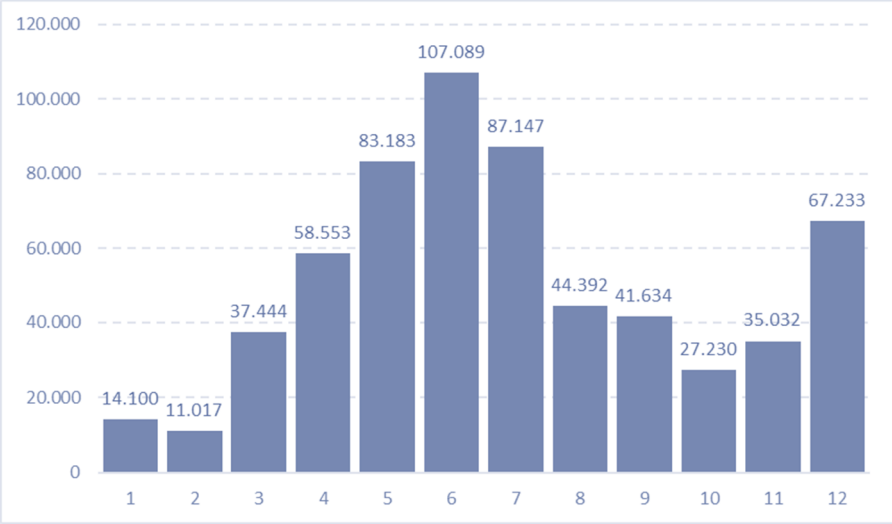
Nel corso degli ultimi 2 anni, l'impegno rivolto alla *gestione e al contrasto dell'emergenza epidemica da Sars-CoV2* ha portato alla contrazione o sospensione delle consuete attività; ciò ha decisamente interessato i Servizi del *Dipartimento di Prevenzione*.
Questo infatti è andato a ricoprire un ruolo centrale nelle attività di contenimento dell'epidemia, in particolare, nel 2020 con la gestione operativa e le attività di tracciamento e nel 2021 per le attività di vaccinazione anti covid-19.
A causa dell'epidemia ha dovuto però rimandare alcune prestazioni, come le vaccinazioni pediatriche e gli screening o tralasciarne altre, come la sorveglianza nutrizionale, almeno per il primo periodo dell'emergenza, riuscendo comunque a recuperare parecchie attività nel corso del 2021.
In particolare, per gli *screening oncologici*, si evidenzia un sostanziale recupero delle prestazioni erogate, contribuendo a realizzare l'obiettivo dei livelli prestazionali del 2019. È stato quindi aumentato il numero di soggetti controllati e sono state raggiunte le coperture come di seguito riportato:

tassi di copertura (% persone che hanno effettuato il test)

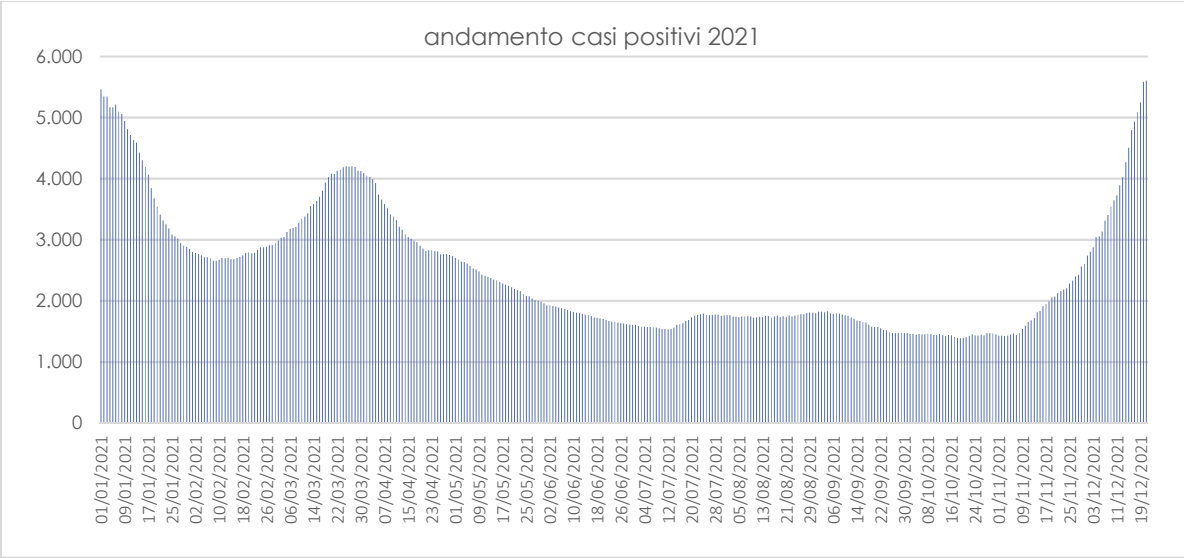
	soglie	2019	2020	2021
screening mammografico	>= 65%	83,7%	50,2%	74,3%
screening citologico	>= 60%	63,5%	45,3%	69,7%
screening colon-retto	>= 60%	70,2%	52,4%	72,4%

Tuttavia, il Dipartimento nel 2021 ha continuato ad essere impegnato in modo prevalente nelle attività collegate all'emergenza, in particolare per l'*organizzazione e la gestione delle vaccinazioni contro il covid-19*, che hanno prodotto le quantità di somministrazioni come di seguito rappresentato (con picco giornaliero di 5.160 dosi) e raggiungendo elevate coperture della popolazione, in particolare per le età più anziane (97% over 80, con ciclo completo nel 2021).

Numero vaccinazioni anti-covid eseguite per mese



Accanto a ciò, è da rilevare l'attività di contact tracing e di gestione dell'emergenza in generale, dovuta ai numerosi casi positivi presenti e all'aumento, soprattutto negli ultimi 2 mesi del 2021, con picchi giornalieri di 500 nuovi casi.

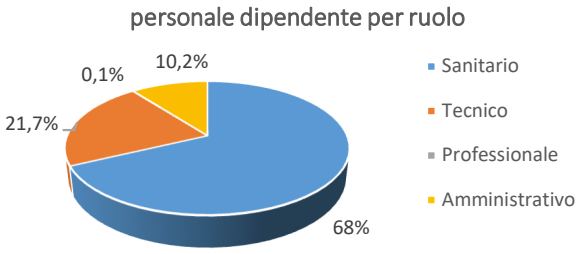


L'Azienda ULSS 7 si avvale prevalentemente di *personale dipendente* a tempo indeterminato o determinato.

Il personale dipendente al 31.12.2021 è pari a 4.119 unità, espresso in tempi pieni equivalenti come riportato nella nota integrativa del bilancio consuntivo 2021, dei quali n. 505 appartengono all'area della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Per quanto riguarda la composizione del personale fra i due generi, il dato generale conferma una maggior presenza delle donne, pari al 77% dei dipendenti.

Rispetto alla composizione per ruolo, si registra la seguente distribuzione percentuale, ormai stabile da anni:



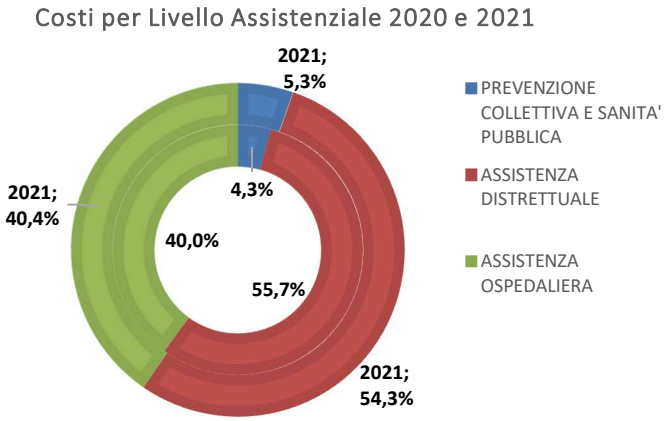
Si evidenzia che a partire dal 2020, per far fronte all'emergenza sanitaria e alla carenza di personale necessari per svolgere le nuove attività collegate, l'Azienda ha attivato numerosi contratti co.co.co. e libero professionali per medici e infermieri.

Dal punto di vista *economico-finanziario*, l'analisi del bilancio consuntivo 2021 mostra un miglioramento del risultato d'esercizio rispetto al 2020, come riportato nella tabella sottostante, con un risultato 2021 al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid pari ad € 1.267.462.
Con riferimento all'esercizio in corso, si evidenzia che il Bilancio Economico Preventivo (BEP) 2022 presenta un miglioramento in sede previsionale rispetto al BEP 2021 (risultato di esercizio previsto nel BEP 2022 pari a € -61.250.183, rispetto ad €-68.648.951 del BEP 2021). Si precisa, tuttavia, che in sede previsionale il risultato d'esercizio risulta inevitabilmente influenzato dai minori finanziamenti regionali indicati provvisoriamente da Azienda Zero nelle more del riparto definitivo.

	Bilancio Economico Preventivo 2022	*Bilancio Economico Preventivo 2021*	*Bilancio Consuntivo 2021*	*Bilancio Consuntivo 2020*
Valore della produzione	*668.922.246*	*644.786.109*	730.581.335	679.777.179
Costi della produzione	*715.466.543*	*698.699.722*	724.719.771	682.163.852
Proventi e oneri finanziari			21.121	2.665
Proventi e oneri straordinari	*2.800*		2.142.185	3.518.760
Imposte e tasse	*14.708.686*	*14.735.338*	14.294.691	13.577.784
Risultato d'esercizio	*- 61.250.183*	*- 68.648.951*	-6.269.822	-12.443.032
Risultato d'esercizio al netto dei maggiori costi/ricavi COVID			**+ 1.267.462**	**+ 271.637**

Fonte Bilancio Area sanitaria

Rispetto alla distribuzione dei costi per livello assistenziale, si rileva la seguente situazione:



2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Vengono qui definiti gli obiettivi strategici e operativi, stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione economico-finanziaria, da raggiungere per soddisfare i bisogni di salute di cittadini e comunità, nonché per promuovere il benessere organizzativo e lavorativo e per realizzare le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza amministrativa.

2.1 Valore Pubblico

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, quale ente pubblico del Servizio Sanitario, ha come missione rispondere alla domanda di salute della comunità e dei cittadini, erogando prestazioni di assistenza sanitaria, socio -sanitaria e sociale come definito dalla programmazione regionale, secondo principi di buon andamento dell'amministrazione e orientando la propria organizzazione e attività sui bisogni della persona, sull'integrazione tra servizi sanitari e la comunità locale e sullo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi.

L'Azienda definisce le strategie correlate alla "mission" aziendale e ai bisogni di salute, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo, delineando il posizionamento a cui ambisce e il valore pubblico che intende creare.

La visione strategica dell'azienda consiste nell'essere parte di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

Tale complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità ed integrazione di risposte e percorsi assistenziali.
Da ciò risulta indispensabile sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema, riprogettando le modalità di offerta e di erogazione dei servizi, con la più ampia sinergia tra servizi ospedalieri e territoriali, nonché attivando alleanze sia all'interno dell'organizzazione, favorendo l'espressione del potenziale professionale e umano degli operatori, sia all'esterno, incentivando la partecipazione dei vari stakeholder, dalle autonomie locali agli organismi, enti e associazioni che entrano nel sistema di produzione dei servizi.

I risultati in termini di soddisfazione dei bisogni di salute rappresentano il valore pubblico, per il cui raggiungimento l'Azienda definisce le linee strategiche e gli obiettivi operativi, derivati in larga parte dalle scelte regionali (PSSR e Obiettivi annuali di salute e funzionamento dei servizi) ma anche da scelte specifiche per risolvere situazioni aziendali contingenti, realizza quindi le azioni e gli interventi e monitora i relativi indicatori, elaborando misure correttive o migliorative quando necessario.

In tale contesto, il raggiungimento degli obiettivi strategici di salute e di funzionamento dei servizi porta alla creazione di valore pubblico e gli indicatori misurati per verificarne il livello rappresentano la dimensione dell'impatto ottenuto.

Si rinvia pertanto alle successive trattazioni, dove sono riportati puntualmente risultati attesi, obiettivi e misure, derivanti dalle linee strategiche direttamente impattanti sul soddisfacimento dei bisogni di salute e sull'erogazione dell'assistenza (integrazione, potenziamento, sostenibilità, flessibilità di cui al Piano delle *Performance*) e da quelle indirette, funzionali al sistema, dalla trasparenza e comunicazione, per aumentare la capacità di rendere conto e di interfacciarsi con utenti e stakeholder, alla prevenzione della corruzione per ridurre i rischi di distorsione delle risorse, dall'organizzazione per renderla più flessibile alle esigenze operative e all'integrazione delle attività, allo sviluppo delle risorse umane valorizzando la performance individuale, garantendo le pari opportunità e la formazione.

2.2 Performance

La performance è un concetto centrale nella programmazione e controllo aziendali, introdotto dal D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita.
Ne precede pertanto l'individuazione degli obiettivi, strategici ed operativi, ne consegue la verifica dei risultati e la misurazione e valutazione della *performance*, intesa come:
- performance *aziendale*, con la definizione degli obiettivi strategici aziendali, prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici assegnati dalla Regione e relativa misurazione del loro raggiungimento,
- performance *organizzativa*, ossia a livello di singola Unità Operativa (di seguito U.O.) quali Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo Centro di Responsabilità, a cui sono assegnati obiettivi operativi derivanti dalla programmazione strategica;
- performance *individuale*, ossia dei singoli dipendenti, afferenti sia alle aree contrattuali della dirigenza che a quella del comparto.

I processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono pertanto sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, integrandosi con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo procedure e criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato a precisi ambiti di valutazione che contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, risorse, processi, prodotti, qualità).
In tal senso, questo è strettamente collegato alla necessità di creare valore pubblico. E' importante, infatti, che la valutazione delle performance sia condotta nell'ottica di miglioramento dei servizi offerti e avendo cura di tutti gli elementi di cui si compone il valore pubblico.

Gli obiettivi di performance sono definiti nella linea strategica aziendale esplicitata nel *Piano della Performance 2022-2024*, già adottato dall'Azienda ULSS 7 per le motivazioni citate in premessa e che da ora viene riassorbito nel PIAO. Unitamente al Piano Performance, l'Azienda ha adottato il *Documento delle Direttive 2022*, quale documento di programmazione annuale che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi operativi aziendali. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi inseriti nelle schede di budget delle U.O. e approvati con delibera n.967 del 27.05.2022.

2.2.1 La pianificazione strategica

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le indicazioni provenienti da:
Programmazione regionale, volta a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, in capo alla Giunta e al Consiglio regionale.
In particolare, la DGR del Veneto n. 2172/2016 dispone che le Aziende ULSS siano valutate in relazione:

- alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della *Giunta Regionale*, con peso del 60% (fino ad un massimo di 60 punti);
- al rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del *Consiglio Regionale* (v. Quinta Commissione prot. CR 0017279 del 11.11.2021. nota Regione Veneto prot. 543347 del 19.11.2021), con peso del 20% (fino ad un massimo di 20 punti)).

Programmazione territoriale, La *Conferenza dei Sindaci*, unitamente alla Giunta e al Consiglio Regionale, è coinvolta nel processo di valutazione dell'attività delle Aziende Sanitarie. La stessa DGR 2172/2016 ne prevede la competenza in relazione alla qualità ed efficacia dell'*organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio* delle aziende ULSS, con un peso del 20% (fino ad un massimo di 20 punti).
Nel complesso, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR, vengono considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui sia conseguito un risultato totale di almeno il 70% in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai soggetti coinvolti nel procedimento.
Progettualità aziendali Oltre agli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalla programmazione territoriale, saranno sviluppati *progetti e obiettivi specifici aziendali* finalizzati al miglioramento continuo sia in termini di efficacia che di efficienza, seppure l'attività sarà condizionata dall'evolversi dell'emergenza da Covid-19.

In tale contesto, vengono definiti gli obiettivi strategici pluriennali, di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali. Per il triennio 2022-2024, sono individuate quattro *macro aree strategiche* rispetto alle quali la Direzione aziendale identifica gli obiettivi e linee di indirizzo e di azione.

1. INTEGRAZIONE

Gli obiettivi strategici dell'Azienda si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale che, in un contesto in forte evoluzione, predilige una logica di sistema e di rete con bacini di utenza provinciali o sub provinciali. L'obiettivo è pertanto spingere ulteriormente verso una riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due Distretti, che sarà sviluppata:
- *in ambito ospedaliero* attraverso l'organizzazione "orizzontale" transmurale dei Dipartimenti, effettuata anche con la proposta di aggiornare l'Atto Aziendale;
- i*n ambito territoriale* anche attraverso la definizione degli interventi e degli investimenti inseriti nel PNRR;
- *nell'area dei servizi tecnico-amministrativi* attraverso l'omogeneizzazione ed unificazione di sedi, attività e procedure operative e informatiche.

La riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due distretti verrà attuata, altresì, attraverso l'individuazione e l'interscambio delle buone pratiche adottate, al fine dello sviluppo delle sinergie e della diffusione di soluzioni organizzative meglio rispondenti al perseguimento degli obiettivi aziendali.

2. POTENZIAMENTO

Fornire le migliori e le più appropriate cure possibili e garantire adeguati standard qualitativi dei servizi e delle prestazioni, in particolar modo nell'attuale contesto senza precedenti caratterizzato dall'emergenza Covid-19, rappresentano principi cardine per l'Azienda. In quest'area rientrano gli obiettivi di incremento dei volumi prestazionali, tale da permettere sia il completo recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza che il ripristino delle attività antecedenti il periodo pandemico, nonché di rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni.

3. SOSTENIBILITÀ

Tutelare e migliorare la salute della popolazione assistita, garantendo servizi di qualità in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza sono obiettivi prioritari per l'Azienda. A tal fine risulta fondamentale l'adozione e il miglioramento di strumenti di governo per il monitoraggio, il governo dei costi e la gestione efficiente dei servizi.

4. FLESSIBILITÀ

Rispondere tempestivamente alle fasi acute della pandemia e al ripristino della gestione dell'attività ordinaria nelle fasi post pandemiche rappresenta, mai come in questi due anni, un obiettivo prioritario per l'Azienda. Risulta pertanto indispensabile la definizione e lo sviluppo di modelli organizzativi che rispondano rapidamente al cambiamento dei bisogni.
In quest'ottica, al fine di dare informazioni utili e chiare, che rispondano tempestivamente alle domande dei cittadini, l'Azienda Ulss7 Pedemontana intende sviluppare un piano di comunicazione, anche attraverso un nuovo sito internet, che accompagni i cittadini nella conoscenza non solo dei servizi offerti ma anche delle esperienze aziendali che hanno permesso di ottenere i migliori risultati (best practice).

2.2.2 Gli obiettivi operativi

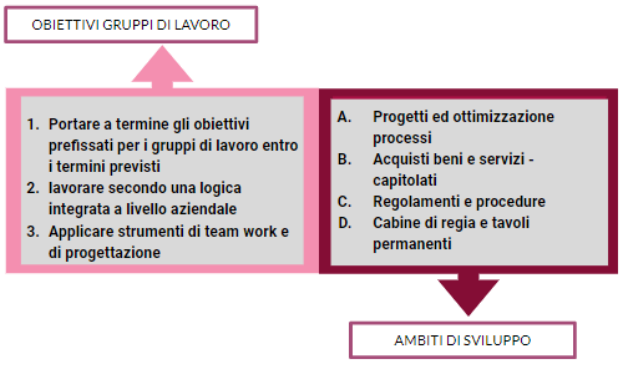
Gli ultimi 2 anni sono stati particolari dal punto di vista sanitario, contrassegnati dall'emergenza causata dal virus Sars-Cov-2. La pandemia ha fortemente caratterizzato le politiche sanitarie messe in atto dal Governo e dall'Amministrazione Regionale con conseguenti ricadute sui livelli dei servizi e sui costi di produzione.

Tutto ciò continuerà inevitabilmente ad influire anche sulla programmazione 2022. Per questo motivo, e coerentemente con gli *obiettivi di salute e funzionamento*, vengono definiti per l'anno in corso obiettivi direttamente correlati alle attività da porre in essere per la ripresa delle attività specifiche in relazione alle macro aree aziendali.

Gli obiettivi presi a riferimento sono quelli definiti con DGR n. 958 del 13.07.2021, che sono aggiornati con le modifiche e le integrazioni previste dalla recente DGR n. 709 del 14.06.2022 per l'anno in corso (nota regionale prot.n. 275196 del 20.06.2022). Di fatto l'integrazione operativa dei nuovi obiettivi avverrà non appena perverrà il previsto documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi (c.d. Vademecum).

Saranno altresì sviluppati *progetti specifici aziendali*, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto già nel corso del 2021 l'avvio di gruppi multidisciplinari (gruppi di lavoro/cabine di regia) finalizzati allo sviluppo sinergico delle progettualità aziendali con definizione di soluzioni organizzative per l'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse.

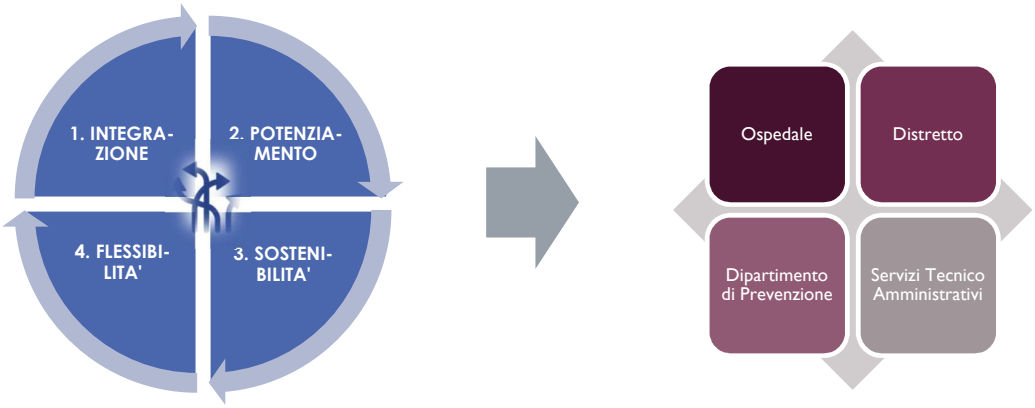
Sono più di 30 i gruppi di lavoro multidisciplinari avviati nell'ultimo anno, strutturati in quattro ambiti di sviluppo principali: gruppi di lavoro per progetti e per l'ottimizzazione dei processi, gruppi di lavoro per l'acquisto di beni e servizi (gare e capitolati), gruppi di lavoro per la stesura di regolamenti/ procedure e cabine di regia e tavoli permanenti aziendali.



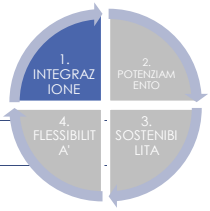
Per ciascuna delle macro aree strategiche sopra descritte, rispetto alle quali la Direzione Strategica identifica gli obiettivi e linee di indirizzo e di azione per il triennio 2022-2024, vengono di seguito riportati gli obiettivi operativi, gli indicatori e le soglie di soddisfazione, nonché l'area strategica e le strutture di riferimento.

Gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale sono contrassegnati con a lettera "R", quelli specifici aziendali vengono indentificati con la lettera "A".

Gli obiettivi operativi vengono esplicitati con evidenza delle strutture di riferimento per le diverse aree produttive aziendali: *Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione e Servizi Tecnico Amministrativi.*



Obiettivo Strategico 1: Integrazione



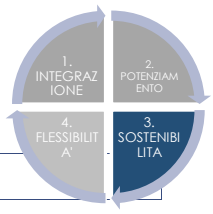
OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Sviluppo di percorsi assistenziali integrati tra gli Ospedali (presidi di Bassano, Asiago e Santorso)	A	Numero di percorsi attivati	>=3	>=3
Attuazione del nuovo Atto Aziendale	A	Attuazione delle modifiche organizzative conseguenti all'adozione del nuovo Atto Aziendale	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Sviluppo di percorsi integrati Ospedale-Territorio	A	Numero di percorsi attivati	>=3	>=3
Omogeneizzazione ed unificazione sedi, attività, procedure operative e informatiche per l'integrazione dei servizi tra i due Distretti	A	Attuazione delle attività secondo cronoprogramma condiviso con la Direzione Strategica	100% attività programmate	100% attività programmate

Obiettivo Strategico 2: Potenziamento

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	R	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>=90%	>=90%
		% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	>=80%	>=80%
		% di parti cesarei primari	≤ 20% se ≥ 1.000 parti all'anno ≤ 15% se < 1.000 parti all'anno	≤ 20% se ≥ 1.000 parti all'anno ≤ 15% se < 1.000 parti all'anno
		Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	>90%	>90%
Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	R	Relazione di monitoraggio dei microorganismi sentinella inviati alla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione
Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale	R	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	Invio dei report trimestrali nel rispetto delle scadenze definite dalla Regione	Invio dei report trimestrali nel rispetto delle scadenze definite dalla Regione
Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	R	% MGI con valore IVAQ sufficiente (>=0,65)	100%	100%
Attività di recupero delle prestazioni in lista d'attesa di ricovero e specialistica ambulatoriale (DGR 162 del 22 febbraio 2022)	R	Attuazione strumenti straordinari per il recupero delle prestazioni in lista d'attesa nel rispetto dei tempi previsti per ciascuna classe di priorità	100% di quanto previsto	100% di quanto previsto
		Ripristino dei volumi prestazionali antecedenti il periodo pandemico	Ripristino del 100% dei volumi	Secondo programmazione regionale
Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	R	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi previsti della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>95% per priorità B e sottoinsieme prestazioni traccianti	>95% per priorità B e sottoinsieme prestazioni traccianti
Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	R	Consumo pro capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	valore compreso tra 40% e 60%	valore compreso tra 40% e 60%
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	R	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)	Soglia definita dalla Regione
		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)	Soglia definita dalla Regione
		Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	Soglia definita dalla Regione
Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	R	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale	R	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione
		Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione	Rendicontazione attività secondo tempistiche definite dalla Regione
Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	R	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	<=4	Soglia definita dalla Regione
Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021	R	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	100% programmazione rispettata	100% programmazione rispettata
Attuazione Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	R	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARSCoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	Soglie definite dalla programmazione regionale	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Rafforzare le azioni di contact tracing	>=70% dei casi diagnosticati	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	>=60% dei nuovi casi (totale anno) sintomatici contiene la 'data di inizio sintomi'	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	% vaccinati (con ciclo completo) nella popolazione vaccinabile over 60, per ogni fascia di età decennale >=80%%	Soglie definite dalla programmazione regionale
		Efficienza nel processo vaccinale: utiilzzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer	>=30%	Soglie definite dalla programmazione regionale
Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/8/2020	R	Copertura vaccinazione antinfluenzale nella popolazione >=60 anni	>=75% (obiettivo minimo perseguibile) >=95% obiettivo ottimale	>=75% (obiettivo minimo perseguibile) >=95% obiettivo ottimale
		Copertura vaccinazione antinfluenzale negli operatori sanitari	>=60%	>=60%
Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACHCLP)	R	Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	>=95%	>=95%
Contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro	R	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus Sars-Cov-2 nelle attività produttive	>=15%	>=15%
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	R	% aziende bovine controllate per anagrafe	>=3% delle aziende	>=3% delle aziende
Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare	R	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	>1	>1

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Rispetto degli standard di copertura per screening	R	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	>=65%	>=65%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	>=60%	>=60%
		Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	>=60%	>=60%
Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	R	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attesa	Partecipazione di un numero di persone pari a quello richiesto dall'Area Sanità e Sociale	Secondo programmazione regionale
	R	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	Alimentazione nel gestionale di sala operatoria della rilevazione di tempi operatori	Secondo programmazione regionale
Attuazione attività del PNRR	R	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	100%	100%
Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	R	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	95%/98%	95%/98%
Attività propedeutiche ad avvio SIO	R	Effettuazione del 100% delle attività secondo indicazioni regionali (5 indicatori)	100%	100%
Prenotazione on line (interoperabilità)	R	Effettuazione del 100% delle attività secondo indicazioni regionali (4 indicatori)	100%	100%
Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	R	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%	100%
Soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” ai sensi del comma 3 ter dell’Art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010	R	% richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%
Monitoraggio dei rischi corruttivi dei processi mappati dal Piano Anticorruzione con Gzoom	A	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti	Misurazione quadrimestrale degli indicatori definiti
Sviluppo e attuazione delle attività definite dai gruppi di lavoro multidisciplinari aziendali/cabine di regia	A	Attuazione delle attività programmate e formulazione di soluzioni innovative	100% delle attività programmate	100% delle attività programmate
Sviluppo della Telemedicina	A	Prosecuzione della sperimentazione in Telemedicina in ambito territoriale e ospedaliero con rendicontazione delle attività	Rendicontazione dell’attività nel rispetto dei tempi definiti	Rendicontazione dell’attività nel rispetto dei tempi definiti



Obiettivo Strategico 3: Sostenibilità

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Rispetto della programmazione regionale sulle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	R	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Pareggio di bilancio	Soglia definita dalla Regione
Efficienza finanziaria	R	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (indicatore di tempestività dei pagamenti)	<= 0 gg	Soglia definita dalla Regione
Efficienza finanziaria	R	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0%	Soglia definita dalla Regione
Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	R	Stato di avanzamento di lavori edilizi e impiantistici per l' attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	Relazione sugli stati di avanzamento secondo indicazioni regionali	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari	R	Limite di Costo Farmaceutica Acquisti diretti (Decr. 40 del 16.3.2022)	Farmaci acquisti diretti al netto dei farmaci innovativi € 41.873.825 Farmaci innovativi € 4.269.516	Soglia definita dalla Regione
		Limite di Costo Dispositivi Medici (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 27.562.536	Soglia definita dalla Regione
		Limite di Costo IVD (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 5.072.080	Soglia definita dalla Regione
		Rispetto dei limiti di costo per DPC (Decr. 40 del 16.3.2022)	Limite di costo per farmaci € 11.275,177 Limiti di costo per DM €1.157.070	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	R	Limite di costo Farmaceutica Convenzionata (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 35.868.899	Soglia definita dalla Regione
		Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	Valore < valore medio delle 3 migliori performance aziendali del 2020	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	R	Costo pro capite Assistenza Integrativa (Decr. 40 del 16.3.2022))	€ 16,50	Soglia definita dalla Regione
Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	R	Costo pro capite per Assistenza Protesica (Decr. 40 del 16.3.2022)	€ 9,60	Soglia definita dalla Regione
Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	R	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	Sì	Sì

Obiettivo Strategico 4: Flessibilità

OBIETTIVO	TIPO OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2022	TARGET BIENNIO 2023-2024
Sviluppo di modelli organizzativi per la gestione e il contrasto al Covid e alla ripresa dell'attività sanitaria ordinaria	A	Attuazione delle attività necessarie per fornire risposte tempestive e uniformi	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Definizione di modelli organizzativi per il recupero della produttività	A	Definizione dei modelli organizzativi e attuazione delle attività necessarie per il recupero della produttività	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Sviluppo di modelli organizzativi per la gestione della crisi Ucraina	A	Definizione dei modelli organizzativi e attuazione delle attività necessarie per la gestione della crisi Ucraina	100% delle attività previste	100% delle attività previste
Sviluppo piano di comunicazione	A	Stesura e sviluppo del piano di comunicazione	100% delle attività previste	100% delle attività previste

2.2.3 Il sistema di misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione delle performance adottato dall'Azienda ULSS 7 Pedemontana definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance. Questo prende avvio con il Piano della Performance, con cui si individuano gli obiettivi aziendali derivanti da indicazioni regionali e si esplicita attraverso la declinazione degli obiettivi di budget delle strutture aziendali, complesse e semplici dipartimentali, secondo una determinata tempistica.

Il ciclo di gestione della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale, con la redazione del Bilancio Economico Preventivo.
Alla chiusura dell'esercizio di budget si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, nonché della performance individuale del personale dirigente e di quello del comparto secondo quanto previsto dai contratti integrativi aziendali e dai regolamenti aziendali in materia.

Il sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dall'individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo. Esso è fondato su elementi essenziali quali gli obiettivi, gli indicatori, l'infrastruttura di supporto, il processo, gli ambiti di valutazione e la pubblicazione della Relazione sulla Performance nel sito aziendale, nella sezione "Amministrazione trasparente".

2.2.4 Obiettivi e performance per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere

L'Azienda USS 7 Pedemontana intende promuovere interventi tesi non solo al superare le disparità di genere tra le lavoratrici ed i lavoratori, ma anche volti a migliorare il benessere organizzativo complessivo e a sviluppare la cultura di genere e di sostegno alle pari opportunità all'interno dell'ente e nella comunità.

Le iniziative proposte, riportate nel documento di lavoro per la predisposizione del *Piano triennale delle Azioni Positive*, redatto dal Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG), hanno quindi l'intento di:

1) creare le condizioni affinché i/le dipendenti esprimano al meglio il loro potenziale nel realizzare la missione dell'Azienda, per cui s'intende definire un progetto di miglioramento organizzativo, attraverso la mappatura delle competenze e dell'affidamento degli incarichi, che possa valorizzare anche le differenze di genere e le pari opportunità;

2) rimuovere eventuali ostacoli che impediscano di realizzare pari opportunità nel lavoro, per garantire il massimo equilibrio possibile tra i generi nelle posizioni e negli incarichi, sia per i ruoli dirigenziali che del comparto;

3) favorire politiche di conciliazione tra responsabilità familiari e professionali attraverso azioni che prendano in considerazione sistematicamente le differenze, le condizioni e le esigenze di donne e uomini all'interno dell'organizzazione, ponendo al centro dell'attenzione la persona e contemperando le esigenze dell'amministrazione con quelle delle dipendenti e dei dipendenti. In tale ambito, gli interventi che s'intende mettere in atto sono molteplici e sono così riassunti:

Titolo	Conciliazione vita personale/familiare e lavoro
Destinatari	Tutto il personale
Obiettivo	Migliorare la qualità di vita dei lavoratori
Descrizione interventi	*1) Lavoro agile e smart working L.124/2015 e direttiva n. 3/2017:* A seguito della sperimentazione di questa tipologia di rapporto di lavoro in situazione di emergenza sanitaria, l'Azienda adotta il Regolamento per l'ingresso a regime della modalità di lavoro agile; si propone che sia con il coinvolgimento dal 30% al 50% dei lavoratori aventi diritto, garantendo pari opportunità e non discriminazione ai fini del riconoscimento di professionalità e progressione di carriera. L'utilizzo del lavoro agile deve essere funzionale ad introdurre soluzioni organizzative tese allo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e all'incremento della produttività, oltre che ottimizzare l'introduzione di nuove tecnologie, conseguendo economie di gestione. *2) Creazione di un orario per particolari situazioni di disagio*: Possibilità di modulare l'orario di lavoro settimanale per determinate categorie di lavoratori (da definire) con un'articolazione concordata con il dirigente, eventualmente rinnovabile ogni 6 mesi. *3) Misure per ridurre i tempi di assenza*: possibilità da parte del personale di accedere ad una fascia oraria per i prelievi ematici e per le visite specialistiche proprie o dei figli minori o propri familiari non autosufficienti, compatibili con le esigenze dell'orario di servizio, al fine di limitare le richieste di permessi di assenza dal posto di lavoro. *4) Orari di lavoro per il personale turnista*: Definizione degli orari per il personale turnista con partner anch'esso turnista che tenga conto delle esigenze familiari, anche al fine di prevenire le richieste di mobilità aziendale o trasferimenti. *5) Aree adibite a sosta mezzi per dipendenti con particolari esigenze*: Individuare in ogni sede di lavoro aziendale soste mezzi riservati al personale con disabilità anche temporanee e alle lavoratrici in gravidanza. *6) Sostenere una cultura che impatti positivamente sull'ambiente*: situare sulla base delle esigenze, rastrelliere per il parcheggio bici. Iniziative per eliminare l'uso di plastica
Soggetti Responsabili	Servizio per il Personale – Direzione Strategica - Direzione delle Professioni Sanitarie – DMO – Distretto - Provveditorato
Indicatori di risultato	- Regolamento lavoro agile con definiti criteri e modalità per punti 2,-3 e 4; - Presenza di posti macchina per lavoratrici in gravidanza o personale con disabilità in ogni posto di lavoro proporzionati al numero di dipendenti. - Presenza di rastrelliere nelle sedi di lavoro aziendali

4) Attivare specifici percorsi di reinserimento nell'ambiente di lavoro del personale al rientro del congedo per maternità/paternità e altre tipologie di assenza di lunga durata, con interventi come di seguito presentati:

Titolo	Misure di supporto per il rientro al lavoro e le attività di cura famigliare
Destinatari	Il personale che rientra da lunghe assenze dal lavoro
Obiettivo	Supportare il personale che rientra dopo lunghe assenze dal lavoro

Descrizione interventi	1) *Rientriamo*: percorso informativo per i lavoratori che rientrano dal congedo parentale o aspettativa utili anche per i nuovi assunti; 2) *Asili nido*: avviare degli asili nido distrettuali che rispondano alle esigenze organizzative ed economiche del personale dipendente anche attraverso convenzioni o accordi con gli enti pubblici locali.
Soggetti Responsabili	Direzione Strategica– Direzione Professioni Sanitarie – Gestione Risorse Umane – con il coinvolgimento attivo dei Psicologi
Indicatori di risultato	- Vademecum per il personale che raccolga informazioni utili su diritti e strumenti di richiesta (anche in video) - Progetto Nidi- Relazione valutativa del progetto Nidi

5) Promuovere la cultura di genere attraverso il miglioramento della comunicazione e della diffusione delle informazioni sui temi delle pari opportunità, per cui risulterà rilevante la seguente azione:

Titolo Azione	Il Codice Condotta ed il CUG
Destinatari	Tutto il personale
Obiettivo	Promuovere in tutte le articolazioni dell'Azienda e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione diretta ed indiretta
Descrizione intervento	- Inviare via mail a tutto il personale il codice condotta; - Pubblicare sulla bacheca angolo del dipendente il codice condotta; - Inserire codice condotta nel sito del CUG; - Al momento dell'assunzione consegnare codice condotta; - Consegnare alle Organizzazioni Sindacali, alle Ditte che svolgono attività lavorativa nell'ambito dell'Azienda ed agli utenti il codice; - Prevedere corsi brevi di aggiornamento in meet su codice condotta e funzioni del CUG, in alternativa registrazioni da mettere a disposizione del personale sul sito CUG; - Prevedere formazione obbligatoria specifica per i Dirigenti al contrasto alla violenza di genere e del benessere organizzativo. - Incontri di formazione CUG
Soggetti Responsabili	I Responsabili dei sottogruppi CUG - Direzione Strategica – Servizio Formazione
Indicatori di risultato	1) mail a tutto il personale con codice condotta; 2) presenza in bacheca del codice condotta; 3) presenza sul sito CUG del codice; 4) brochure su codice condotta da consegnare agli utenti, OOSS e ditte che lavorano in azienda; 5) n° partecipanti e/o accessi formazione/registrazione codice condotta; 6) 50 % di partecipazione componenti CUG ai corsi di formazione specifica.

6) Promuovere condizioni di benessere organizzativo, attraverso le due azioni di seguito descritte.

Titolo Azione	Ascolto del disagio organizzativo
Destinatari	Tutto il personale Aziendale
Obiettivo	*Attivare il nucleo di ascolto*
Descrizione intervento	Definire un progetto per la realizzazione del nucleo di ascolto con specificato: introduzione con esperienze in atto in altre realtà, scopo, obiettivi generale e specifici, azioni, risorse necessarie, limiti, orari, modalità di attivazione, sede, indicatori.
Soggetti Responsabili	Consigliera di Fiducia – Componenti CUG – Psicologi U.O di Psicologia Clinica Ospedaliera – Serv. Prevenzione e Protezione dei lavoratori – Gestione Risorse Umane – Direzione Professioni Sanitarie.
Indicatori di risultato	Progetto nucleo di ascolto; n° persone ascoltate/richieste ricevute

Titolo Azione	Promuoviamo il benessere
Destinatari	Tutto il personale Aziendale
Obiettivo	*Potenziamento delle azioni per il benessere organizzativo*
Descrizione interventi	1) Inserire in ogni struttura e Servizio aziendale obiettivi di budget quali: a) attuare almeno un intervento per la risoluzione di un disagio del personale che porti dei miglioramenti per il benessere del gruppo b) coinvolgere i Responsabili e Coordinatori di tutte le strutture/Servizi Aziendali nell'identificazione di disagi lavorativi e loro approccio. 2) Partecipazione a corsi sulla gestione dello stress lavorativo e benessere di almeno una minima percentuale di personale per ogni servizio. 3) Sollecitare avvio lavori del Gruppo Aziendale "Benessere Organizzativo".
Soggetti Responsabili	Direzione strategica - Controllo di Gestione- Componenti CUG – Ufficio Formazione
Indicatori di risultato	*1) Strutture e Servizi Aziendali*: verbali incontri con il personale – report del percorso attivato con relativi risultati – % partecipanti corso Holisman (stress lavorativo) da garantire per ogni servizio. *2) Gruppo Aziendale "Benessere Organizzativo"*: verbali incontri con riportate attività/progetti.

Viene condotto il monitoraggio delle azioni positive programmate, indispensabile per verificare lo stato di avanzamento delle iniziative, misurare il grado di raggiungimento dei vari risultati previsti e rilevare le eventuali criticità riscontrate in sede di attuazione. Dovrà essere analogamente assicurato il continuo coinvolgimento degli Uffici, degli attori coinvolti nel piano, della Consigliera di parità, dell'OIV, nonché delle organizzazioni sindacali. L'amministrazione, come previsto dalla Direttiva n. 2/2019, attraverso la Direzione Strategica e la UOC Risorse Umane, trasmetterà annualmente al CUG, secondo il format messo a disposizione dalla Presidenza del Consiglio dei ministri- Dipartimento della funzione pubblica e Dipartimento per le pari opportunità- le informazioni di seguito indicate:

• l'analisi quantitativa del personale suddiviso per genere e per appartenenza alle aree funzionali e alla dirigenza, distinta per fascia dirigenziale di appartenenza e per tipologia di incarico conferito ai sensi dell'articolo 19 del d.lgs. n. 165 del 2001;

• l'indicazione aggregata delle retribuzioni medie, distinte per genere, con evidenziazione delle eventuali differenze tra i generi;

• la descrizione delle azioni realizzate nell'anno precedente con l'evidenziazione per ciascuna dei capitoli di spesa e dell'ammontare delle risorse impiegate;

• l'indicazione dei risultati raggiunti con le azioni positive intraprese al fine di prevenire e rimuovere ogni forma di discriminazione, con l'indicazione dell'incidenza in termini di genere sul personale;

• la descrizione delle azioni da realizzare negli anni successivi con l'evidenziazione per ciascuna azione dei capitoli di spesa e dell'ammontare delle risorse da impegnare;

• il bilancio di genere dell'amministrazione.

Le predette informazioni confluiranno integralmente nella relazione che il CUG predispone entro il 30 marzo e saranno oggetto di analisi e verifica da parte del Comitato. La valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti risulterà fondamentale per la predisposizione delle azioni da inserire nel successivo Piano triennale.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione

La corruzione nel settore pubblico viene definita come:

- una pratica sociale che presuppone una delega di potere decisionale da un soggetto collettivo a un agente, che dovrebbe operare per realizzare gli interessi e i valori del primo;
- la possibilità di un tradimento della fiducia da parte dell'agente, nella veste di portatore di interessi privati, che deriva dalle asimmetrie informative, dai limiti e dai costi dei meccanismi di controllo utilizzati del principale sulle sue attività e caratteristiche;
- interessi privati di potenziali "clienti", che possono influenzare a proprio vantaggio l'esercizio del potere e l'utilizzo di informazioni da parte dell'agente, entrando con lui in una relazione di scambio occulto.

Le misure di prevenzione hanno quindi gli obiettivi strategici di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- favorire il miglioramento del sistema, valorizzando i principi fondamentali di eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, di legalità e imparzialità dell'azione pubblica.

Il contesto nel quale le strategie e le iniziative sull'anticorruzione vengono adottate è quello tracciato dalle norme nazionali e internazionali in materia, a partire dalla Convenzione dell'ONU contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale il 31.10.2003 con risoluzione 58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9.12.2003 e ratificata il 3.8.2009 con legge in pari data n. 116, che impegna lo Stato ad elaborare ed applicare politiche efficaci di prevenzione e contrasto della corruzione.
Il Consiglio d'Europa e l'Unione Europea riservano una rilevante attenzione alla materia con l'adozione di successive linee guida e convenzioni.
Con la legge 190/2012 lo Stato Italiano investe direttamente gli enti della Pubblica Amministrazione, tra i quali sono contemplate anche le ULSS, nella gestione della funzione, agendo attraverso le azioni previste per la sezione dedicata dell'anticorruzione, nel *Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)*.

L'Azienda ULSS 7, nel dare attuazione alla L. 190/2012, così come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016, riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, ritenendole parte essenziale per il perseguimento della propria missione e delle funzioni istituzionali. Ha adottato, come da indicazioni ANAC secondo quanto citato in Premessa, il PTPC per il triennio 2022-2024.

L'emergenza Covid19 iniziata nel 2020 continua a rendere instabile il contesto di riferimento, mantenendo in costante pressione l'intero Sistema Sanitario Nazionale e Regionale.

Le modalità di impiego delle risorse economiche dovute alla situazione di urgenza richiedono quasi sempre procedure accelerate.

Tutto questo porta a far sì che i rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa siano molto più elevati rispetto alle condizioni di "normalità", con possibilità di comportamenti contrari all'interesse collettivo.

Risente degli effetti di questa situazione, in modo particolare, il sistema di approvvigionamento in ambito sanitario, per la necessità di urgenti ed ingenti forniture, soprattutto di dispositivi medici e attrezzature.

I settori maggiormente coinvolti nel rischio di corruzione risultano essere:
1.- APPALTI E CONTRATTI PUBBLICI
2.- GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
3.- FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

La trasparenza nei confronti dei cittadini risulta necessaria per quanto riguarda le misure adottate dallo Stato per avviare la ripresa economica dopo il periodo di crisi. È essenziale che i meccanismi che regolano la scelta di ogni investimento siano comprensibili e rispettino i principi applicabili in questo settore affinché possano consentire all'amministrazione di scongiurare modus operandi poco chiari riguardo la gestione dell'emergenza.

Il PTPC è uno strumento di misure concrete, da realizzare per attuare un'efficace *prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi* e, più in generale, ai fenomeni c.d. di "maladministration", quest'ultimi comprensivi di tutte quelle situazioni in cui, pur in assenza di fatti penalmente rilevanti, viene comunque a configurarsi una distorsione dell'azione amministrativa dovuta all'esercizio di funzioni pubbliche per fini privati, anziché per la cura di interessi generali.

Un altro contenuto del PTPC riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli *obblighi di trasparenza* per la quale si devono prevedere la azioni idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente
In essi devono essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni. L'Azienda ha individuato i referenti responsabili e i referenti operativi per ciascun obbligo di pubblicazione previsto dalla delibera ANAC 1310/2016.
Con riferimento all'ambito soggettivo di applicazione, le disposizioni del PTPC riguardano tutti i dipendenti dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il Piano, prima dell'adozione, viene pubblicato sul sito dell'Azienda anche ai fini di una consultazione degli stakeholder sia interni che esterni.

Principale figura identificata a supporto delle attività di prevenzione della corruzione è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), a cui viene affidato il compito di gestire, coordinare e vigilare sulle "misure" di prevenzione del rischio corruttivo.

Dal quadro normativo emerge che l'attività del RPCT deve essere affiancata dall'attività dei dirigenti, in quanto lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, recepite in modo dinamico nel P.T.P.C., sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei Direttori/Responsabili delle strutture e del RPCT.

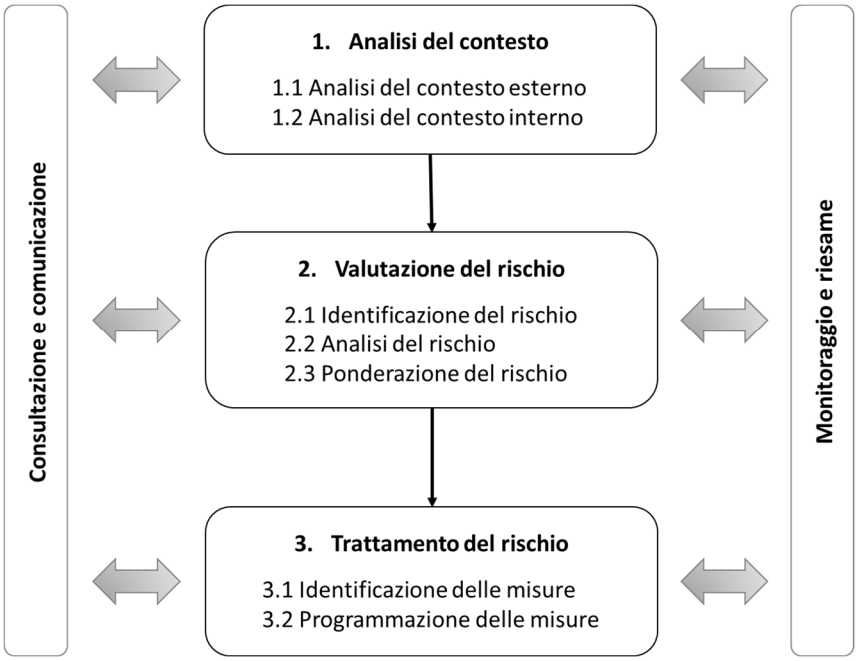
Tra i soggetti che in Azienda concorrono, in modo attivo, alla prevenzione della corruzione, sono da evidenziare l'Ufficio Trasparenza e anticorruzione che, come da indicazioni impartite dalla Regione Veneto con DGR 1306 del 16/08/2017, sarà in staff al Direttore Generale, l'Ufficio Internal Auditing che, come previsto dalla DGR 1306 del 16 agosto 2017, è in staff al Direttore Amministrativo, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) tra i cui compiti vi è la verifica e valutazione del rispetto degli obblighi di trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 592 del 10/04/2021 e il Responsabile dell'anagrafe unica per la Stazione Appaltante che nell'Azienda U.L.S.S. 7 Pedemontana è il direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica.

Le situazioni di corruzione possono essere molto diverse fra loro e toccare tutti i processi di un'azienda socio-sanitaria, dai problemi legati alla gestione ed esecuzione degli appalti, all'accesso alle prestazioni sanitarie (ambulatoriali e di ricovero), al comparaggio sotto diverse forme su farmaci, dispositivi medici e altri beni sanitari, nelle numerose attività di vigilanza e controllo aziendali.

Due sono i principali *fattori di rischio*: le asimmetrie informative e il conflitto di interesse. Il primo è molto presente in sanità ed è la condizione per cui una persona non ha tutte le conoscenze per decidere su un certo argomento e si affida ad un professionista. Il conflitto di interesse identifica la situazione in cui, anche solo in modo potenziale, l'operatore può non perseguire il bene primario del cittadino, ma un proprio interesse personale.

La *gestione del rischio* è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi. Gli obiettivi individuati a tale scopo, per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori

sono collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle Performance o in altri documenti di programmazione operativa, tra i quali le schede di budget.
Il processo di gestione del rischio di corruzione, come previsto nel PNA 2019 – all. 1, si articola nelle fasi rappresentate nella figura sottoriportata



L'analisi del *contesto esterno* evidenzia la situazione ambientale nella quale è inserita l'Azienda in relazione ai condizionamenti e alla valutazione del rischio corruttivo.

L 'emergenza Covid lascia il segno anche nelle piccole e medie imprese della provincia di Vicenza e della fascia pedemontana veneta. Realtà che continuano a vivere nell'incertezza dopo le restrizioni. non solo per il presente, ma anche, e soprattutto, per quello che sarà l'immediato futuro post pandemia.

Gli ultimi dati Istat riferiti al 2020 certificano per le aziende venete perdite importanti di fatturato estero, pari all'8,2% per un valore complessivo di 5,3 miliardi di euro.

Un altro problema, presente e futuro, sono i rincari delle materie prime e la loro reperibilità. Nel 2020 è stato registrato un aumento complessivo dei prezzi del 47 per cento in un solo anno, spinto soprattutto dall'impennata dei costi del rame (+68%), così come del nichel e dello zinco (+51%).

Per quanto riguarda l'occupazione, Confapi ha elaborato i dati forniti recentemente da Veneto Lavoro relativi alle assunzioni e alle cessazioni dei rapporti a febbraio 2021 rispetto allo stesso mese degli anni precedenti. Il saldo rilevato quest'anno è pari a +6.900 rapporti d'impiego, contro +8.200 registrati a febbraio 2020, e i +12.000 del 2019. I contratti a tempo indeterminato hanno fatto registrare un calo costante ma contenuto. A reggere l'urto sono le misure a tutela dei posti di lavoro come la cassa integrazione e il divieto di licenziamenti e l'aumento dei contratti a termine, sia stagionali che non.

Il Veneto risente delle conseguenze dell'emergenza sanitaria, allineandosi con lo scenario nazionale. Nell'incertezza socioeconomica, le stime per il PIL veneto disegnano una brusca contrazione nel 2020 (-8,9%), in linea con quanto registrato a livello nazionale. Per i consumi delle famiglie in Veneto, si stima una diminuzione pari a -11,8% mentre per gli investimenti il dato si attesta attorno ad un -10%.

Soprattutto la seconda parte del 2021 è contraddistinta dalla ripartenza economica del Paese. Si rafforzano le stime della crescita per il 2021 e le previsioni per il 2022, quando con ogni probabilità si riuscirà a tornare ai livelli pre-Covid. In Veneto gli indicatori per il PIL sono in positivo per gli Investimenti e l'Export.

Buone sono le performance per il settore turistico che nei primi otto mesi del 2021 ha registrato un +49% rispetto allo stesso periodo dell'anno 2020, evidenziando il ritorno del turismo straniero.

I dati congiunturali espressi a ottobre 2021 per quanto riguarda il raffronto tra Regione Veneto e Italia, offrono la seguente rappresentazione:
Variazioni % rispetto all'anno precedente

	2020		2021	
	Veneto	Italia	Veneto	Italia
Prodotto interno lordo	-9,0	-8,9	5,9	5,3
Spesa per consumi finali delle famiglie	-13,1	-11,7	4,2	3,6
Investimenti fissi lordi	-9,8	-9,1	16.0	15,3

L'emergenza sanitaria da Covid-19 ha accentuato le conseguenze negative sul sistema sociale ed economico italiano originate dalle misure resesi necessarie per contenere l'espandersi del contagio. Di tale situazione, che vede in difficoltà finanziaria imprese e cittadini, potrebbero approfittare le organizzazioni malavitose, con mire e interessi nel sistema imprenditoriale.
Per quanto riguarda la sanità, l'esplodere dell'emergenza sanitaria e il susseguente impatto socioeconomico hanno disgregato il quadro di riferimento comune modificando gli schemi tradizionali, con effetti non ancora del tutto prevedibili sui comportamenti individuali e collettivi.

Con riferimento al *contesto interno*, si rinvia alle trattazioni di cui alla sezione 1. Scheda anagrafica, paragrafi Popolazione e territorio e L'Azienda "in cifre" e alla sezione 3. Organizzazione e capitale umano, al par. sulla Struttura Organizzativa.

Nell'analisi del contesto interno è però centrale la *mappatura dei processi*, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, al fine di evidenziare quelli potenzialmente più esposti a rischi corruttivi.

Negli ultimi anni sono state avviate le attività di mappatura dei processi ed individuazione dei rischi prioritari. Per la fase di identificazione dei processi è stato utilizzato l'elenco proposto da Azienda Zero e recepito come lista di processi caratterizzanti l'attività dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, individuandone gli ambiti di analisi e i relativi responsabili.

Dopo aver identificato i processi è stata condotta un'attività di descrizione analitica che ha permesso di suddividerli ulteriormente in fasi/attività che compongono ciascun processo. Questa attività, sviluppata dal 2020, è stata strutturata mediante l'acquisizione e implementazione del software dedicato: "GZOOM - Modulo Anticorruzione" che ha permesso di:

- *Identificare e mappare* i processi a rischio corruttivo;
- *Assegnare* ad ogni processo individuato uno o più rischi scegliendo da un "catalogo" predefinito;
- *Analizzare i rischi* per ogni processo tramite rilevazione dei diversi indici di Probabilità e Impatto previsti;
- *Ponderare* i rischi aggregando le informazioni di rischio per area, così da identificare quelle più a rischio ed intervenire prioritariamente su di esse;
- *Trattare* il rischio associando un insieme di misure individuate nel "Catalogo Misure di Prevenzione", atte a neutralizzare o quantomeno attenuare la probabilità o l'impatto del rischio corruttivo.

2.3.1.1 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

La fase di identificazione è stata condotta dal Responsabile del processo con il supporto della funzione di Internal Audit e del RPCT e si è esplicitata nell'identificazione di potenziali eventi che, se si verificassero, produrrebbero un impatto sull'azienda in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati.
L'elenco dei rischi potenziali è stato definito a livello aziendale, anche con l'utilizzo del "catalogo" pre-impostato e reso disponibile dal software per facilitare la compilazione delle schede.
Una volta identificati, i rischi sono stati valutati dai responsabili di processo prendendo in considerazione:

- la probabilità di accadimento (P), intesa come la possibilità che l'evento si verifichi realmente;
- l'impatto (I), ossia il danno che il suo verificarsi può comportare sul sistema aziendale.

L'esposizione al rischio è stata calcolata per ogni singola fase/attività delineata nella fase di mappatura dei processi.
L'approccio valutativo scelto è stato quello quantitativo, andando a determinare il rischio inerente, calcolato come prodotto tra Probabilità (P) e Impatto (I).
Al fine della valutazione di sintesi della rischiosità della fase/attività è stata utilizzata la seguente matrice:

		P: PROBABILITA'				
	I: IMPATTO	Raro	Basso	Medio	Probabile	Molto Probabile
5	Catastrofico	5	10	15	20	25
4	Critico	4	8	12	16	20
3	Significativo	3	6	9	12	15
2	Trascurabile	2	4	6	8	10
1	Minimo	1	2	3	4	5

Da qui è derivato un indicatore di sintesi così rappresentato:

*Commento	*Positivo	Inizio Fascia	fine Fascia	Coefficiente Minimo	Coefficiente	*Allarme	Icona
Basso / trascurabile	S	0	2,99	0	0	N	
Medio Basso	S	3	5,99	0	25	N	
Medio	S	6	9,99	0	50	N	
Medio Alto	S	10	15,99	0	75	N	
Alto	S	16	25	0	100	N	

Ogni responsabile di processo, dopo aver validato le fasi/attività individuate per il processo di sua pertinenza, ha attribuito un punteggio da 1 a 5 ad alcune domande, suddivise per Probabilità e Impatto.

La sintesi sottoriportata rappresenta gli output di quanto formalizzato nel software per i 35 processi considerati.

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE (EX ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE)	Basso / trascurabile		2,34	T.4.4 - SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI	Basso / trascurabile		2,66
				A.31.1 - ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI E NON DIPENDENTI	medio/basso		3,09
				A.31.2 - GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE DIPENDENTE	Basso / trascurabile		2,35
				A.31.3 - GESTIONE ORARIO DI LAVORO	Basso / trascurabile		2,40
				A.31.4 - GESTIONE ECONOMICA FISCALE	Basso / trascurabile		1,87

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
				A.31.5 - GESTIONE PREVIDENZIALE	Basso / trascurabile		1,69
				A.31.6 - Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6 art. 7 D.Lgsv 165/2001)	Basso / trascurabile		1,82
				T.4.1.2 - MMG - PLS	Basso / trascurabile		2,66
B - CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)	Basso / trascurabile		2,51	A.21.1 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	Medio / basso		3,12
				A.21.2 - GESTIONE DELLE GARE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI SOTTO SOGLIA	Basso / trascurabile		2,49
				A.21.3 - GESTIONE DEL CONTRATTO DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI SOPRA SOGLIA	Medio / basso		3,01
				A.22.0 - GESTIONE DEL CONTRATTO DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	Basso / trascurabile		2,53
				A.22.4 - GESTIONE DEI CONTRATTI IN OUT-SOURCING Medio	medio/basso		4,27
				A.24.0 - GESTIONE DEL PROJECT FINANCING Basso /	medio/basso		3,46
				A.25.1 - ACQUISIZIONE, SVILUPPO E ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO	Basso / trascurabile		2,11
				A.25.2 - GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE ED IMPIANTISTICO	Basso / trascurabile		1,90
				A.25.3 - GESTIONE DELLE ALIENAZIONI E DELLE LOCAZIONI	Basso / trascurabile		1,39
				A.26 - GESTIONE DEL PATRIMONIO ICT	Basso / trascurabile		2,42
				A.27.2 - GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	Basso / trascurabile		2,22
				A.32.0 - RILEVAZIONE FABBISOGNO E ORGANIZZAZIONE PIANO FORMATIVO	Basso / trascurabile		1,14
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Basso / trascurabile		1,70	A.42.1 - GESTIONE DELL'INVENTARIO	Basso / trascurabile		1,52
				A.42.2 - INVENTARIO FISICO CICLICO DEI CESPITI	Basso / trascurabile		1,83
				A.43.1 - GESTIONE DEI FONDI ECONOMALI	Basso / trascurabile		1,57
				A.43.2 - GESTIONE PAGAMENTI	Basso / trascurabile		1,56
				A.43.3 - GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI	Basso / trascurabile		2,04

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
				A.43.5 - GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA	Basso / trascurabile		0,72
				A.44.0 - FATTURAZIONE ATTIVA	Medio/Basso		3,29
				A.47.0 - RECUPERO DEL CREDITO	Basso / trascurabile		1,06
H - AFFARI LEGALI E DEL CONTENZIOSO	Basso / trascurabile		1,56	A.51.0 - GESTIONE SINISTRI E CONTENZIOSI	Basso / trascurabile		1,56
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Medio / Basso		3,41	O.21.2.1 - ATTIVITA' SPECIALISTICA IN REGIME DI LP	Basso / trascurabile		2,73
				O.21.3.1 - ATTIVITA' DI RICOVERO IN REGIME DI LP	Medio/Basso		4,08
L - RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	Medio / Basso		4,38	T.1.0 - ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ACCREDITATI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (EX ART. 26), TERMALE	Medio / Basso		4,38
M - FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Basso / trascurabile		2,11	T.3 - ASSISTENZA PROTESICA	Basso / trascurabile		2,11
				T.21.1 - GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE	Basso / trascurabile		2,14
N - ATTIVITA CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	Basso / trascurabile		2,18	O.4.0 - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME	Basso / trascurabile		2,18

Sono state pertanto prodotte le schede di sintesi di valutazione del rischio che evidenziano per ogni processo mappato le singole fasi/attività, i relativi rischi e le misure individuate, nonché gli indicatori per la misurazione che sono stati articolati nel corso del 2021 e che saranno oggetto di misurazione nel 2022.

2.3.1.2 Misure per il trattamento del rischio e relativo monitoraggio

Sulla base delle priorità emerse, sono stati quindi individuati i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.
La fase di individuazione delle misure è stata impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.
La gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico, inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità.
Con il supporto del software implementato in Azienda è stato possibile indicare, per ogni rischio individuato, una idonea misura di prevenzione.
Nel corso del 2021 l'attività è stata svolta dal process owner che ha esplicitato, in relazione ai rischi e alle misure individuate, gli indicatori di verifica specificando tempi e modi per la misurazione che sarà implementata nel 2022.
A seconda dell'area di rischio a cui si riferiscono, le misure di prevenzione della corruzione si suddividono in generali e specifiche. Sono state date alcune indicazioni, riportate nel prospetto seguente, relative ad aree di rischio "generali", ai sensi della L. 190/201, che presentano alto livello di probabilità di eventi rischiosi e ad aree di rischio "specifiche" per il settore sanitario secondo le direttive del PNA 2013 – aggiornamento 2015.

Classificazione	*Aree a rischio*	
A	Acquisizione e gestione del personale	L'attività potrebbe portare all'individuazione di fabbisogni quantitativamente e qualitativamente non coerenti con la mission dell'ente provocando favoritismi
B	Contratti pubblici	Attività con riflessi esterni rilevanti per il grande rischio corruttivo
C	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1. Provvedimenti amministrativi vincolati 2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato 3. Provvedimenti amministrativi vincolati e a contenuto vincolato 4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale 5. Provvedimenti amministrativi discrezionali 6. Provvedimenti amministrativi discrezionali e nel contenuto
D	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	1. Provvedimenti amministrativi vincolati 2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato 3. Provvedimenti amministrativi vincolati e a contenuto vincolato 4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale 5. Provvedimenti amministrativi discrezionali 6. Provvedimenti amministrativi discrezionali e nel contenuto
E	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Le attività connesse ai pagamenti potrebbero presentare rischi di corruzione che solo la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari contribuiscono alla verifica e al controllo della correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile–patrimoniale delle risorse
F	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Attività che richiede attenzione e che trova valido strumento di anticorruzione nella rotazione del personale
G	Incarichi e nomine	Attività consistente principalmente nella verifica della incompatibilità degli incarichi di direzione
H	Affari legali e contenzioso	Afferente alla natura giuridica e alla legittimazione delle azioni promosse dalle Aziende Sanitarie nel rispetto delle differenze tra comportamento doloso, colposo grave e lieve, nonché nella correlazione dell'istituto della rivalsa tra responsabilità civile e penale, nel conseguente rapporto tra giudizio risarcitorio civilistico e giudizio di rivalsa
I	Attività libero professionale e liste di attesa	Può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio.
		Il settore dell'accreditamento delle strutture private rappresenta una componente significativa del sistema sanitario non solo per il

Classificazione	*Aree a rischio*	
L	Rapporti contrattuali con privati accreditati	peculiare ambito soggettivo (soggetti erogatori), ma anche perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari e, quindi, interessi anche di natura economica. Per tale ragione la regolazione dei rapporti pubblico–privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse
M	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	La peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.
N	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono specifiche linee guida. Date quindi le forti implicazioni di natura sia etica che economica, appare evidente che possano essere coinvolti anche gli operatori sanitari dati i molteplici interessi che finiscono per concentrarsi in questo particolare ambito.

L'approvazione del *PTCT* e l'alimentazione della Sezione del sito istituzionale "*Amministrazione Trasparente*", rientrano a pieno titolo nell'ambito del sistema delle misure di prevenzione della corruzione e soddisfano l'obbligo di pubblicità e trasparenza.
I dipendenti sono tenuti a conoscerne i contenuti per cui il documento è reso noto mediante pubblicazione sul sito aziendale e trasmesso per posta elettronica ai Responsabili con slide di sintesi.
Inoltre, la *pubblicazione delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi* nel sito istituzionale dell'Azienda costituisce il mezzo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, sulla regolarità amministrativa e sulle attività a rischio di corruzione.
I Dirigenti Responsabili delle Strutture Complesse (UOC) e delle Strutture Semplici Dipartimentali (UOSD) sovrintendono al controllo tempestivo in merito al mancato rispetto dei tempi procedimentali; e in attuazione dell'art. 1, comma 9, lett. d) della legge n. 190/2012, che definisce le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione del procedimento e lettera e) della medesima legge, che definisce le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione.
Il RPCT monitora periodicamente, con la collaborazione dei Dirigenti Responsabili di Struttura, il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.

Ai Dirigenti Responsabili di UOC e UOSD spetta l'obbligo di presentare, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della prevenzione della corruzione.
Per l'anno 2021 da parte dei suddetti Dirigenti, non sono stati evidenziati eventi corruttivi o anche solo comportamenti di mala gestione.
Sulla base della Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale", l'Azienda ha predisposto il Codice di Comportamento aziendale, approvato con deliberazione del Commissario n. 361 del 6 marzo 2019 e pubblicato in Amministrazione Trasparente.
Entro il 31.12.2022 verrà adeguato il *Codice di Comportamento* alla luce di quanto previso dal *Decreto PNRR2* del 13 aprile 2022, con una *sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche*.

In riferimento ai dati rilevati dall'UPD e delle informazioni trasmesse dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, l'OIV svolge l'attività di supervisione sull'applicazione del codice (ex comma 6 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, così come modificato dall'art. 1, comma 44, della legge n. 190 del 2012), riferendone nella relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.
L'osservanza dei doveri contemplati nel Codice e l'obbligo dei Dirigenti di monitorarne l'applicazione, costituisce misura fondamentale di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti e indirizzano l'azione amministrativa.
La legge n. 190/2012 chiarisce che la violazione dei doveri previsti dal Codice generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice aziendale è fonte di responsabilità disciplinare, fermi restando i casi in cui la violazione dia luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.
A tal proposito, l'Azienda ha adottato con delibera n. 2 del 07/01/2021 il nuovo *regolamento per i procedimenti disciplinari* a carico del personale del Comparto Sanità e con delibera n. 3 del 07/01/2021 il nuovo regolamento per i procedimenti disciplinari a carico della Dirigenza.
Si dà atto che finora non si sono verificati reati né fenomeni corruttivi in alcuna area della Azienda ULSS 7, tuttavia al loro eventuale accadere è prevista la rotazione obbligatoria (art. 16 comma 1 lett. l quater del D.Lgs. 165/2001), ossia che i dirigenti dispongano, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Sono pertanto in fase di adozione dei *Piani della Rotazione del Personale* per alcune strutture, al fine di delineare le modalità di attuazione di questa misura di prevenzione della corruzione.

I dipendenti sono sempre tenuti a prestare la massima attenzione alle situazioni di *conflitto di interessi*.
Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.
Il dipendente è tenuto a comunicare per iscritto tempestivamente al dirigente responsabile della Struttura e/o Articolazione di appartenenza la sussistenza di ipotesi di conflitto di interessi che potrebbero rendere necessaria/opportuna la sua astensione in decisioni o attività.

Il dipendente che segnala reati o irregolarità è tutelato; l'azienda ULSS 7 ha inserito nel codice di comportamento dei dipendenti le modalità procedurali per la *segnalazione di illeciti*.
Nel sito Internet aziendale, sezione "Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione" all'interno della sezione "amministrazione trasparente", sono indicate le modalità tramite cui i dipendenti possono effettuare segnalazioni aventi ad oggetto comportamenti, rischi, reati o irregolarità consumati o tentati a danno dell'interesse pubblico. Le segnalazioni possono essere fatte a "resp.anticorruzione@aulss7.veneto.it". Sono messi a disposizione il modulo ed il recapito per le segnalazioni all'interno della sezione.
Nella sezione Trasparenza, è disponibile il collegamento con la piattaforma "WhistlebowlingPA", in open source, per l'acquisizione e la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti a garanzia della tutela dell'anonimato.

Lo svolgimento da parte dei dipendenti dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana di *incarichi*, soprattutto se *extraistituzionali*, può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa e può essere sintomatico dell'evenienza di fatti corruttivi.
La legge n. 190/2012 ha inciso anche sulle disposizioni normative vigenti in materia di incompatibilità ed incarichi extraistituzionali del personale delle PA. Nel concedere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, viene posta pertanto particolare attenzione alla *verifica circa l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi*, intendendo per tali una contrapposizione tra il dovere pubblico e l'interesse privato del dipendente, che potrebbe indebitamente influenzare l'adempimento dei doveri istituzionali.

In attuazione del dettato di cui all'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dal comma 46 della L. n. 190/2012, si è provveduto ad adeguare la *dichiarazione di insussistenza di cause ostative alla partecipazione a commissioni* di concorso rilasciata dai soggetti designati dall'Azienda quali componenti di commissioni di concorso o selezioni, mediante l'inserimento del riferimento alle condanne per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro II del Codice

penale. Contestualmente è stata *aggiornata l'autocertificazione che i commissari di gara devono obbligatoriamente sottoscrivere* prima di essere formalmente nominati, inserendo l'attestazione circa l'assenza di condanne penali relative ai reati di cui sopra. La disciplina si correla a quella prevista dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013.

La *formazione* riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione e buona parte del conseguimento degli obiettivi delle strategie di prevenzione si correla alle azioni formative. L'Azienda ha *programmato per il 2022 percorsi di formazione*, tenendo presente una strutturazione su almeno due livelli: un livello generale, rivolto a tutti i professionisti afferenti all'Azienda per l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale) e un livello specifico, rivolto al RPCT, ai suoi collaboratori e funzionari addetti alle aree a rischio (conoscenza e condivisione degli strumenti di prevenzione - politiche, P.T.P.C., programmi, misure di contrasto).
Purtroppo la pandemia ha reso difficoltosa l'organizzazione di tali corsi e di conseguenza nel 2021 è stato possibile effettuare, in modalità FAD asincrona, un corso di formazione destinato a personale amministrativo, in particolar modo afferente all'UOC Provveditorato Economato e Gestione della Logistica, avente per oggetto "il conflitto di interessi nelle procedure di gara (Linee guida ANAC n. 15/2019)".

2.3.1.3 Integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con gli obiettivi di performance

In materia di anticorruzione, da tempo si è manifestata in Azienda la necessità di una condivisione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione tra i soggetti interni e di un'integrazione con i contenuti degli strumenti di programmazione e di controllo quale il Piano della Performance.
La coerenza tra i documenti PTPC e Piano della Performance trova compiutezza nel presente PIAO, infatti:
- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure di prevenzione della corruzione vengono tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

In sede di attuazione della programmazione operativa vengono annualmente individuati, su proposta formulata dal RPCT, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che integrano con gli obiettivi per la misurazione della performance organizzativa.
Nello specifico gli obiettivi per l'anno 2022 previsti nel PTPC sono stati assegnati nelle schede di budget alle UOC interessate.

Obiettivi per l'anno 2022

Obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatori	Responsabile
ADEMPIMENTI NORMATIVI			
Programmazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Predisposizione del Piano Triennale Prevenzione Corruzione	scadenza il 30/4/2022	Direzione Strategica RPCT
Rendicontazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Verifiche semestrali azioni previste nel PTPC	Relazione 1° semestre entro il 31 luglio 2022 e relazione annuale entro il 31 gennaio 2023	RPCT
Rendicontazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Verifica annuale su format fornito da ANAC	Relazione su formato fornito da ANAC nel rispetto delle scadenze	RPCT
Monitoraggio adempimenti trasparenza	Certificazione OIV del rispetto degli obblighi di pubblicazione relativi all'anno 2021	Rispetto dei termini indicati da ANAC	RPCT

Obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatori	Responsabile
Trasparenza nella gestione degli accessi civici	Tenuta del registro degli accessi civici con pubblicazione periodica	Aggiornamento trimestrale del registro e relativa pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Affari Generali
MISURE GENERALI E SPECIFICHE AZIENDALI (collegate con Performance)			
Obiettivo strategico	**obiettivo operativo**	**Indicatori**	**Responsabile**
Adempimenti relativi alle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	Monitoraggio trimestrale degli obblighi di pubblicazione con invio ai responsabili e ai referenti operativi individuati	4 report di sintesi trimestrali + mail di monitoraggio ai responsabili	RPCT Dirigenti individuati ad hoc
Adempimenti relativi alle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	Implementazione dal 1° giugno 2022 del nuovo software "Archiflow-interactive Dashboard" per la gestione delle pubblicazioni nella sezione di Amministrazione Trasparente del sito istituzionale	Entro 31/12/2022 messa a regime del software	RPCT Dirigenti individuati ad hoc
Analisi misure di prevenzione del rischio	Revisione del Codice di Comportamento sulla base dell'art. 4 del Decreto PNRR 2	Entro 31/12/2022	Affari Generali Risorse Umane RPCT
Rafforzare le competenze del personale	Realizzazione di attività formativa in tema di prevenzione della corruzione	Corso su conflitto d'interessi in sanità	RPCT Formazione
Mappatura dei processi	Messa a regime del software GZOOM – modulo anticorruzione	Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori per i 35 processi mappati con Gzoom	RPCT Internal Audit
		Implementazione GZoom con mappatura di ulteriori 4 processi	RPCT Internal Audit
Attività di Audit nell'ambito dei rischi corruttivi	Individuazione delle misure di contrasto già in atto ed eventuali azioni di miglioramento	n. 2 Audit ai processi, come individuati nel Piano di Audit 2022-2024 (1. Assistenza Protesica 2. preparazione e custodia salme)	RPCT Internal Audit

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione e informazione e segnalazione previste dal presente Piano e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei dipendenti dell'Azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i Dirigenti, la responsabilità dirigenziale.
I Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici di Comportamento.
Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale applicabile ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti. È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento, qualora da tale comportamento siano derivati danni all'ente, anche sotto il profilo reputazionale.

Il PTCT sarà oggetto di modifiche e integrazioni a seguito di eventuali provvedimenti nazionali e regionali, nonché a seguito del monitoraggio sull'attuazione effettiva delle regole di legalità e integrità in esso contenute.

2.3.2 Trasparenza

Le principali fonti legislative in riferimento agli obblighi della trasparenza, provengono da:

- D.Lgs. 14/03/2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190
- Legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle pubbliche amministrazioni
- D.Lgs n. 97/2016 che ha introdotto il nuovo istituto denominato "accesso civico generalizzato"
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2, del D.Lgs. n. 33/2013";
- 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".

La trasparenza è uno degli assi portanti della politica di anticorruzione impostata dalla L. 190/2012. Essa è fondata su obblighi di pubblicazione previsti per legge, ma anche su ulteriori misure di trasparenza che ogni ente, in ragione delle proprie caratteristiche, dovrebbe individuare in coerenza con le finalità della L. 190/2012.
Il principio di trasparenza è stato ridefinito dall'art. 1, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013, come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo non solo di "favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 5, comma 2, decreto trasparenza), ma anche di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.
In coerenza alle previsioni del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., e alle indicazioni fornite dall'ANAC con le proprie delibere, l'Azienda si attiene ai seguenti principi generali:

- pubblicazione dei documenti, informazioni e dati in modo chiaro e comprensibile per ogni cittadino;
- implementazione e attuazione dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- indicazione dei Responsabili dell'individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati e delle iniziative in materia di trasparenza e di integrità, anche ai fini dell'applicazione della responsabilità prevista dall'art. 46 del D.Lgs. n. 33/2013;
- coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni nel processo di elaborazione e attuazione del programma.

I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni individuati a seconda della competenza debbono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare. Debbono altresì adottare le misure necessarie all'interno dei loro Servizi/Uffici, al fine di assicurare quanto sopra.
Il RPCT deve svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.
Lo stesso deve segnalare al Direttore Generale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.
Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), nonché al Direttore Generale e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D.Lgs n. 33/2013).
La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15 e 46 del D.Lgs. n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art 47 D.Lgs n. 33/2013).
In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la mancata, incompleta o ritardata pubblicazione, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art.15, comma 3, e art. 26, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013).

Tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse che le Regioni determinano e assegnano alle Aziende Sanitarie, viene data *rilevanza agli obiettivi di trasparenza*, finalizzati a rendere i *dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione* per il cittadino, con particolare riferimento ai *dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale*, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3.

La trasparenza implica che tutti i dati oggetto di pubblicazione debbano essere resi pubblici in *formato di tipo aperto* ai sensi dell'art. 68 del *Codice dell'Amministrazione Digitale* e debbano essere riutilizzabili (con l'obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l'integrità - art. 7, D.Lgs. n. 33/2013). Non è, infatti, sufficiente la pubblicazione di documenti, informazioni e dati perché si realizzino obiettivi di trasparenza. Tutti *i cittadini e gli stakeholder debbono poter accedere in modo agevole alle informazioni e comprenderne il contenuto*.

Tra gli adempimenti rientra la previsione dell'utilizzo della Posta Elettronica Certificata (PEC), individuata come uno degli strumenti necessari per l'attuazione dei compiti di trasparenza.
La *diffusione della PEC* rientra nel *processo di "dematerializzazione"* della burocrazia. Nell'azienda, oltre alla PEC istituzionale, riportata in Scheda anagrafica, può essere usata la PEC dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):
urp.aulss7@pecveneto.it
ed inoltre 2 caselle e-mail istituzionali sempre dell'URP: urpbassano@aulss7.veneto.it urpthiene@aulss7.veneto.it

La *pubblicazione* di documenti, informazioni e dati deve avvenire nel *rispetto della disciplina del codice sulla privacy*, tenendo conto altresì costantemente delle indicazioni fornite da ANAC e dal Garante per la protezione dei dati personali (si ricorda, in particolare, la delibera del 2 marzo 2011 del Garante "Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web") e dal Regolamento UE 2016/679, entrato in vigore il 25/05/2018.
A garanzia della trasparenza, il soggetto pubblico, dopo aver verificato la sussistenza dell´obbligo di pubblicazione dell´atto o del documento nel sito web istituzionale, deve quindi limitarsi a includere negli atti da pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati alla finalità di trasparenza perseguita nel caso concreto. Se sono sensibili o relativi a procedimenti giudiziari, i dati possono essere trattati solo se indispensabili alla finalità di trasparenza.
La Commissione Europea, col GDPR, ha voluto consolidare la protezione dei dati personali dei cittadini dell'Unione Europea su un nuovo principio di "responsabilizzazione" detto accountability, tuttavia, senza dare una regola certa per definirne il significato. Per tale motivo, nella disposizione di legge italiana, è stato inserito il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), figura obbligatoria nella P.A da cui è nominato. È evidente che per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT.

2.3.3 Monitoraggio e diffusione del PTPCT

Il monitoraggio annuale in ordine all'efficacia del PTPC avviene mediante predisposizione della *relazione annuale anticorruzione*, secondo lo schema di relazione standard messo a disposizione da ANAC. Il monitoraggio comprende anche la valutazione dell'efficacia delle *misure di trasparenza*.
Il RPCT provvede a monitorare, con la collaborazione di personale allo scopo individuato, la sezione *"Amministrazione Trasparente" del sito Internet Istituzionale*, sia per l'avvenuto inserimento di quanto da pubblicare, sollecitando nel caso gli uffici a completare quanto non ancora pubblicato, sia per la permanenza nei link delle informazioni già inserite.
Da ultimo, con le verifiche periodiche, i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione provvedono a riscontrare il corretto e completo inserimento dei dati pubblicati sul sito aziendale.
L'Azienda si è dotata di un software che permette di gestire in autonomia, da parte degli uffici interessati, la pubblicazione dei dati direttamente nella sezione Amministrazione Trasparente attraverso delle abilitazioni, con attivazione di relativi alert in caso di mancata pubblicazione. Tramite questo sistema è possibile inoltre effettuare

un maggior controllo sulla puntualità della pubblicazione dei dati richiesti dal D.Lgs. 33/2013 (D.Lgs. 97/2016) anche da parte del Responsabile della Trasparenza.

Il Piano richiede un'attività di *monitoraggio periodico* sia da parte dei *soggetti interni* all'Azienda sia da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione - *OIV*).
Per quanto concerne il monitoraggio interno, il RPCT è il soggetto deputato ad effettuare il monitoraggio delle attività previste dal Piano in tema di trasparenza.
Il monitoraggio ha cadenza periodica e riguarda il processo di attuazione del Piano attraverso l'analisi delle attività.
In aggiunta al monitoraggio periodico, la norma prevede la redazione di una Relazione Annuale sullo stato di attuazione del P.T.P.C. che viene regolarmente inviata all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Infine, in relazione all'istituto dell'accesso civico, per monitorare la tempistica di ciascuna richiesta, l'Azienda ha predisposto il *registro degli accessi civici*, anch'esso pubblicato sul sito istituzionale http://www.aulss7.veneto.it alla sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti"/"Registro degli accessi"
Con provvedimento n. 760 del 29.06.2018 del Direttore Generale è stato Approvato il Regolamento sul diritto di accesso documentale e sul diritto di accesso civico (semplice e generalizzato) dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana.

Le *attività di promozione e di diffusione* dei contenuti del Programma triennale sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che le amministrazioni pubblicano e la partecipazione degli stakeholder alle iniziative per la trasparenza e l'integrità realizzate.
La diffusione del PTPCT all'interno dell'ambiente aziendale compete ai Dirigenti delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'accessibilità del dato e pubblicarlo nella sezione apposita.
Per garantire che i Dirigenti individuati assicurino il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e della loro pubblicazione sono previsti momenti di condivisione periodici con il RPCT, anche in via informatica, che costituiscono l'occasione per esaminare eventuali proposte finalizzate a rendere il sito "Amministrazione Trasparente" sempre più alla portata di chiunque, in termini di chiarezza e accessibilità.

A corollario del principio dell'accessibilità delle informazioni, e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale della sezione della Trasparenza, è particolarmente rilevante da parte dell'Azienda raccogliere *feedback dai cittadini e dagli stakeholder* sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.
È importante strutturare azioni a supporto della partecipazione dei portatori di interesse, anche attraverso l'implementazione di strumenti interattivi in modo che gli stakeholder possano restituire con immediatezza un feedback sull'operato svolto.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana è organizzata secondo il *modello* definito ed adottato con l'*Atto aziendale* vigente (deliberazione del Commissario n. 1429 del 28/10/2020).

L'articolazione organizzativa dell'azienda è caratterizzata dalle seguenti tipologie di strutture operative, di seguito esposte in ordine di crescente rilevanza organizzativa/gestionale:

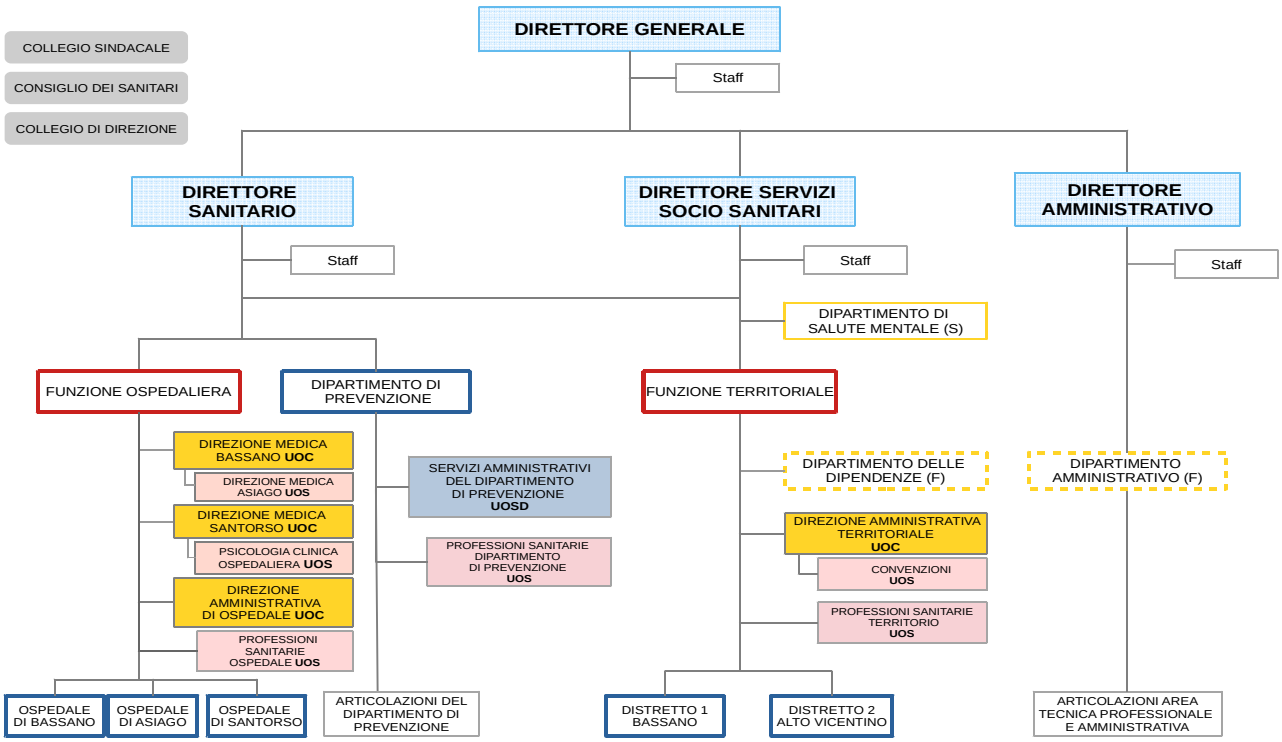
1. servizio, ufficio, articolazione funzionale/territoriale (AF/AT)
2. unità operativa semplice (UOS);

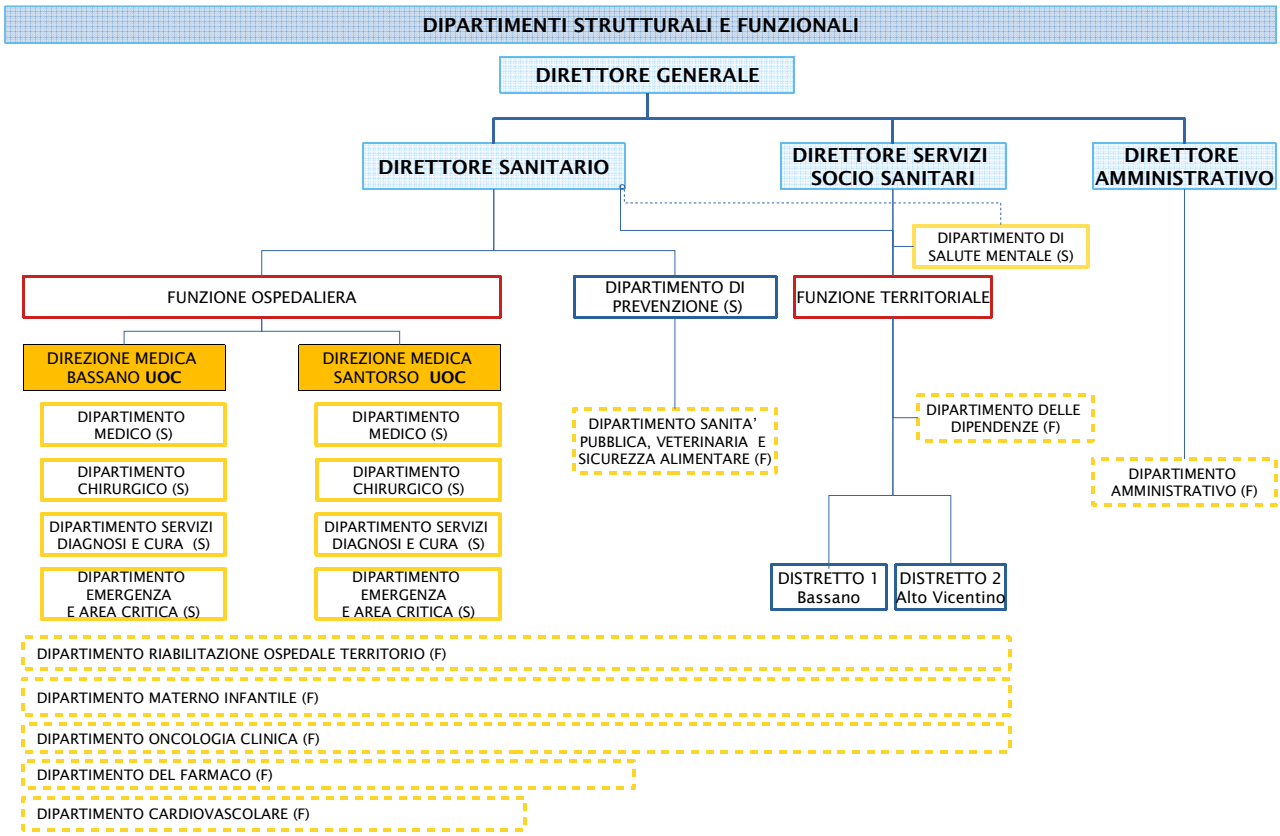
3. unità operativa semplice a valenza dipartimentale (UOSD) e unità operative semplice a valenza distrettuale (UOSDt);
4. unità operativa complessa (UOC)
5. strutture dipartimentali (SD).

La tipologia di struttura dipende dal livello della complessità gestionale e della valenza strategica e può essere già definita direttamente da atti di programmazione e/o linee guida regionali.
La valenza strategica viene individuata dall'impatto delle prestazioni erogate sulla salute dell'utenza, dal livello di inter-settorialità degli interventi richiesti, dal grado di complessità delle relazioni con istituzioni o organismi esterni all'azienda, dalla rilevanza tecnica delle problematiche trattate.
Alla tipologia di struttura organizzativa sono collegate le differenti tipologie di incarichi di natura gestionale e professionale, previsti dai contratti di lavoro e la conseguente ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità, tra i quali, in particolare, la responsabilità di budget.

L'assetto organizzativo aziendale mira a favorire una definizione dei percorsi dei pazienti da realizzare anche attraverso l'individuazione e l'applicazione di modelli organizzativi innovativi ed integrati tra le diverse strutture aziendali. In tal modo, si potrà dare concreta attuazione ai principi di continuità dell'assistenza secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, ponendo il paziente al centro dei processi di cura e valorizzando anche i diversi professionisti coinvolti, come previsto dal PSSR e dalla L.R. n. 19/2016.

Si rappresentano di seguito gli organigrammi generale e dell'articolazione in dipartimenti.





Mentre per tutti gli organigrammi in dettaglio si rinvia all'Atto Aziendale citato, qui si vuole evidenziare la necessità di realizzare gli interventi ed azioni programmate per rendere l'organizzazione più integrata e funzionale al raggiungimento degli obiettivi strategici, ossia di implementare le *modifiche proposte all'Atto aziendale* (deliberazione D.G. n. 2401 del 31/12/2021) in attesa di approvazione regionale.

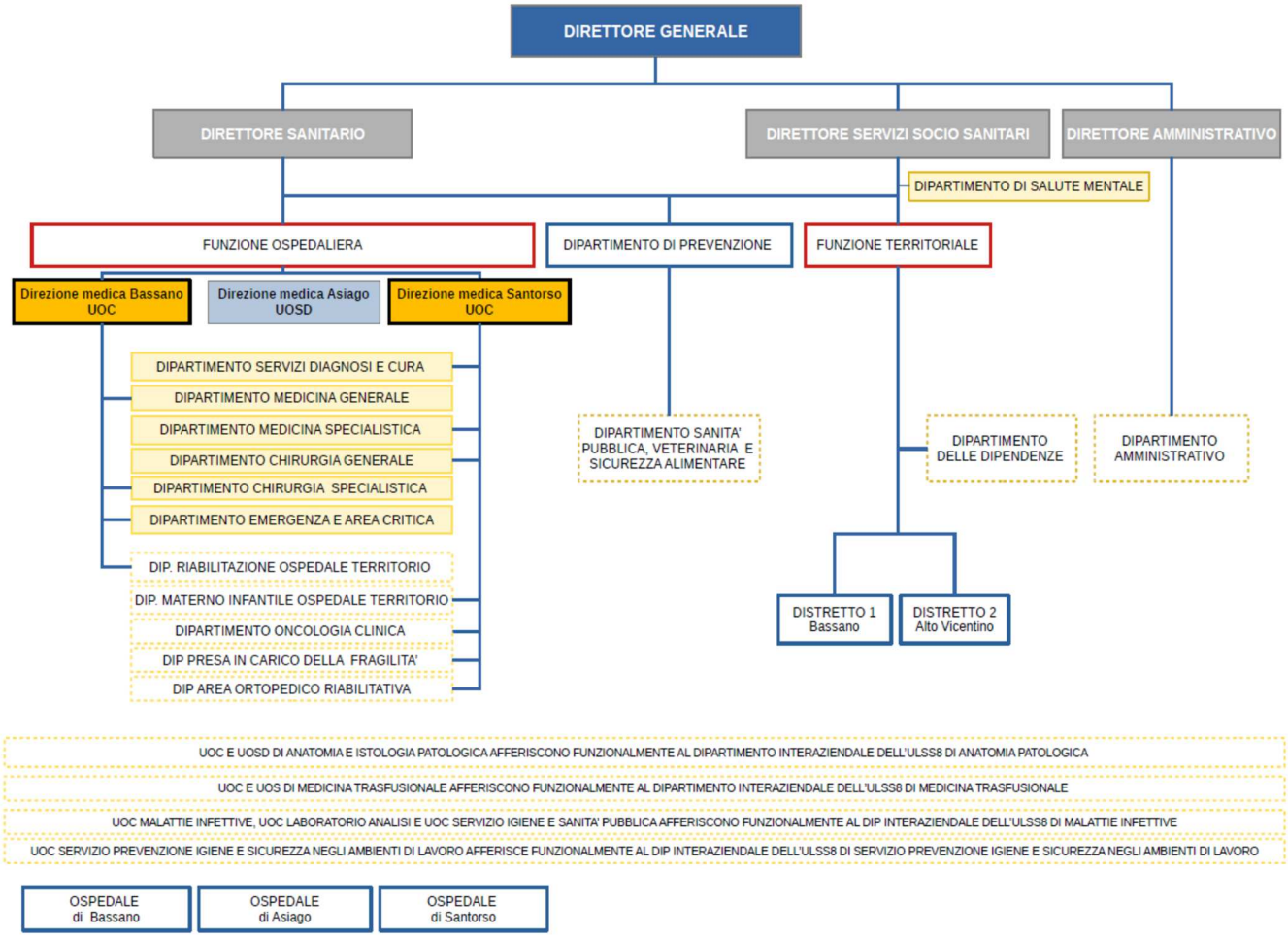
Tali modifiche vanno in un'ottica di *riorganizzazione di tipo dipartimentale*, tale da favorire l'integrazione tra le strutture ospedaliere dei diversi presidi e tra l'Ospedale e i molteplici Servizi Territoriali, nonché l'omogeneizzazione dei 2 Distretti. Inoltre, il nuovo modello organizzativo sarà in grado di garantire risposte unitarie maggiormente flessibili, tempestive e razionali, con una più efficiente ed efficace condivisione delle risorse.

In particolare, si prevede:

- la creazione di quattro Dipartimenti ospedalieri strutturali trasversali agli Ospedali spoke di Bassano del Grappa e di Santorso al posto degli attuali 8 e precisamente:
  - un unico Dipartimento di Chirurgia Generale (in luogo dei 2 precedenti, uno per Presidio Ospedaliero spoke - P.O.) e un unico Dipartimento Servizi Diagnosi e Cura (in luogo dei due preesistenti, uno per P.O.). I 2 nuovi dipartimenti avranno afferenza alla Direzione Medica (DMO) di Santorso;
  - un unico Dipartimento di Medicina Generale (in luogo dei 2 precedenti, uno per P.O.) e un unico Dipartimento Emergenza e Area Critica (in luogo dei due preesistenti, uno per P.O.). I 2 nuovi dipartimenti avranno afferenza alla Direzione Medica di Bassano;
- la creazione di 2 nuovi Dipartimenti strutturali: Medicina Specialistica, afferente alla DMO di Santorso e Chirurgia Specialistica, afferente alla DMO di Bassano;

- la creazione di 2 nuovi Dipartimenti Funzionali (DF): DF Area Ortopedica Riabilitativa e DF Presa in carico delle Fragilità, afferenti alla DMO di Santorso;
- la proposta di creare un nuovo DF Interaziendale di Coordinamento che comprende i Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) delle Aziende ULSS 7 Pedemontana e ULSS 8 Berica;
- la ridenominazione del Dipartimento Funzionale Materno Infantile in Dipartimento Materno Infantile Ospedale e Territorio, afferente alla DMO di Santorso;
- Il mantenimento del Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale e Territorio, che afferirà però alla DMO di Bassano;
- Il mantenimento del Dipartimento Funzionale Oncologia Clinica, che afferirà alla DMO di Santorso;
- la soppressione dei Dipartimenti, funzionale transmurale del Farmaco e funzionale Cardiovascolare (di tipo facoltativo);
- la trasformazione della UOS Direzione Medica di Asiago in UOSD, in considerazione della complessa gestione organizzativa del nuovo Ospedale di Asiago, con continui adattamenti logistici e della prevista attivazione in questo P.O. di diverse specificità (tra cui, già attivati nei primi mesi 2022, Hospice, Centro di riferimento regionale del Linfedema, riattivazione della Riabilitazione Cardiologica).

In sintesi, avremmo la seguente nuova organizzazione dipartimentale:



3.2 Organizzazione del lavoro agile

Sono qui indicati, secondo le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché in coerenza con i contratti collettivi nazionali e la definizione degli istituti del lavoro agile in essi stabiliti, la strategia e gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro, anche da remoto, adottati dall'Azienda.
Si fa riferimento pertanto al *Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)* che viene riassorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione 2022-2024.

L'istituto del lavoro agile era stato attivato in azienda con deliberazione n. 339 dell'11 marzo 2020; con tale provvedimento era stato adottato il Regolamento aziendale che ha recepito le norme nazionali allora vigenti, ivi comprese tutte le misure incentivanti e semplificate, attuate in ragione dell'emergenza pandemica. In seguito, in conformità al Decreto Ministeriale 8 ottobre 2021, è stato adottato il nuovo e vigente *Regolamento aziendale sul lavoro agile*, con deliberazione n. 2186 del 17/12/2021.

Il primo Regolamento aziendale, disciplinante l'ambito delle attività, la proposta di assegnazione delle attività e la sua verifica, i criteri di assegnazione ai progetti di lavoro agile, il trattamento giuridico ed economico, la sede di lavoro, le modalità di svolgimento del lavoro agile e l'orario, la durata, le modalità di assegnazione, la postazione di lavoro agile, la protezione dei dati e la salute e sicurezza sul lavoro, ha dettato le modalità attuative dello smart working per tutto il periodo successivo alla sua adozione l'11/03/2020 sino al 31 dicembre 2021.

Si riporta di seguito una rappresentazione sintetica del livello di attuazione del lavoro agile nel periodo Covid e comprendente tutte le azioni che si sono intraprese a favore di questa modalità lavorativa.
Tale livello ha costituito la base di partenza (*baseline*) per programmarne il miglioramento nel periodo di riferimento del Piano Organizzativo.

LA DIMENSIONE DEL LAVORO AGILE (dimensioni)	2020 (COVID)	2021 (COVID)
N° dipendenti totali	4.051	4.143
N° dipendenti che possono svolgere lavoro da remoto	380	439
N° lavoratori agili nel corso dell'anno	274	189
N° lavoratori agili al 31 dicembre	169	141
N° giornate in lavoro agile svolte in media a settimana per dipendente	2	2

IL PROFILO DEI DESTINATARI (dimensioni)	2019 (PRE-COVID)	2021 (COVID)
N° dipendenti agili donne	150	152
N° dipendenti agili over 60	1	31

FORMAZIONE SU TEMI COLLEGATI A LAVORO AGILE	2020 (COVID)	2021 (COVID)
N° corsi attivati	2	0
Giornate totali di formazione	2	0
N° destinatari	4	0

TECNOLOGIA	2020 (COVID)	2021 (COVID)
N° di dispositivi (PC) messi a disposizione per lavoro agile	160	163
N° di dispositivi (modem) messi a disposizione per lavoro agile	54	54
N° di dispositivi (cellulare) messi a disposizione per lavoro agile	21	21
N° dipendenti agili che hanno lavorato con dispositivi propri (PC)	148	26
N° dipendenti agili che hanno lavorato con dispositivi propri (cellulare - modem)	233	139

3.2.1 Modalità attuative

La deliberazione n. 339 dell'11/03/2020 di adozione del Regolamento aziendale sul lavoro agile si è conformata al decreto legge 2 marzo 2020, n. 9 recante "Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", prevedendo quale durata iniziale dell'accordo individuale il periodo massimo di un mese, salvo eventuale proroga fino al termine dello stato di emergenza.
Per effetto delle successive proroghe disposte ex lege, l'Azienda ha provveduto a prorogare gli accordi individuali in essere, nonché ad attivarne di nuovi in ragione delle necessità espresse di volta in volta dai dipendenti e dai Responsabili di unità operativa interessati.
Fatto salvo il periodo di massima emergenza, la partecipazione al lavoro agile è da sempre volontaria.
Si rappresenta peraltro che, pur in vigenza di un regime semplificato, tutti i dipendenti che hanno svolto l'attività da remoto in modalità agile sono stati chiamati a sottoscrivere un accordo individuale disciplinante la durata, gli obiettivi, le fasce di reperibilità, le modalità di rendicontazione dell'attività e degli orari svolti, sulla base di un progetto di smart working compilato in accordo con il dirigente responsabile dell'unità operativa di afferenza e validato dal Direttore di articolazione aziendale competente.
Sono state escluse di norma dallo svolgimento in modalità di lavoro agile le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti, le attività da prestare su turni e quelle che per loro natura richiedessero l'utilizzo costante di strumentazione non remotizzabile. In ogni caso la compatibilità dell'attività oggetto del progetto di lavoro agile a tale modalità di lavoro è stata previamente verificata dal dirigente proponente e avallata dal Direttore di articolazione aziendale competente.
In caso di richieste di accesso al lavoro agile in numero superiore rispetto a quelle rese disponibili dal Direttore della struttura di appartenenza, lo stesso riconosceva priorità alle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità ovvero ai lavoratori con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 co.3 della L 104/1992. In ogni caso nella scelta, si è tenuto altresì conto delle 'skills' del lavoratore, valutando il grado di affidabilità, la capacità di organizzazione e decisione. Fatte salve le predette priorità, sono stati utilizzati i seguenti criteri di scelta: situazioni di disabilità psico-fisiche del lavoratore tali da rendere disagevole il raggiungimento del luogo di lavoro; condizioni di salute del lavoratore; esigenze di cura di figli minori in relazione al numero ed all'età; esigenze dì cura nei confronti di famigliari e conviventi; maggior tempo di percorrenza dall'abitazione del dipendente alla sede di lavoro.
È stata prevista un'alternanza tra lavoro a distanza e lavoro in ufficio, per le verifiche ed i contatti necessari al corretto svolgimento delle mansioni del lavoratore, in modo variabile in base al tipo di attività e secondo le modalità previste in ciascun progetto. Per i lavoratori cosiddetti fragili è stata adottata in prevalenza la modalità a distanza per tutto l'arco della settimana lavorativa, con maggiore flessibilità anche in ordine alle attività ordinarie svolte dal dipendente in presenza (nello specifico è stato accordato lo smart working a taluni lavoratori fragili impiegati in attività socio assistenziali e di cura, strutturando progetti specifici volti ad alleggerire il carico amministrativo dei colleghi operativi in presenza e ad approfondire tematiche di aggiornamento clinico e amministrativo).

Fatte salve le fasce di contattabilità, al lavoratore in modalità agile è stato garantito il rispetto dei tempi di riposo (11 ore); è stato altresì salvaguardato il diritto alla disconnessione dalla strumentazione tecnologica al di fuori di quanto concordato nell'accordo individuale.
In attuazione delle disposizioni contenute nel decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 8/10/2021 sono state fornite ai Direttori/Responsabili delle unità operative, con circolare prot. n. 85541 del 14/10/2021, specifiche indicazioni per il rientro in presenza del personale, rinviando all'adozione di specifica regolamentazione aziendale l'autorizzazione all'accesso al lavoro agile dopo la data del 30 ottobre 2021 e fornendo le istruzioni atte all'adozione delle misure organizzative necessarie per la piena attuazione di quanto disposto dal decreto, assicurando comunque da subito la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti e dei settori preposti alla erogazione di servizi all'utenza.

Con deliberazione n. 2186 del 17/12/2021 è stato adottato il nuovo Regolamento aziendale sul lavoro agile, in conformità al Decreto Ministeriale 8 ottobre 2021.

Il provvedimento dà conto delle novità normative succedutesi nel tempo, in particolare il DPCM del 23 settembre 2021, che stabiliva, a decorrere dal 15/10/2021, quale modalità ordinaria di svolgimento del lavoro per la pubblica amministrazione, quella svolta in presenza, nel rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19; di conseguenza il provvedimento stabiliva il termine della modalità semplificata per il lavoro agile utilizzata per tutto il periodo emergenziale, fatta eccezione per i lavoratori fragili.

In ottemperanza a quanto previsto dal decreto in parola è stato stabilito che, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile, l'accesso allo stesso potesse essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti condizioni:
a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
b) l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
c) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
d) l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
e) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
f) l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire almeno:

1. gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
2. le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;
3. le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;
4. il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;

h) le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.
Ai fini dell'omogenea attuazione delle misure previste, il decreto demanda a specifiche linee guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione, che sono state condivise con le organizzazioni sindacali e sono state trasmesse alla Conferenza Unificata per il previsto parere.

3.2.2 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Il processo aziendale di attivazione del lavoro agile prevede che il Direttore di Unità Operativa Complessa o Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale, verificata la compatibilità dell'attività individuata con il lavoro agile, invii all'U.O.C. Gestione Risorse Umane *la proposta di lavoro agile*, comprensiva del dettaglio delle attività e relativi obiettivi assegnati, del dipendente assegnatario, validata dal Direttore di Dipartimento (ove presente) e dal Direttore di Area. Ricevuta la proposta di cui all'art.2, il Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane procederà all'assegnazione di posizioni di lavoro agile *con sottoscrizione dell'Accordo Individuale* che prevede: oggetto dell'attività lavorativa durata della prestazione lavorativa di lavoro agile, indicazione del numero delle giornate per le quali è previsto il rientro in sede, indicazione delle fasce di reperibilità e diritto alla disconnessione, indicazione dei luoghi in cui verrà svolta l'attività, strumenti utilizzati dal lavoratore, forme di esercizio del potere di controllo e del potere direttivo.

La *verifica* sul completamento delle *attività assegnate è effettuata dal Direttore/Responsabile della struttura* di appartenenza.
La *strumentazione per il lavoro agile* che può essere fornita al lavoratore è la seguente: PC portatile configurato per accesso alle procedure applicative e alle cartelle condivise in uso e autorizzate; Modem PC con scheda SIM dati da 20GB per la connessione alla rete aziendale. A fronte dell'eventuale indisponibilità o insufficienza di dotazione informatica da parte dell'Amministrazione, l'attivazione del lavoro agile è subordinato alla disponibilità da parte del dipendente di utilizzare i propri dispositivi, con garanzia di adeguati livelli di sicurezza e protezione della rete secondo le esigenze e modalità definite dalla U.O.S.D. Sistemi Informativi.
L'Azienda garantisce *la salute e la sicurezza del lavoratore* che svolge la prestazione in modalità agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, un'informativa scritta in cui sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.
Oltre la fase emergenziale, è previsto il *collegamento con gli altri soggetti aziendali interessati*: *Comitato unico di garanzia* (*CUG*), nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica di politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo; *Organismo indipendente di valutazione* (*OIV*) per verificare l'adeguatezza metodologica degli indicatori del presente PIAO; *Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)* nell'individuazione dei cambiamenti organizzativi e conseguenti adeguamenti tecnologici necessari.

3.2.3 Programma di sviluppo del lavoro agile

Per il triennio 2022-2024 l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, consolidato il patrimonio di esperienza maturato sul campo nel periodo da marzo a dicembre 2020 e sviluppate le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa e della digitalizzazione dei processi, intende *mettere a regime lo strumento del lavoro agile*, svincolandolo dalle necessità dettate dalla fase emergenziale e rendendolo sempre più uno strumento volto a migliorare la qualità della vita e del lavoro dei soggetti interessati.

Tuttavia, l'emergenza sanitaria causata dal virus Covid-19 rende tuttora difficile l'individuazione e la concreta definizione dei livelli attesi degli indicatori per misurare lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e gli impatti attesi. Vengono pertanto riportate di seguito alcune azioni oggetto di sviluppo e monitoraggio, rinviando, non appena possibile, l'estensione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile in conformità alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, nonché alle disposizioni che saranno fornite dal nuovo contratto collettivo del personale del comparto sanità, i cui contenuti sono attualmente previsti dal Titolo VI dell'Ipotesi di CCNL comparto sanità 2019 – 2021.

.

DIMENSIONI	OBIETTIVI/ INDICATORI	STATO 2020 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	**SALUTE ORGANIZZATIVA**					
	Coordinamento organizzativo Lavoro Agile	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Monitoraggio Lavoro Agile	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Help desk Informatico dedicato	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Programmazione per obiettivi/progetti/processi	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	n. Pc per lavoro agile	160	163	incremento	incremento	incremento
	% lavoratori agili dotati di dispositivi traffico dati	31,95	38,30	incremento	incremento	incremento
	Sistema VPN	presente	presente	presente	presente	presente
	Intranet	presente	presente	presente	presente	Presente
	% Applicativi consultabili in lavoro agile	100	100	100	100	100
	% Banche dati consultabili in lavoro agile	100	100	100	100	100
	% firma digitale fra lavoratori agili	100	100	100	100	100
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	**QUANTITA'**					
	% lavoratori agili effettivi	72,10	43,05	44	45	46
	% giornate lavoro agile	2	2	mantenimento	mantenimento	Mantenimento
	QUALITA'					
	livello soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti /posizioni organizzative e dipendenti	non rilevato	non rilevato	rilevazione livello 2021	incremento livello 2022 rispetto al 2021	incremento livello 2023 rispetto al 2022

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale dei fabbisogni di personale si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, in coerenza ad essa, è finalizzato al potenziamento dei servizi e al miglioramento della loro qualità.
L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, con deliberazione n. 2083 del 30/11/2021, ha adottato l'aggiornamento per l'anno 2021 del precedente piano triennale e il *piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2022-2024*, secondo quanto previsto dalla disciplina in materia, nazionale (Decreto Legislativo n. 165/2001 e s.m.i.) e regionale (DGRV n. 677/2018 e note regionali del 16/11/2021 prot.n. 536511 e n. 538458).
Successivamente il piano triennale 2022-2024 è stato aggiornato per l'esercizio 2022 (deliberazione n. 220 del 11/02/2022), in relazione al dato del Costo incarichi con specifico finanziamento, che andava adeguato in misura pari al valore di costo degli incarichi prorogati o conferiti per l'emergenza epidemiologica Covid.

3.3.1 Politiche del personale e copertura dei fabbisogni

Le politiche di sviluppo dell'Azienda ULSS 7 sono state oggetto di significativa revisione nel corso del 2021, anche per il nuovo impulso dato alle attività di reclutamento di personale.
L'indirizzo aziendale, con l'insediamento dell'attuale direzione strategica nell'anno scorso, è infatti centrato sul consolidamento dell'Azienda ULSS 7 che, superando la fase transitoria data dalla fusione delle 2 ex aziende ULSS 3 e ULSS 4, giunga alla realizzazione della propria definitiva identità.

In quest'ottica, un ruolo fondamentale è rivestito dalle politiche di reclutamento e di crescita del personale, che garantiscano un'equilibrata distribuzione delle risorse tra i due distretti aziendali e rinnovino le dotazioni organiche con personale in possesso di esperienze maturate in realtà diverse e di conoscenze e consapevolezze arricchenti in termini di idee e contenuti.
Inoltre si vuole inserire quanto più possibile elementi di novità, anche con l'acquisizione di risorse giovani, che abbiano da poco maturato la loro esperienza accademica e siano formate con i più moderni approcci alla realtà professionale e tecnologica.

La maggiore criticità nella politica di reclutamento delle risorse umane è determinata dalla difficoltà di assumere il personale medico necessario per l'insufficiente partecipazione di candidati alle selezioni concorsuali. In conseguenza di ciò, l'Azienda risulta impossibilitata ad assicurare integralmente il turn over del personale medico. Trattandosi peraltro di un problema generalizzato, non ci sono nuove assunzioni, ma per lo più spostamenti da un'azienda all'altra, con riverberi sulle attività di entrambe le aziende coinvolte.

Tutto ciò a fronte di un sensibile incremento delle cessazioni per pensionamento o per il lavoro autonomo o ancora per intraprendere carriere di MMG/PLS o SAI, determinato anche dall'emergenza sanitaria, che ha reso più difficili le condizioni di lavoro del personale sanitario, maggiormente esposto a rischi e chiamato altresì a compensare le assenze dovute a malattia dei colleghi e alle sospensioni degli inottemperanti all'obbligo vaccinale.

Nonostante le politiche di gestione dell'Azienda siano concentrate a creare i presupposti per un miglioramento dell'attività istituzionale mediante assunzioni di personale a tempo indeterminato, il quadro che si va a delineare non sembra risolutivo di questa situazione di stallo, per arginare la quale si è dovuto necessariamente ricorrere alla stipula di contratti libero professionali ai sensi dell'art.7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001, anche con professionisti pensionati della PA, al solo fine di raggiungere l'obiettivo di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Parimenti si è stati costretti a procedere con l'incremento dei professionisti impegnati nella Specialistica Ambulatoriale Interna (SAI), nonché con l'acquisizione di servizi per integrare le attività di alcuni reparti per i quali il reperimento di professionalità mediche è risultato particolarmente arduo, come per Pronto Soccorso, Anestesia e Pediatria.

La mancata copertura del turn over, in particolare per la dirigenza medica, ha prodotto anche dirette conseguenze sulla dinamica della spesa del personale, che attualmente porta a superare il tetto di spesa per gli incarichi libero professionali, autorizzato in deroga dalla Regione, oltre ad un incremento nella spesa SAI.

La pianificazione dell'Azienda prevede comunque una progressiva riduzione dei contratti libero professionali, con contestuale integrazione di personale dipendente tale da coprire il fabbisogno come si evince dalla dotazione organica presentata.

Il fabbisogno di personale è stato inoltre aggiornato con il previsto incremento reso necessario al fine id dare completa attuazione all'Atto Aziendale, nonché per le esigenze determinate dall'emergenza epidemica e dalle sue conseguenze (aumenti dei tempi d'attesa a causa differimento di prestazioni, potenziamento assistenza, in particolare terapia intensiva e semintensiva, attività di vaccinazione).

Da tale particolare situazione discende, come conseguenza immediata, la necessità di implementare da subito gli organici definiti per l'anno 2022, che comprendono acquisizioni di dirigenti medici, sanitari e professionali, nonché di personale infermieristico, tecnico sanitario, della riabilitazione, di operatori socio sanitari e di altro personale del ruolo tecnico.

Si riportano, nelle tabelle seguenti, il fabbisogno di personale per gli anni 2022, 2023 e 2024 (tabella A) e la dotazione organica 2021 (tabella B).

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale. Anni 2022, 2023 e 2024

	Macroprofili	Ruo-lo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti[1] FTE ANNUI	DIPENDENTI: Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	DIPENDENTI: Costo Dipendenti Bilancio Sociale[2]	DIPENDENTI: Costo Prestazioni Aggiuntive	DIPENDENTI: Costo Prestazioni Aggiuntive	NON DIPENDENTI: Costo Personale Universitario	NON DIPENDENTI: Costo SAI	NON DIPENDENTI: Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	NON DIPENDENTI: Costo Somministrazione	NON DIPENDENTI: Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	NON DIPENDENTI: Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	NON DIPENDENTI: Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale[5]	NON DIPENDENTI: Altre Tipologie
					-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010			CON SPECICO FINANZIAMENTO[4]	-	-
					€ 189.990.694,27	-	€ 1.224.284,23	-	-	€ 5.207.346,00	€ 1.479.521,21			-	-	-
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	603,69	135,02	€ 55.498.614,17	€ -	€ 1.224.284,23	€ 230.000,00	€ -	€ 4.550.654,40	€ 2.355.881,46	€ -	€ 307.734,63	€ 3.819.752,90	€ -	€ 2.756.108,80
	Dirigenza veterinaria	S	28,45	0,50	€ 2.641.805,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 40.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	70,80	19,57	€ 4.540.926,43	€ 123.883,42	€ -	€ -	€ -	€ 656.691,91	€ -	€ -	€ 16.305,26	€ 415.469,08	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	24,86	0,62	€ 2.051.412,76	€ 66.962,18	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17.500,00	€ 18.000,00	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**727,80**	**155,71**	**€ 64.732.758,77**	**€ 190.845,60**	**€ 1.224.284,23**	**€ 230.000,00**	**€ -**	**€ 5.207.346,31**	**€ 2.395.881,46**	**€ -**	**€ 324.039,89**	**€ 4.252.721,98**	**€ 18.000,00**	**€ 2.756.108,80**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.767,66	23,07	€ 69.212.712,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 922.508,45	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	188,37	5,25	€ 6.912.601,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 69.018,21	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	189,41	1,15	€ 6.005.267,41	€ 908.384,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 22.250,00	€ -	€ -	€ 13.046,42	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	91,24	5,27	€ 3.187.419,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 231.414,76	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	13,94	0,00	€ 472.621,85	€ 35.728,42	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	632,82	3,69	€ 18.069.370,20	€ 1.156.200,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 156.800,97	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	256,27	7,41	€ 8.000.570,89	€ 535.229,99	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 334.749,54	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	443,82	0,00	€ 13.397.370,65	€ 342.462,42	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**3.583,53**	**45,84**	**€ 125.257.935,50**	**€ 2.978.005,69**	**€ -**	**€ -**	**€ -**	**€ -**	**€ 22.250,00**	**€ -**	**€ -**	**€ 1.727.538,35**	**€ -**	**€ -**
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		**4.311,33**	**201,55**	**€ 189.990.694,27**	**€ 3.168.851,29**	**€ 1.224.284,23**	**€ 230.000,00**	**€ -**	**€ 5.207.346,31**	**€ 2.418.131,46**	**€ -**	**€ 324.039,89**	**€ 5.980.260,33**	**€ 18.000,00**	**€ 2.756.108,80**

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, SAI, Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, Consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; Contratti di Somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2021

	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali[1] (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.[2]	Personale da processi di reinternalizzazione[3]
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	657	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	28	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	65	2	2	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	27	1	1	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**777**	**3**	**3**	**0**	**0**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.842	1	1	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	188	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	164	45	19	0	0
	Personale della prevenzione	S	108	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	T	566	88	37	0	0
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	252	23	15	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	426	15	12	0	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**3.546**	**172**	**84**	**0**	**0**
	TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		**4.323**	**175**	**87**	**0**	**0**

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi
2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.
3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio)
- Circolare n.420008 del 01/10/2019

3.3.2 Formazione del personale

La formazione del personale rappresenta per l'Azienda una strategia prioritaria per la riqualificazione e il potenziamento delle competenze sia tecniche e professionali che trasversali delle risorse umane.

Ciò è stato ancora più rilevante nella situazione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, che ha portato ad affrontare aspetti del tutto nuovi sia rispetto alle tematiche trattate che alle modalità di tenuta degli eventi formativi e quindi anche delle risorse attivate per organizzare i corsi.

Nella prospettiva di un rientro alla normalità, l'Azienda programma le attività formative come per gli anni pre-pandemia, pur facendo tesoro delle esperienze maturate durante l'emergenza, con corsi trasversali d'interesse per tutti i lavoratori, quali quelli legati alla sicurezza, all'igiene, alla gestione dello stress e dei conflitti, con corsi relativi a tematiche di rilevanza strategica per l'Azienda e con corsi di sviluppo professionale dedicati a specifiche tematiche.

Si presenta in sintesi la programmazione per il 2022, con riferimento agli ambiti di formazione, al numero di edizioni e ai costi previsti. Si evidenzia che saranno coinvolti in media per edizione 26 dipendenti.

PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2022			
AMBITI FORMAZIONE	N. CORSI	N. EDIZIONI	SPESA PREVISTA
SICUREZZA T.U. 81	13	106	102.316,90 €
STRATEGICA AZIENDALE	24	193	78.096,84 €
TERRITORIO	24	44	48.100,00 €
OSPEDALE	54	111	70.618,82 €
ALTRE STRUTTURE	24	26	5.350,00 €
TOTALI	**139**	**480**	**304.482,56 €**

4. MONITORAGGIO

Le attività, gli strumenti e le modalità di monitoraggio sono riportate nelle singole sezioni di cui si compone il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Tali attività fanno riferimento comunque a quanto previsto dalla normativa, in particolare, per la Performance, il monitoraggio avviene secondo le modalità stabilite dal decreto legislativo n. 150/2009, per i Rischi corruttivi e trasparenza, secondo le indicazioni di ANAC e per l'Organizzazione e capitale umano, il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di cui all'art.14 del D.Lgs. 150/2009.

Per quanto concerne le *rilevazioni sulla soddisfazione degli utenti*, saranno riprese le indagini condotte in precedenza, sospese nell'ultimo biennio a causa dell'emergenza epidemica.

Queste indagini riguardano, in modo sistematico e con strumenti e modalità consolidate, i ricoveri ospedalieri e le attività di specialistica ambulatoriale, nonché le residenze per anziani non autosufficienti e per disabili del privato convenzionato, S'intende strutturare rilevazioni sulla qualità percepita anche per alcuni servizi territoriali, in passato coinvolti in modo saltuario o per finalità di verifica determinate da situazioni contingenti.

Per la valutazione complessiva del PIAO, si prevedono dei momenti di verifica sullo stato di attuazione, promossi dalla UOC Controllo di Gestione con il coinvolgimento delle altre strutture interessate dai vari piani ivi assorbiti.

Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità o della necessità di modifiche a causa di cambiamenti fattuali o normativi, interni ed esterni all'Azienda, o che possono comunque essere rilevanti per l'aggiornamento annuale del PIAO.