

**Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana**

Sede Legale via Sant' Ambrogio di Fiera n. 37 - 31100 Treviso



**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

n. 198 del 31/01/2025

Il Direttore generale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana dott. Francesco Benazzi, nominato con D.P.G.R. n. 8 del 26 febbraio 2024, coadiuvato da:

Direttore amministrativo	- Mangione Patrizia
Direttore sanitario	- Antico Antonio sostituto
Direttore dei servizi socio-sanitari	- Vescovi Paola

ha adottato la presente deliberazione:

**OGGETTO**

ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025-2027 E DEL BUDGET PER CENTRO DI RESPONSABILITÀ

## OGGETTO

ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025-2027 E DEL BUDGET PER CENTRO DI RESPONSABILITÀ

Il Direttore della UOC Controllo di gestione, il Direttore della UOC Gestione risorse umane e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, responsabili del procedimento per quanto di rispettiva competenza, verificata la compatibilità con le norme nazionali, regionali e regolamenti vigenti in materia, relazionano al Direttore Generale quanto di seguito riportato.

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 recante "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, dispone che "Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190".

Con Decreto del Presidente della Repubblica del 24 giugno 2022, n. 81, recante "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione", sono stati individuati gli adempimenti soppressi in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione, in particolare relativamente al Piano dei fabbisogni, al Piano delle Performance, al Piano di prevenzione della corruzione, al Piano organizzativo del lavoro agile, al Piano delle azioni positive.

Con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica del 30 giugno 2022, n. 132 è infine stato definito il contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione che deve contenere, oltre alla scheda anagrafica dell'amministrazione, le seguenti sezioni:

- Valore pubblico, Performance e Anticorruzione;
- Organizzazione e Capitale umano;
- Monitoraggio.

L'art. 6, comma 4, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, prevede inoltre che le pubbliche amministrazioni pubblicino il PIAO nel proprio sito istituzionale entro il 31 gennaio di ogni anno e inviino lo stesso al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione nel relativo portale.

Con nota circolare n. 2/2022 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica avente per oggetto “Indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80”, è stato specificato che “ai fini dell’assolvimento dell’obbligo di cui all’articolo 6, comma 4, del decreto-legge n. 80/2021, le Amministrazioni tenute all’adozione del Piano devono trasmettere tempestivamente il proprio documento di programmazione al Dipartimento della funzione pubblica utilizzando esclusivamente le apposite funzionalità presenti nell’Area riservata del Portale PIAO”.

Infine, con Delibera della Giunta regionale n. 1717 del 30 dicembre 2022, trasmessa a tutte le Aziende sanitarie con nota prot. n. 20438 del 12 gennaio 2023, la Regione del Veneto ha approvato le “Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale”.

Sulla base del contenuto relativo alla parte performance del Piano integrato di attività e organizzazione e in considerazione in particolare di quanto previsto dalla Delibera della Giunta regionale n. 1557 del 30 dicembre 2024 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025”, l’Azienda ha predisposto e negoziato le schede di budget per Dipartimento e Centro di Responsabilità nel mese di gennaio.

In considerazione di quanto sopra, il Direttore della UOC Controllo di gestione, il Direttore della UOC Gestione risorse umane e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza propongono di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027, corredato dei relativi allegati, nel testo allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

Si propone inoltre di approvare le schede di budget per Centro di Responsabilità, di cui all’allegato elenco, sottoscritte e conservate agli atti della UOC Controllo di gestione.

**RICHIAMATE** le deliberazioni aziendali:

- n. 175 del 31 gennaio 2024 recante “Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026”;
- n. 2506 del 29 novembre 2024 recante “Revisione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2024 e Adozione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025-2027 dell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana”;

VISTE le Leggi Regionali n. 55 e n. 56 del 14 settembre 1994;

VISTO l’art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

**IL DIRETTORE GENERALE**

VISTA la suesposta relazione;

CONDIVISE le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta del succitato Dirigente proponente;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore amministrativo, sanitario e dei servizi socio-sanitari, per le parti di rispettiva competenza;

#### DELIBERA

- 1) di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027, come previsto all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, corredato dei relativi allegati, nel testo allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- 2) di approvare le schede di budget per Centro di Responsabilità, di cui all'allegato elenco, sottoscritte e conservate agli atti della UOC Controllo di gestione;
- 3) di confermare come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana l'avv. Eugenio Varotto, Dirigente amministrativo della UOS Servizi sociali;
- 4) di nominare come sostituto del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza il dott. Livio Dal Cin, Direttore della UOC Servizi sociali e socio-sanitari, anche in relazione alle segnalazioni in materia di *whistleblowing* di cui al punto 2, ultimo alinea, del dispositivo alla DDG n. 1413 del 13 luglio 2013;
- 5) di confermare come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato della UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, fino alla data del 31 gennaio 2026;
- 6) di demandare a ciascun Referente, come individuato nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025–2027, gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- 7) di pubblicare il PIAO 2025–2027 nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nelle previste sezioni di “Amministrazione Trasparente” e di trasmetterlo al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri utilizzando le apposite funzionalità presenti nell'Area riservata del Portale PIAO;
- 8) di dare atto che il presente provvedimento diventa esecutivo dalla data di adozione.

\*\*\*\*\*

*Documento firmato digitalmente e conservato secondo la normativa vigente.*

Per il parere favorevole di competenza:

Il Direttore amministrativo	Mangione Patrizia
Il Direttore sanitario	Antico Antonio sostituto
Il Direttore dei servizi socio-sanitari	Vescovi Paola

**Il Direttore generale  
Benazzi Francesco**

---



# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025-2027

**Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana**

*L'Azienda che ha a cuore i cittadini del territorio*

REGIONE DEL VENETO



**ULSS2**  
MARCA TREVIGIANA

# SOMMARIO

<b>SOMMARIO</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>SCHEMA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE</b>	<b>4</b>
PREMESSA	4
IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE	5
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	10
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA	14
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	17
L'ASSISTENZA PRIMARIA	22
IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	23
<b>VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>25</b>
VISION E MISSION AZIENDALE	25
PROGRAMMAZIONE, OBIETTIVI E VALUTAZIONE	26
PERFORMANCE	33
<i>Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse</i>	34
<i>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino</i>	35
<i>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</i>	36
<i>Obiettivo strategico 4 – Umanizzazione delle cure</i>	39
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	41
<i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione</i>	41
<i>La gestione dei rischi di corruzione</i>	44
<i>Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione</i>	47
<i>La trasparenza</i>	56
<i>Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza</i>	57
<i>Rendicontazione e diffusione</i>	58
<b>ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>60</b>
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	62
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	63
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	67
PIANO FORMATIVO AZIENDALE	77
PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	79
<b>MONITORAGGIO</b>	<b>81</b>
<b>ELENCO DEGLI ALLEGATI</b>	<b>85</b>
ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI	85
ALLEGATO 2 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA - OBIETTIVI E INDICATORI	85
ALLEGATO 3 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	85
ALLEGATO 4 - PIANO DEI FABBISOGNI	85

# INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione e governance introdotto dalla legge allo scopo di semplificare e rendere più efficienti le attività degli enti pubblici in materia di pianificazione, gestione delle risorse umane, misurazione della performance e prevenzione della corruzione. Il Piano integrato di attività e organizzazione illustra gli obiettivi e le strategie che l'Azienda ULSS 2 intende perseguire nel prossimo triennio per realizzare la sua missione istituzionale, ovvero ottenere il più alto livello possibile di salute, sia dal punto di vista del singolo individuo, sia dell'intera collettività di riferimento.

Si tratta di una sfida che, purtroppo, diventa di anno in anno sempre più impegnativa e che riguarda ampi ambiti d'azione: dall'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria nel rispetto dei LEA alla prevenzione della salute, dall'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva. Contiamo di avvicinarci a questi traguardi affiancando alla professionalità e al senso del dovere di tutto il nostro personale (medici, infermieri, tecnici, amministrativi e i moltissimi altri collaboratori che lavorano nell'Azienda) ogni necessario intervento in ordine alla revisione delle attività aziendali, alla semplificazione delle procedure, alla reingegnerizzazione e al monitoraggio dei processi.

Lo sforzo massimo che compiamo ogni giorno è finalizzato a garantire ad ognuno prestazioni d'eccellenza e tempi rapidi di accesso alle cure ma non solo: il nostro operato è finalizzato a far sentire il cittadino prima di tutto accolto, far capire quanto l'Azienda non si faccia *solo* carico del suo problema di salute ma della persona nella globalità. *"Abbiamo a cuore il cittadino"* non è uno slogan: è un modo di sottolineare l'importanza data alla relazione con ogni singolo cittadino del nostro territorio, l'intenzione di prendersene carico e la volontà di accompagnarlo nel suo percorso di cura.

Francesco Benazzi  
Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana



# SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

In questa sezione si riporta una descrizione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, quale Azienda che fa riferimento a un determinato territorio e risponde ai bisogni sanitari della popolazione ivi residente. Inoltre, si illustrano gli ambiti di attività dell'azienda, dall'assistenza ospedaliera a quella specialistica, affiancate dall'assistenza distrettuale e quella primaria, senza dimenticare l'attività di prevenzione quale elemento caratterizzante di un'azienda sanitaria territoriale.

## Premessa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nasce a seguito della ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS della Regione del Veneto per effetto della Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016. A decorrere dal 1° gennaio 2017 l'ULSS n. 9 Treviso ha infatti modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana", mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorporando le sopresse ULSS n. 7 Pieve di Soligo e ULSS n. 8 Asolo. Per effetto dell'incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Treviso.

La sede legale dell'Azienda è in Treviso, via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37. La ricezione della posta elettronica certificata (PEC) aziendale è assicurata dalla casella: protocollo.aulss2@pecveneto.it.

<b>SCHEDA ANAGRAFICA</b>	
<b>Sede legale:</b>	Via S. Ambrogio di Fiera n.37 - Treviso
<b>Codice Fiscale:</b>	03084880263
<b>Data di costituzione:</b>	25 ottobre 2016
<b>PEC:</b>	protocollo.aulss2@pecveneto.it
<b>Sito Web:</b>	www.aulss2.veneto.it
<b>Direttore Generale:</b>	Benazzi Francesco

## Il territorio e la popolazione

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si estende su un territorio di 2.479 km<sup>2</sup> e comprende 94 comuni con una popolazione al 01.01.2024 pari a 879.388 abitanti, di cui 89.698 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali. A livello territoriale è articolata su 4 Distretti socio-sanitari: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Pieve di Soligo e Distretto Asolo.



## Densità abitativa (residenti/kmq)

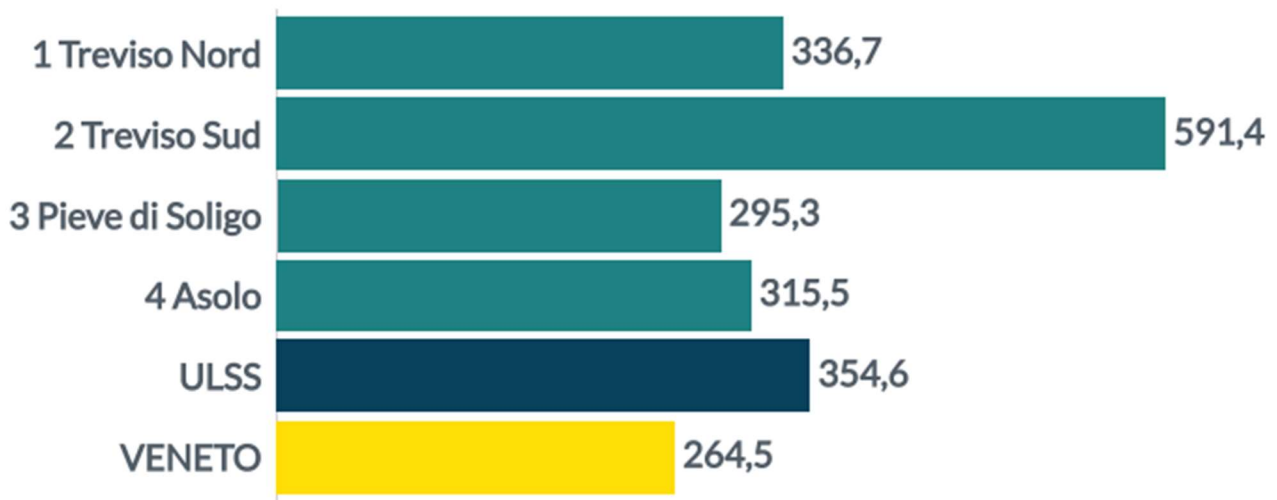


Grafico 1.1.1 Densità abitativa per distretto; densità abitativa aziendale e regionale. Fonte dati: DWH regionale

Come evidenziato nel grafico il Distretto di Treviso Sud risulta essere quello maggiormente popolato (591,4 abitanti per km<sup>2</sup>) ampiamente sopra la densità media regionale (264,5 abitanti per km<sup>2</sup>). Ulteriori indicatori utilizzati per mappare e definire statisticamente la popolazione sono gli indici di vecchiaia e gli indici di natalità.

## Indice di vecchiaia

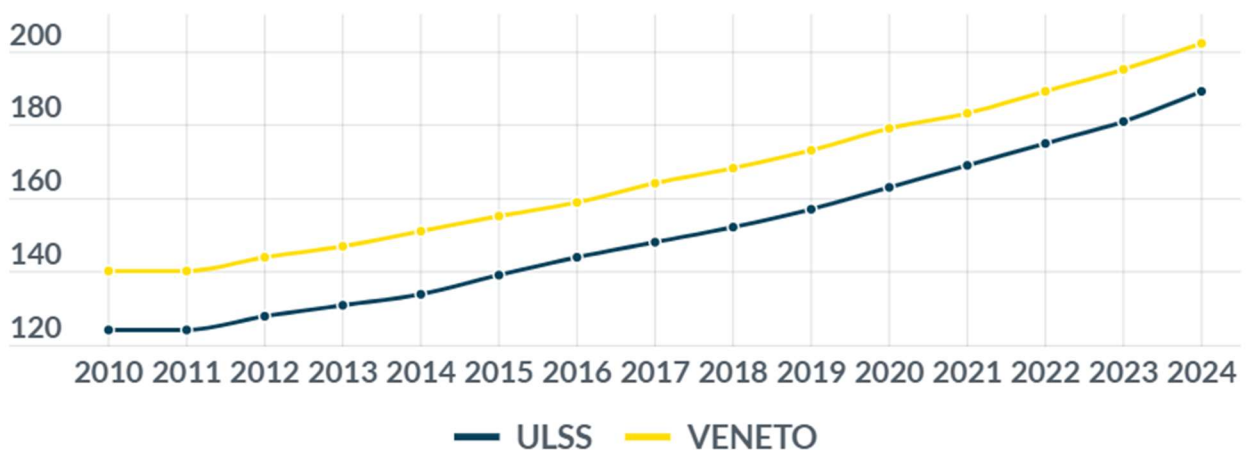


Grafico 1.1.2 Indice di vecchiaia. Fonte dati: DWH regionale

## Indice di natalità

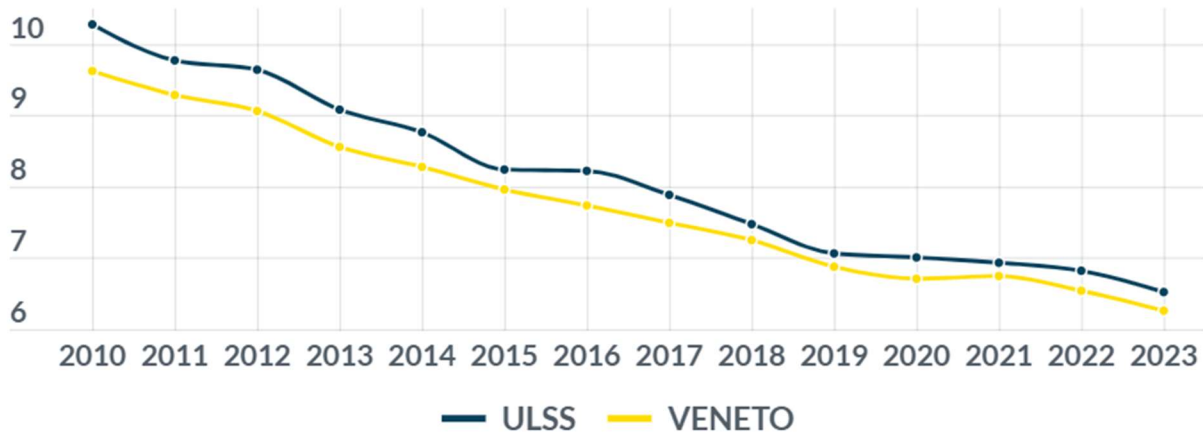


Grafico 1.1.3 indice di natalità. Fonte dati: DWH regionale

Come si evidenzia nel Grafico 1.1.2 la proporzione di popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana presenta un trend in costante crescita, attestandosi però su valori inferiori a quelli regionali. Il dato aziendale è di 189,9 contro una media regionale di 202,9. Parallelamente all'aumento del numero di anziani si evidenzia un andamento decrescente della natalità (il rapporto tra i nuovi nati e la popolazione residente) in linea con un trend già evidente a livello nazionale: l'indice nel 2023 si attesta su un valore di 6,5 (valore regionale 6,3).

In aggiunta, viene riportata la piramide dell'età: da essa emerge come la fascia anagrafica maggiormente rappresentante, per ambo i sessi, sia quella 50-59 anni; unitamente questi individui rappresentano il 16,87% della popolazione residente. Dall'analisi organica di questi dati si deduce come l'indice di vecchiaia tenderà ad aumentare negli anni a venire in contrasto con un trend di denatalità che non sembra invertire.

## Popolazione residente, per sesso e classi di età

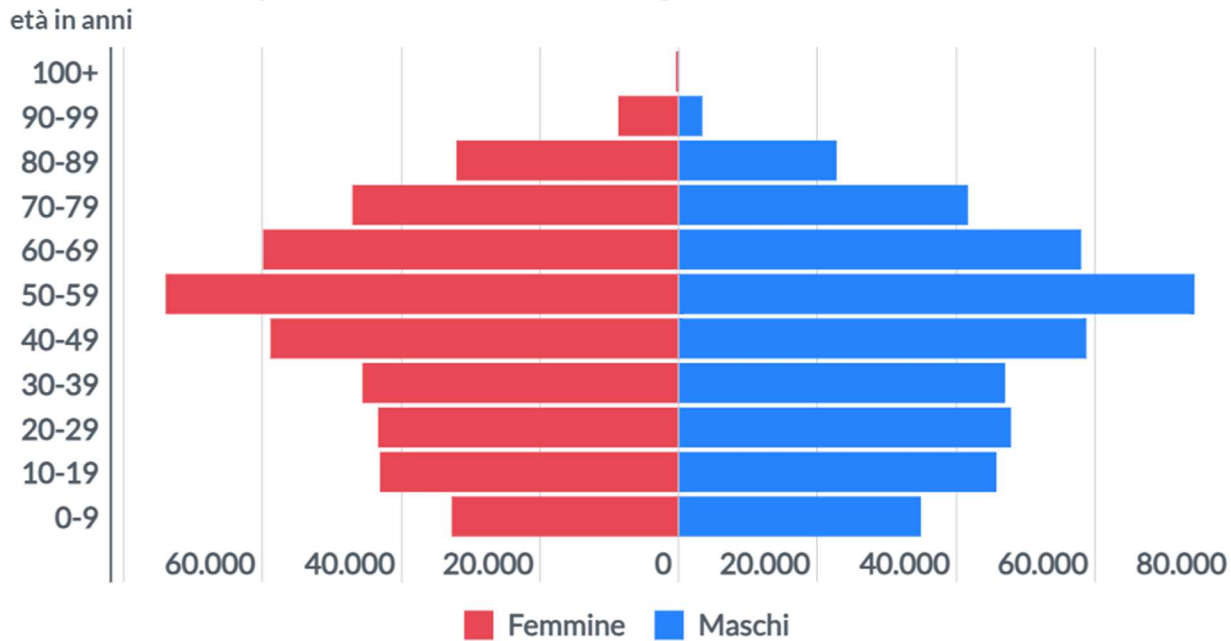


Grafico 1.1.4 Piramide dell'età. Fonte dati: DWH regionale

Ponendo l'attenzione sulla nazionalità e la provenienza della popolazione residente di origine straniera emerge che la macro area maggiormente rappresentata, escludendo il continente europeo, è l'Asia Orientale con circa l'10,9%. A livello complessivo d'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana la percentuale di stranieri sul totale della popolazione residente si attesta all'10,2% a dispetto di una media regionale del 10,3%.

## Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine

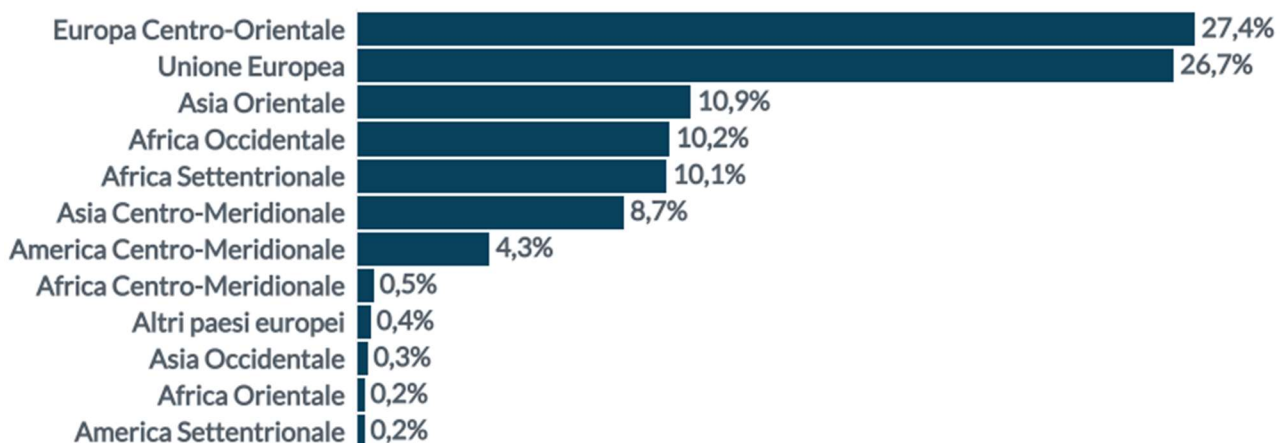


Grafico 1.1.5 Provenienza stranieri per macroregione. Fonte dati: DWH regionale

L'allungamento della vita media evidenziato nelle statistiche precedentemente riportate è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbilità. Dai dati relativi alle 10 patologie per cui si rilascia il più alto numero di esenzioni si evidenzia che ipertensione, malattie cardiache e polmonari, e neoplasie sono tra le patologie più frequenti.

**Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)**

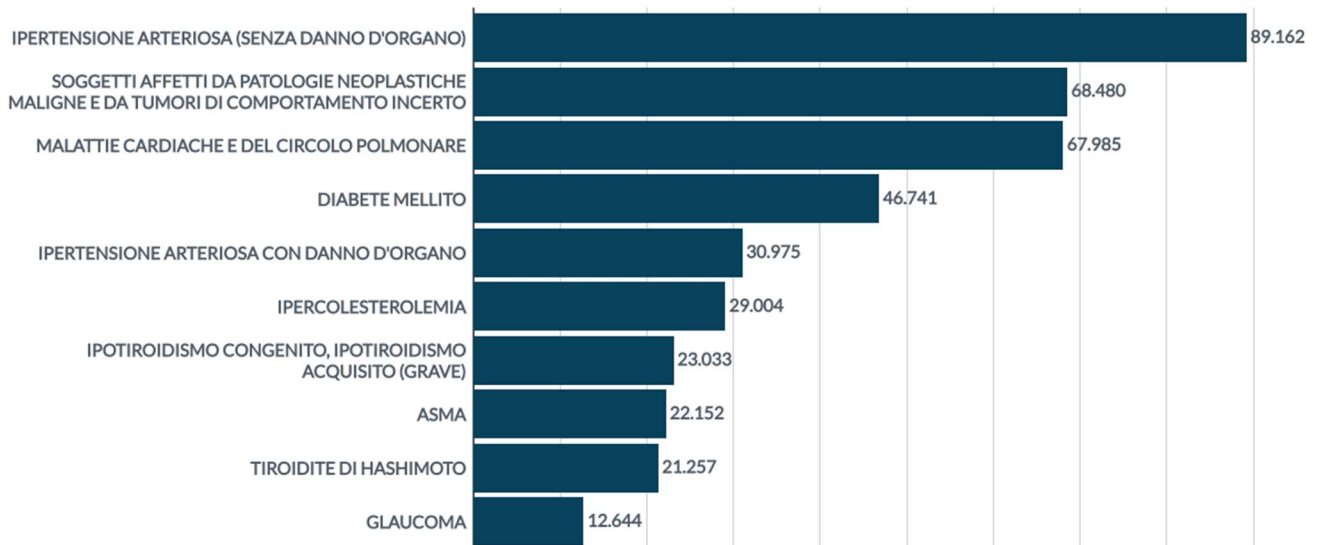


Grafico 1.1.6 Esenzioni per patologia (anno 2024). Fonte dati: DWH regionale

I dati sulla mortalità, riferiti al 2023 (dato definitivo), confermano l'incidenza di determinate patologie sulla mortalità dei residenti: i disturbi del sistema circolatorio e le neoplasie rappresentano la principale causa di morte (su un totale di 8.630 decessi).

**Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso**

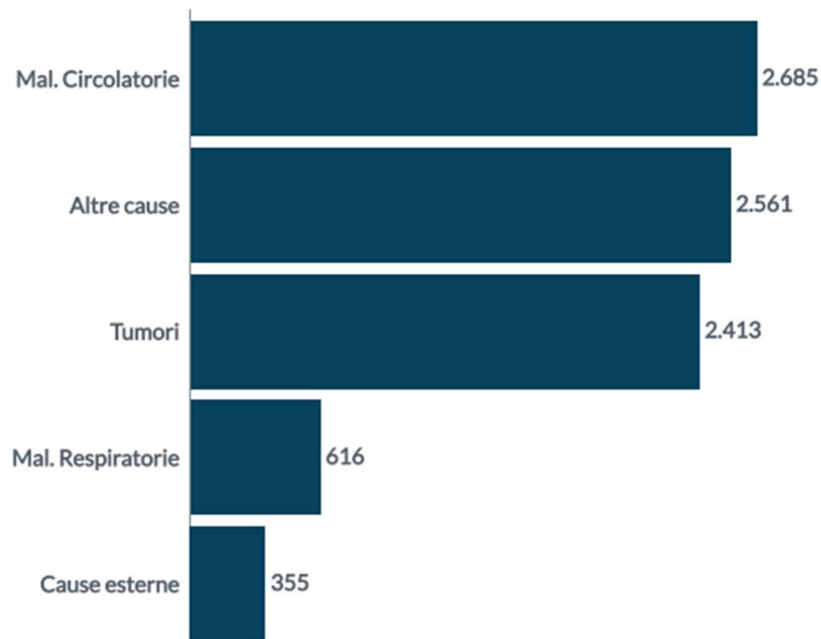


Grafico 1.1.7 Macrocausa di morte. Fonte dati: DWH regionale

### Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso

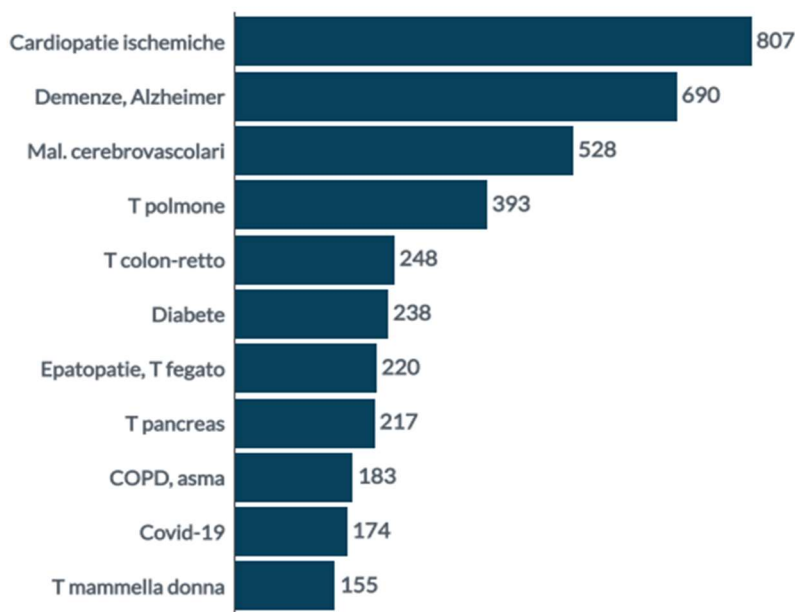


Grafico 1.1.8 Cause specifiche di decesso. Fonte dati: DWH regionale

## L'assistenza ospedaliera

L'Azienda eroga l'assistenza ospedaliera attraverso una rete di strutture proprie e private accreditate. L'erogazione di prestazioni da parte di strutture private con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale è disciplinata dall'accreditamento istituzionale e dall'accordo contrattuale, in attuazione della programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale.

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, la Giunta Regionale con la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019, nel rispetto dei principi delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie di tutti gli Enti, pubblici e privati accreditati, del Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente l'Azienda ha predisposto il proprio piano aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale, che è stato approvato con la DGRV n. 69 del 21 Gennaio 2020. La tabella che segue riepiloga le strutture ospedaliere previste dalla programmazione regionale per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana.

Strutture ospedaliere	
Ospedali per acuti	6 ospedali pubblici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ospedale HUB provinciale: Treviso</li> <li>• 1 ospedale nodo di rete: Oderzo</li> <li>• 4 ospedali Spoke: Conegliano, Vittorio Veneto, Castelfranco Veneto e Montebelluna</li> </ul>
	2 ospedali privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• C.C. Giovanni XXIII</li> <li>• O.CL. San Camillo</li> </ul>
Poli Riabilitativi	1 struttura riabilitativa monospecialistica: Ospedale Motta di Livenza 1 struttura riabilitativa monospecialistica IRCSS: "Medea" Istituto La Nostra Famiglia: sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo 1 struttura monospecialistica di riabilitazione Psichiatrica: C.C. Park Villa Napoleon

1.2.1 Ricoveri

**RICOVERI  
 OSPEDALIERI**  
 Anno 2024

  
**98.258**

**Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura**  
 Anno 2024

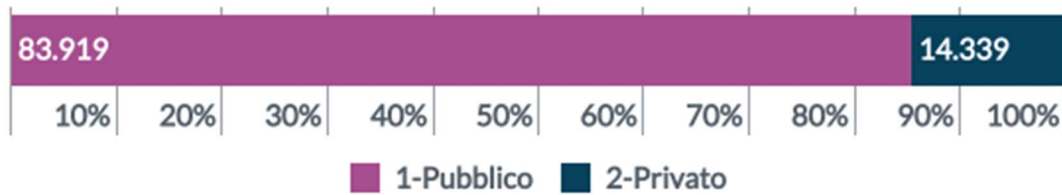


Grafico 1.2.1 Ricoveri totali anno 2024 (1.12.2023-30.11.2024) e distribuzione per tipologia di struttura. Fonte dati: DWH regionale

**Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero**

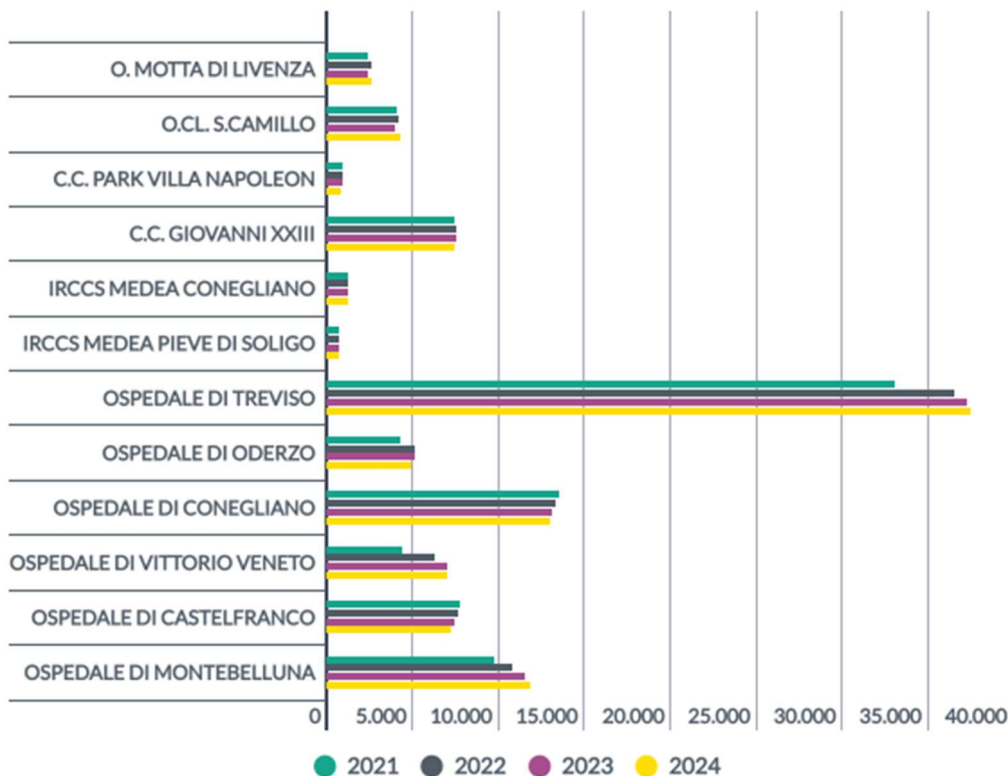


Grafico 1.2.2 Ricoveri per anno dal 2021 al 2024 e per struttura. Fonte dati: DWH regionale

## Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area Anno 2024

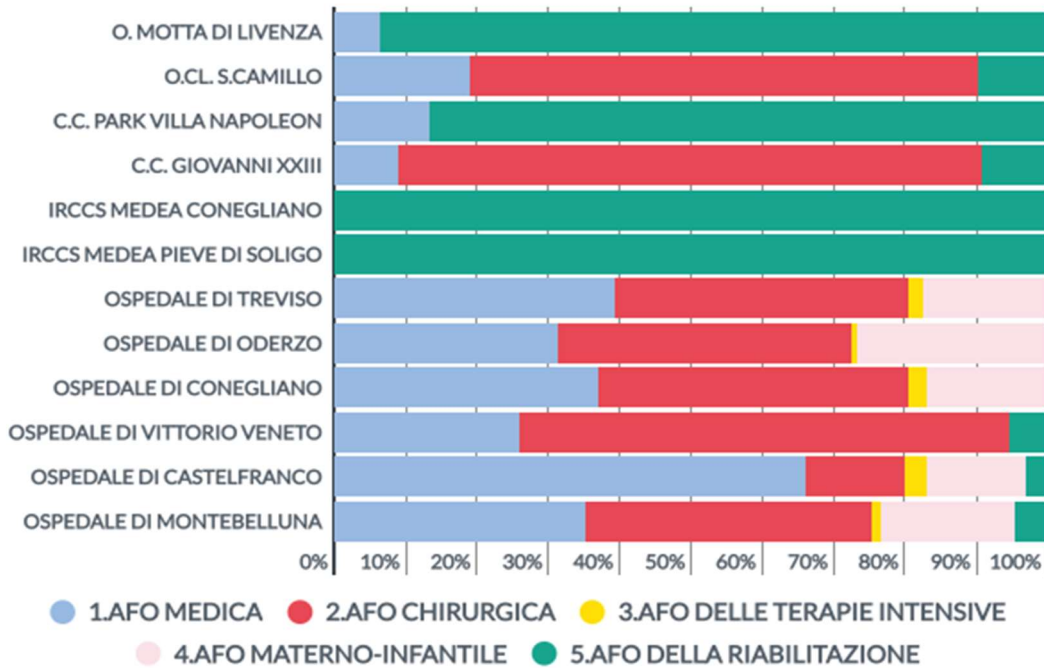


Grafico 1.2.3 Ricoveri per struttura e per area specialistica. Fonte dati: DWH regionale

L’Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana ha erogato circa 98.300 ricoveri nel 2024, un volume in linea rispetto al biennio trascorso. L’Ospedale Hub di Treviso mantiene il trend in crescita, rilevato l’anno scorso, con oltre 37.000 ricoveri nel 2024, seguito dagli Ospedali di Conegliano e Montebelluna. La presenza del Privato-accreditato nel territorio aziendale si conferma forte (14,6% nel 2024), superiore ad una media regionale di erogazione pari al 4,7% (nel 2023).

### 1.2.2 Pronto Soccorso

L’Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso. Gli accessi complessivi ai servizi di P.S. nel 2024 sono stati 298.156.

#### Numero di accessi, per anno e struttura

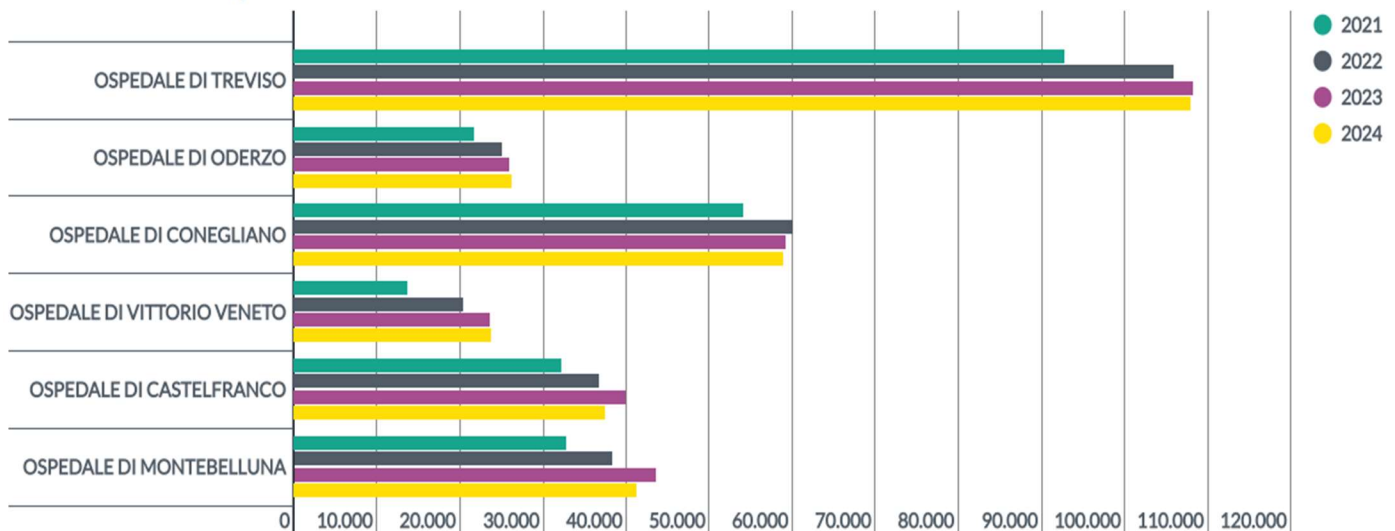


Grafico 1.2.4 Accessi Pronto Soccorso. Fonte: DWH regionali

## Distribuzione degli accessi, per triage di accesso Anno 2024

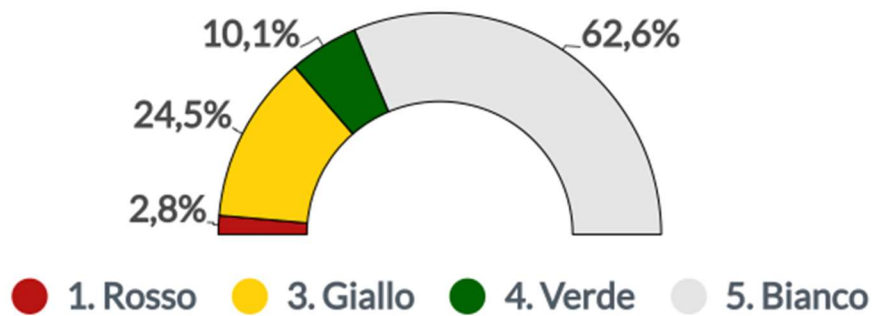


Grafico 1.2.5 Accessi Pronto Soccorso per triage. Fonte: DWH regionali

Il numero d'accessi ai Pronto Soccorsi è stabile rispetto al 2023 tranne per gli Ospedali di Castelfranco Veneto e Montebelluna che registrano una netta diminuzione.

### 1.2.3 Interventi Chirurgici

Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero

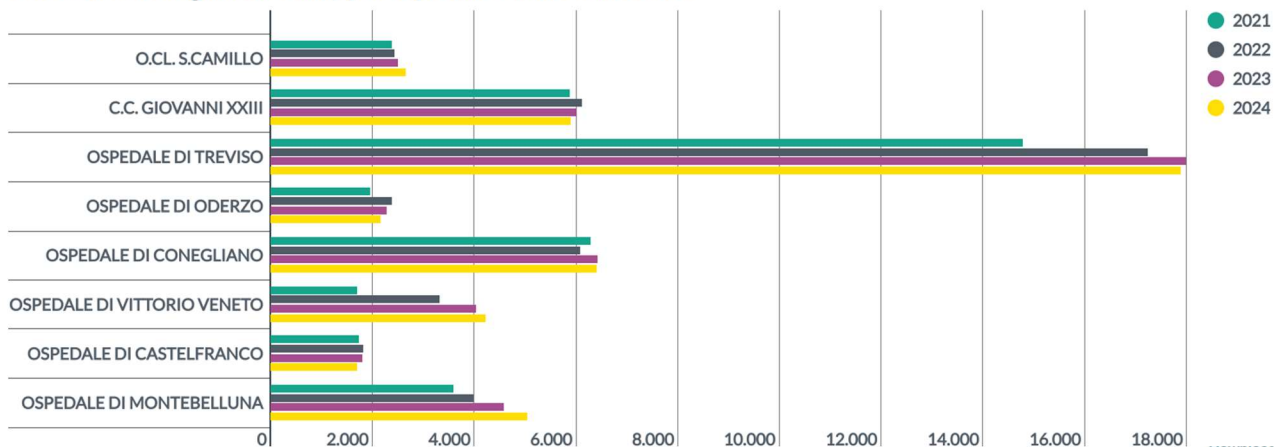


Grafico 1.2.6 Numero d'interventi chirurgici per struttura e per anno. Fonte: DWH regionali

## Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura Anno 2024

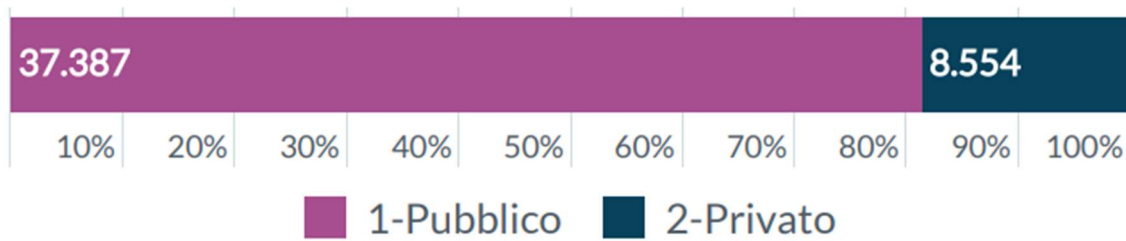


Grafico 1.2.7 Interventi per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

L’Ospedale Hub di Treviso si conferma il presidio maggiormente attivo con circa 18.000 interventi, su un totale (ultimo dato disponibile 2024) di 45.914, in linea con l’anno precedente.

## L’assistenza specialistica

Nell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e dalle strutture private accreditate. I poliambulatori comprendono molteplici sedi operative distribuite su tutto il territorio aziendale; in tali sedi vengono erogate prestazioni nell’ambito di 14 branche specialistiche. L’attività dei medici specialisti è garantita anche esternamente presso alcune strutture residenziali pubbliche e private, la Casa Circondariale e, in casi selezionati, a domicilio del paziente.

## Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per anno di erogazione e macrobranca

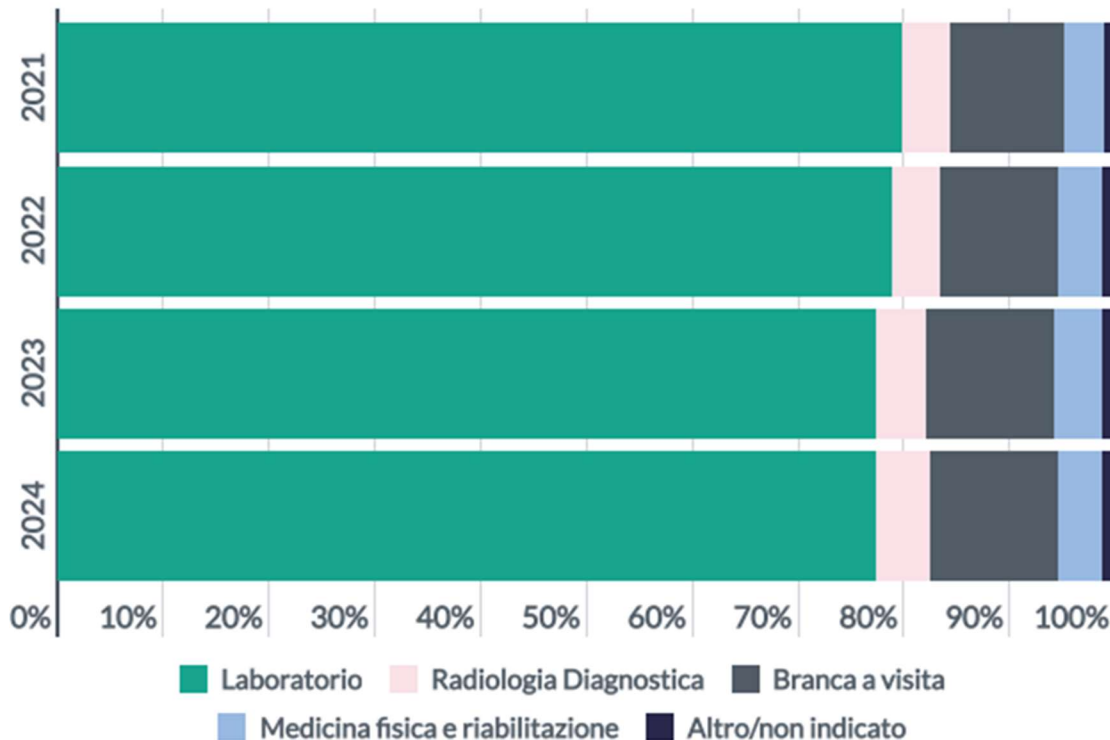


Grafico 1.3.1 Prestazioni per anno e per macro-branca. Fonte dati: DWH regionale

Le prestazioni maggiormente erogate sono quelle di laboratorio con oltre 9 milioni di prestazioni; il 2024 mantiene un trend in linea con l'anno precedente dove si era già riscontrata una lieve diminuzione delle prestazioni di laboratorio bilanciata da un aumento delle prestazioni delle branche a visita e radiologiche.

### Numero di visite specialistiche ambulatoriali, per anno (escluso laboratorio)

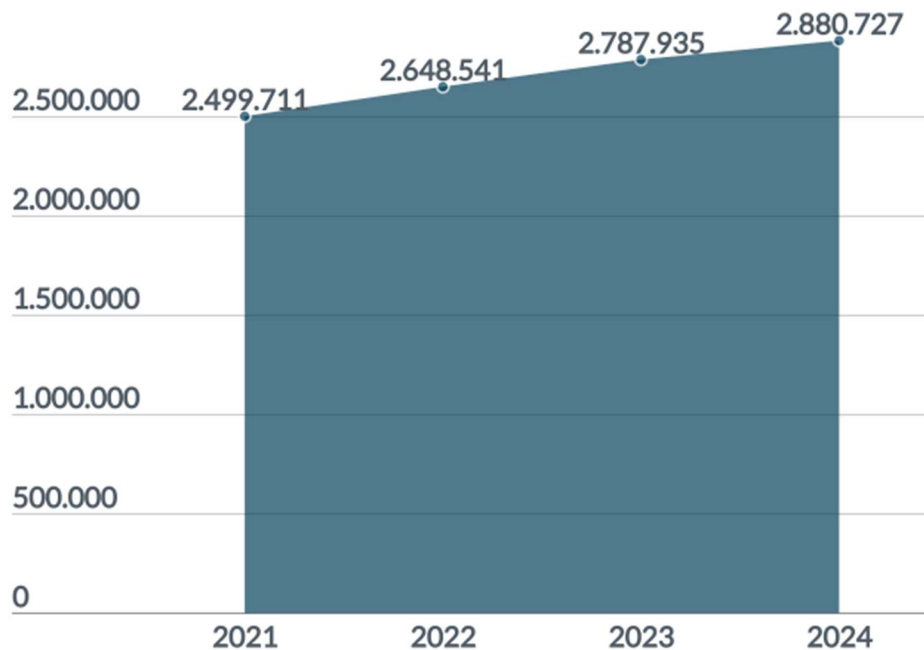


Grafico 1.3.2 Numero di prestazioni specialistiche erogate per anno. Fonte dati: DWH regionale

### Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per tipologia di struttura di erogazione

Anno 2024

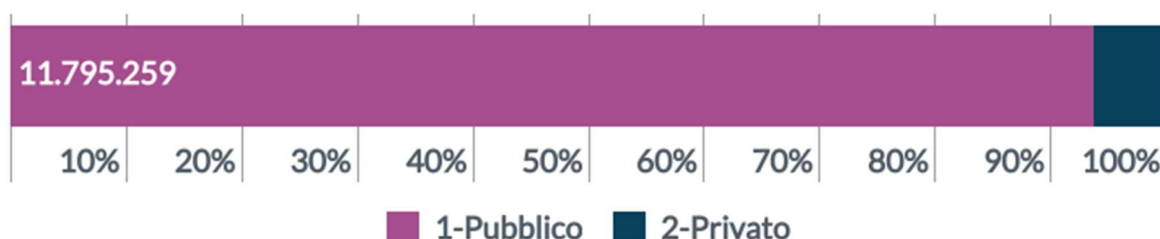
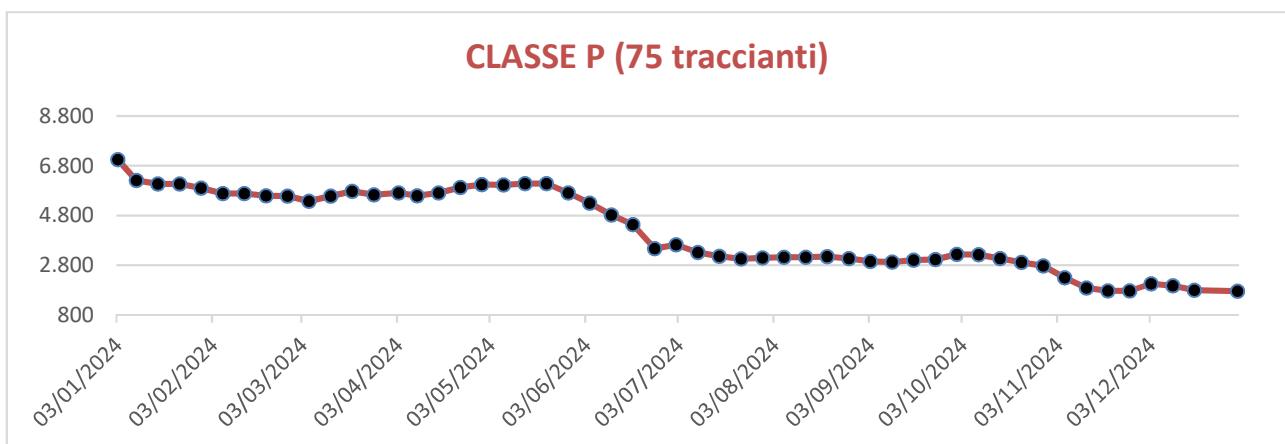
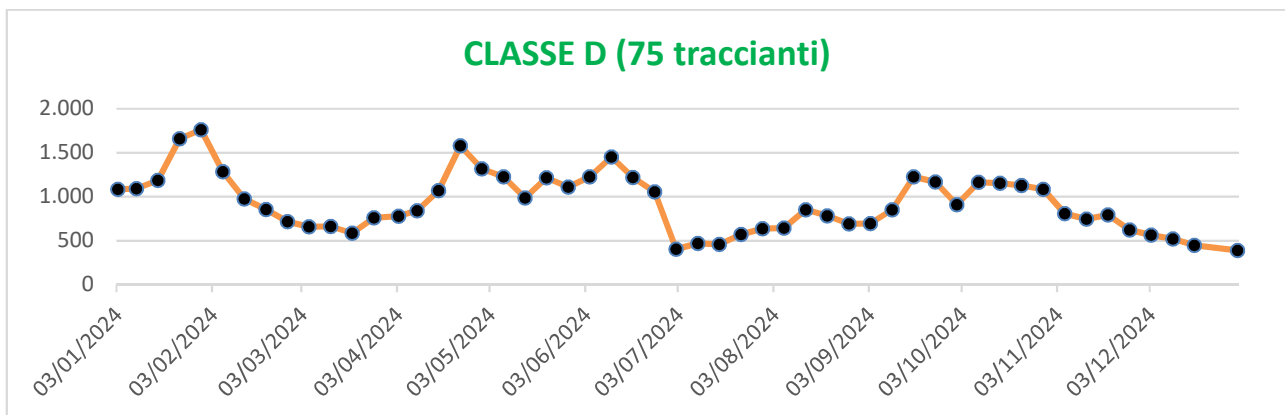
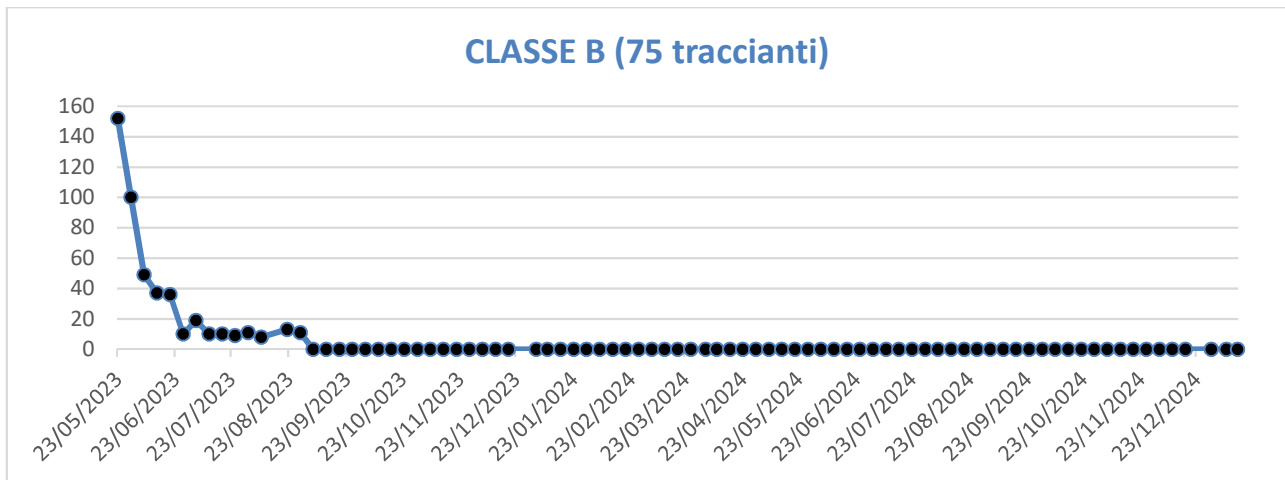


Grafico 1.3.3 Prestazioni per tipologia. Fonte dati: DWH regionale

Complessivamente l'Azienda ha erogato oltre 2.800.00 prestazioni (escluso laboratorio) con un aumento percentuale del 6,7% sul 2022 e del 13,1% sul 2021.

Di seguito vengono riportati i risultati, a cadenza settimanale e dal momento della rilevazione, conseguiti nell'attività di diminuzione delle prestazioni in pre appuntamento con priorità B e conseguente efficientamento.

mento dell'attività aziendale. L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha raggiunto ampiamente anche i target d'abbattimento delle prestazioni in pre appuntamento traccianti con classe D e P, e non traccianti, obiettivi che erano stati posti per il 31/12/2024 rispettivamente a 400, 3.500 e 10.000 prestazioni.



## L'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dai Distretti Socio sanitari con le funzioni fondamentali di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

### Strutture territoriali

L'azienda è impegnata nello sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio ed opera attraverso una rete capillare di strutture.

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	Distretto 1 - Treviso Nord Distretto 2 - Treviso Sud Distretto 3 - Pieve di Soligo Distretto 4 - Asolo
Strutture intermedie	Pubbliche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ODC n. 2</li> <li>• Cure palliative n. 3</li> <li>• Hospice n. 1</li> </ul>
	Private accreditate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• URT n. 1</li> <li>• ODC n. 1</li> <li>• Hospice n. 1</li> <li>• Strutt. Riab. extraosp.(ex art. 26 legge 833/78) n. 5</li> </ul>
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	Pubblici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliambulatori territoriali n. 30</li> <li>• Punto prelievi n. 15</li> </ul>
	Privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliambulatori territoriali n. 8</li> <li>• Punto prelievi n. 1</li> </ul>
Strutture per minori e famiglie: asili nido, consultori e comunità educative	Consultori n. 17
Strutture per anziani suddivise tra: centri diurni e centri servizi	Centri di Servizi n. 60 Centri Diurni n. 26
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	Comunità/appartamenti n. 34 Centri diurni n. 54
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSM n. 13</li> <li>• Comunità/appartamenti n. 29</li> <li>• Centri diurni n. 15</li> </ul>
Strutture per persone con dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serd n. 5</li> <li>• Comunità Terapeutica n. 7</li> <li>• Centri Diurni n. 2</li> </ul>

### Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative rese a domicilio della persona in stato di bisogno, secondo piani di assistenza individuali, programmati e definiti dalle figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso. In presenza di bisogni di tipo socio-

assistenziale l'offerta distrettuale potrà essere integrata dai servizi prestati dai singoli Comuni con interventi di Assistenza Domiciliare. Il grafico evidenzia un aumento del numero di assistiti e una prevalenza di soggetti di sesso femminile.

### Numero di pazienti in ADI, per anno

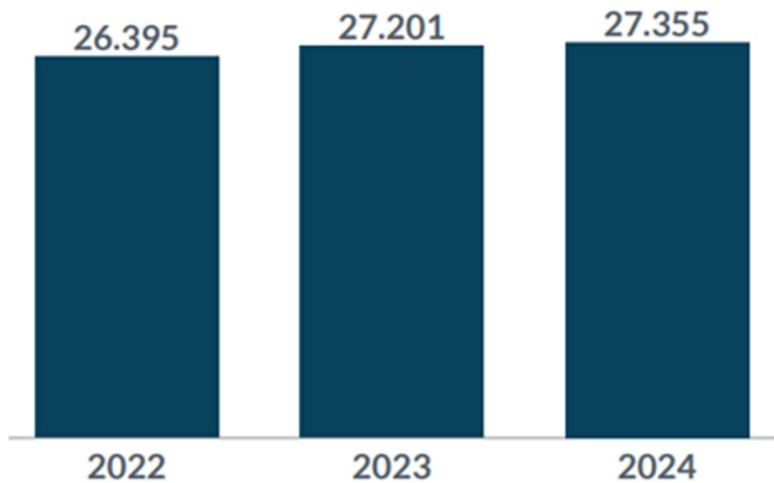


Grafico 1.4.1 Numero di assistiti in ADI, serie 2022-2023-2024. Fonte: DWH regionale

### Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

Anno 2024

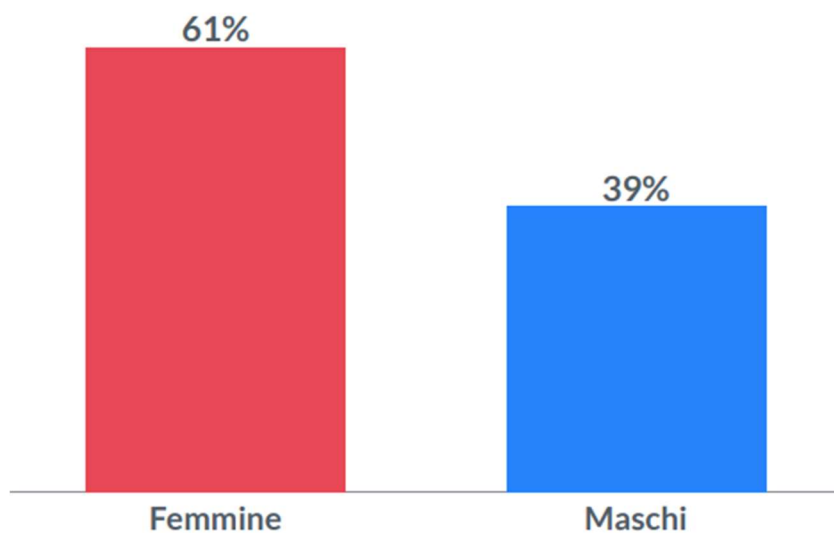


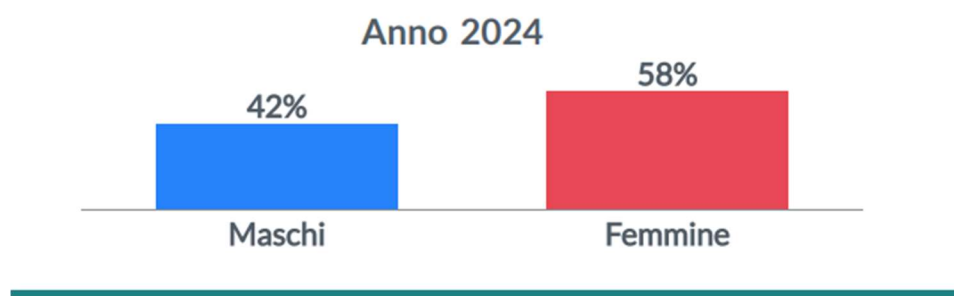
Grafico 1.4.2 Distribuzione per sesso degli assistiti in ADI. Anno 2024. Fonte: DWH regionale

### Assistenza nelle strutture intermedie

L’Azienda garantisce ai pazienti non ancora sufficientemente stabilizzati per vivere al proprio domicilio, un percorso di continuità assistenziale tramite i presidi di cura intermedi, ossia strutture extraospedaliere residenziali temporanee destinate ai pazienti comunque in situazione di malattia, ma non così tanto grave da avere necessità di risiedere in un ospedale.

Ogni centro che svolge cure intermedie accoglie dunque pazienti provenienti sia dal domicilio, che dall’ospedale o da altre strutture della rete socio-sanitaria per completare il percorso di cura dopo un episodio acuto, facilitandone così il rientro alla quotidianità.

### Distribuzione dei pazienti in ODC/URT, per sesso



### Pazienti in ODC/URT, per anno

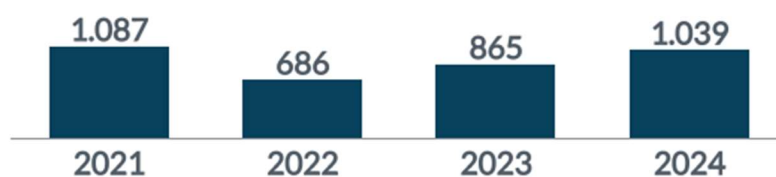


Grafico 1.4.3 Numero utenti ODC/URT per anno e distribuzione per sesso (ultimo dato disponibile 2024). Fonte: DWH regionale

### Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2024

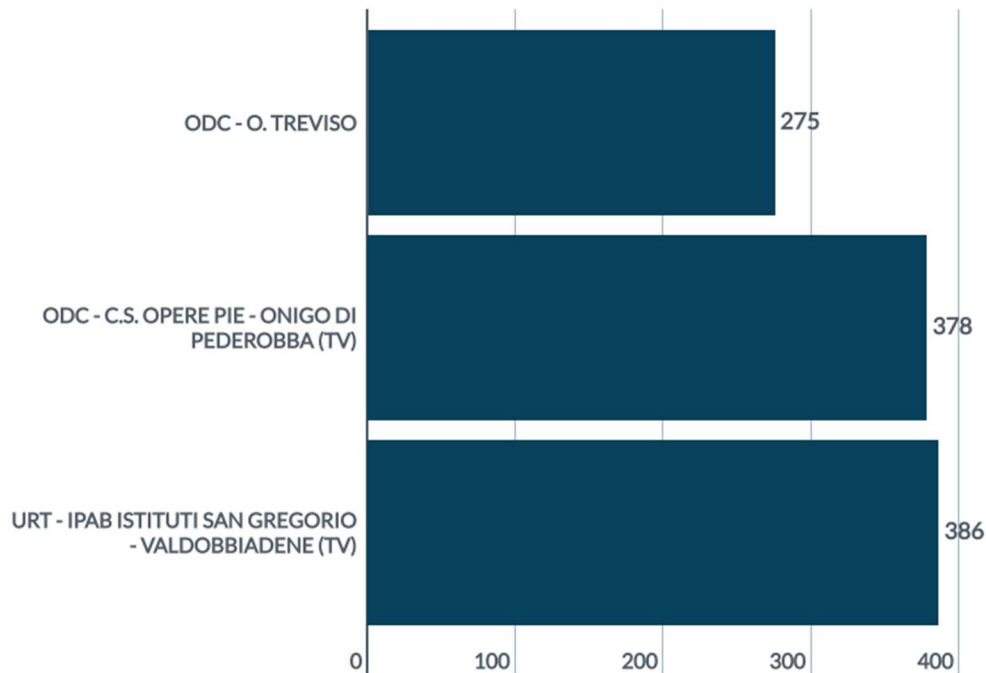


Grafico 1.4.4 Numero utenti ODC/URT per struttura di ricovero. Fonte: DWH regionale

L'attività, complessivamente considerata, degli Ospedali di Comunità dell'Azienda è diminuita per la chiusura di numerose strutture a seguito della fine dell'emergenza Covid; hanno infatti cessato la loro attività il Centro Accoglienza Covid 19 Valdobbiadene, il Centro Di Accoglienza Covid 19 di Conegliano, il Nucleo Territoriale per Emergenza Covid 19 di Motta Di Livenza, l'Ospedale Di Comunità per l'emergenza Covid Casa Fenzi di Conegliano, l'Ospedale Di Comunità di via Scarpa a Treviso. A dicembre 2024 è stato attivato l'Ospedale di comunità di Castelfranco Veneto ed è stata disattivata l'U.O. di Lungodegenza.

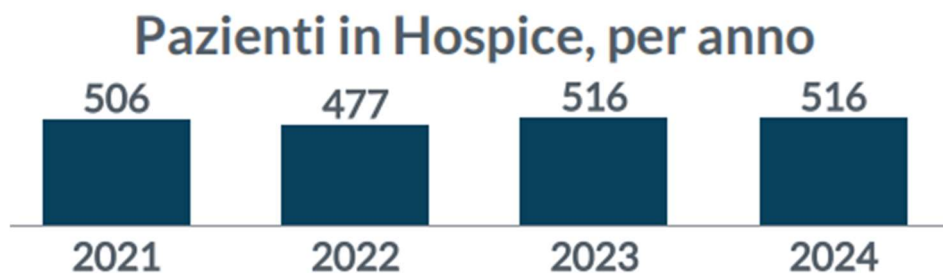


Grafico 1.4.5 Numero di pazienti in Hospice. Fonte: DWH regionale

Il numero di pazienti assistiti in Hospice è tendenzialmente in linea con l'andamento dell'ultimo biennio.

**L'assistenza psichiatrica territoriale**

**Numero di utenti con almeno un contatto con i servizi di salute mentale, per età**

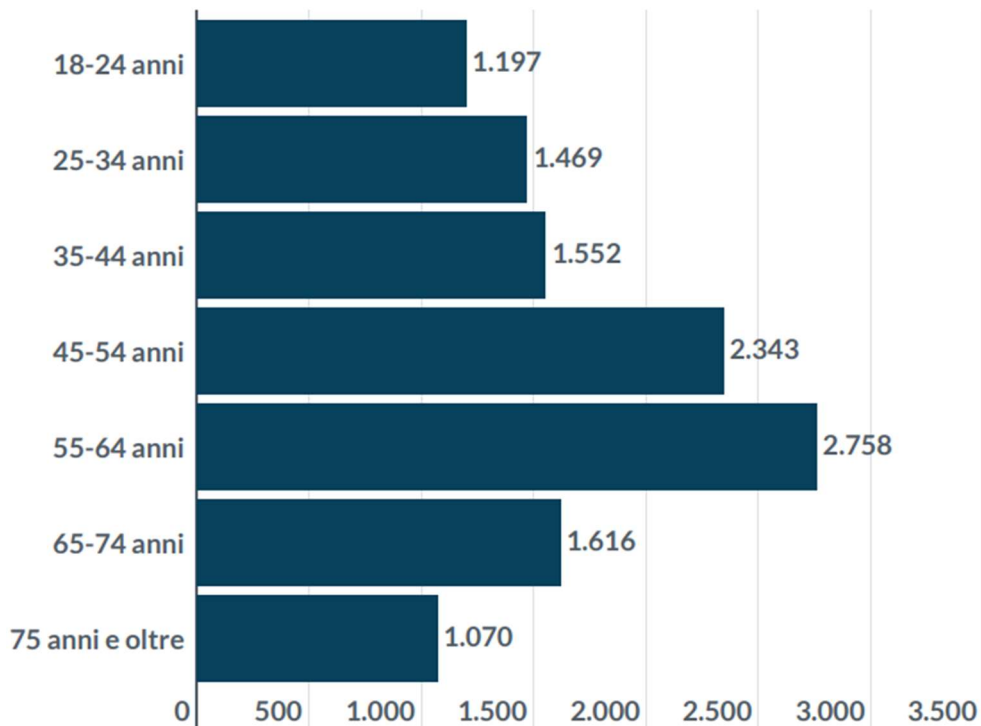


Grafico 1.4.6 Utenza DSM 2024 (ultimo dato disponibile) Fonte: DWH regionale

**Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico**

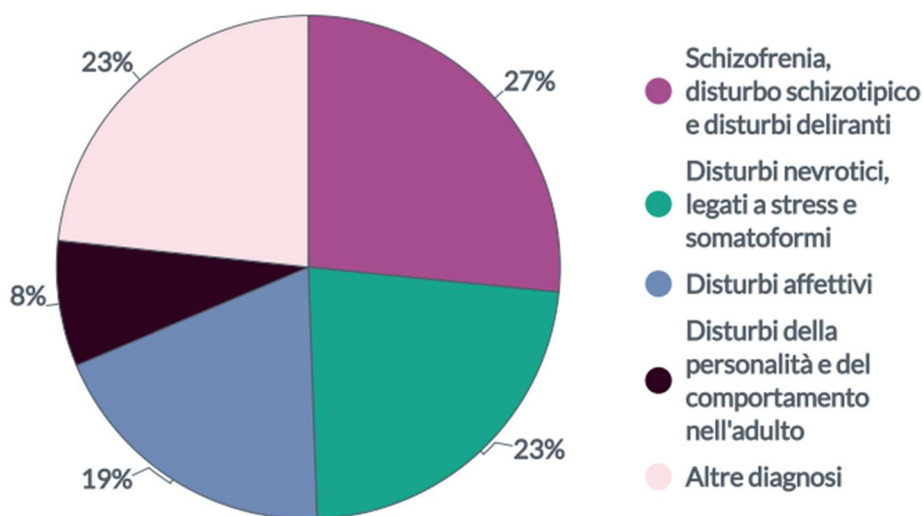


Grafico 1.4.7 Diagnosi per utenza DSM 2024 Fonte: DWH regionale

## L'assistenza primaria

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che “la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l’assistenza primaria costituisce il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice”.

<b>Medici di Assistenza Primaria (MMG)</b>	494
<b>Pediatrati di Libera Scelta convenzionati</b>	93
<b>Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)</b>	13

Fonte dati: modello FLS21

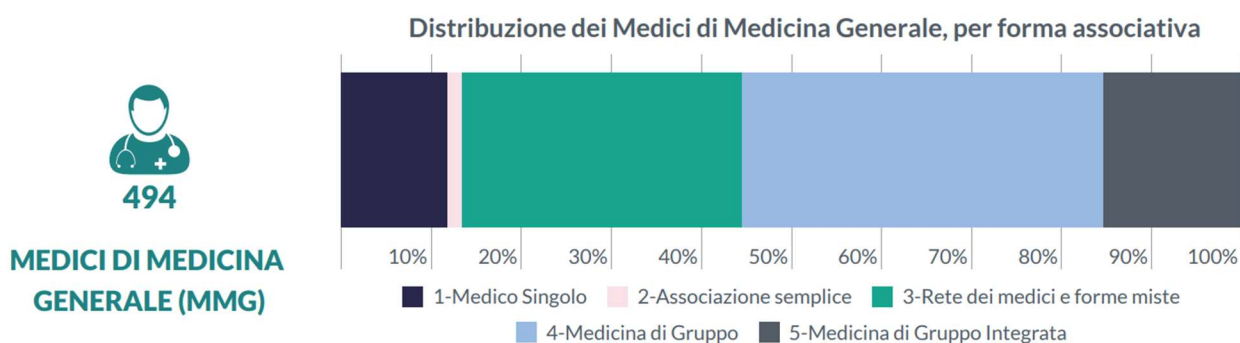


Grafico 1.5.1 Distribuzione dei MMG per forma associativa. Anno 2024

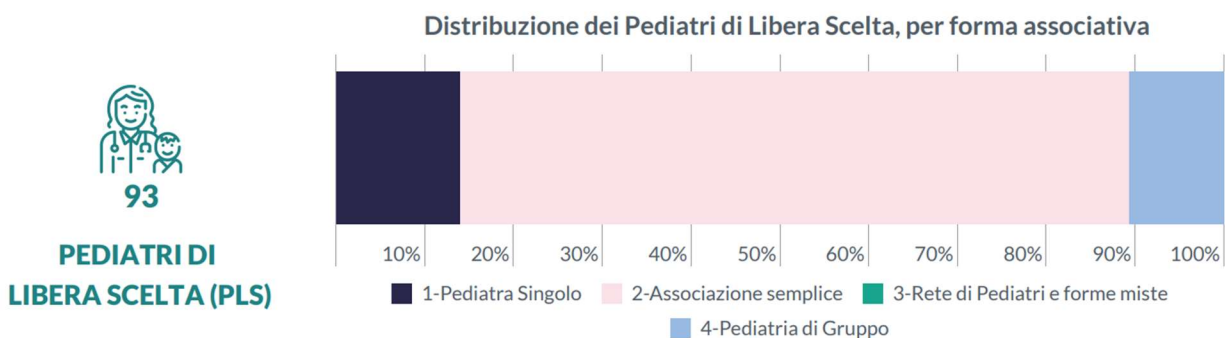


Grafico 1.5.2 Distribuzione dei PLS per forma associativa. Anno 2024

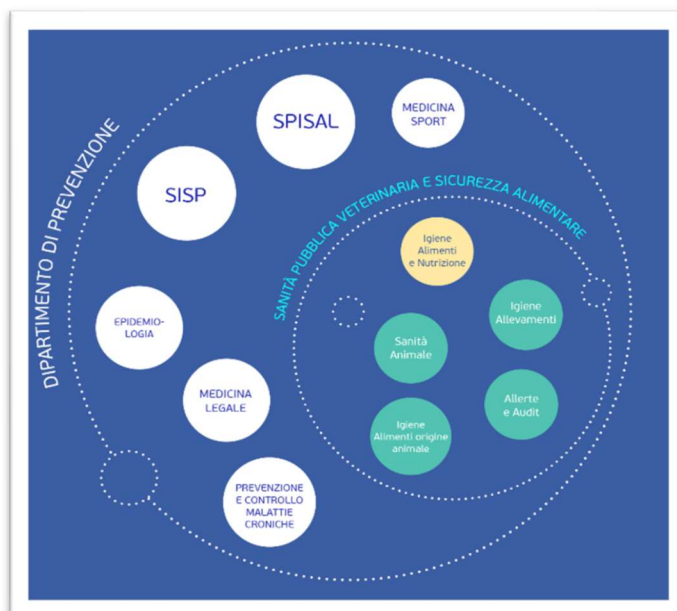
## Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della *evidence based prevention*, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l'empowerment dei singoli e delle comunità, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute. L'obiettivo è da un lato quello di educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute mediante l'adozione di stili di vita sani, dall'altro quello di prevenire i rischi per la salute in ogni età della vita e di promuovere la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, nell'ottica della Salute in tutte le politiche, con la finalità di conseguire il più elevato livello di benessere psicofisico raggiungibile e di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità e l'efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare.

In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico di una rete che interconnette da un lato le Strutture, i Servizi e le Unità Operative aziendali e i medici e i pediatri di famiglia, dall'altro le strutture regionali di governo, tutte le istituzioni pubbliche regionali e locali ed i vari stakeholder, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico delle comunità.

Le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione sono raggruppate nei seguenti ambiti:

- Igiene e sanità pubblica
- Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina legale
- Prevenzione e controllo malattie croniche
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Epidemiologia



### Coperture vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive.

Copertura Vaccinale	2022	2023	2024	Obiettivo Regionale 2024
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	93,9%	94,3%	95,2%	>=95%
Vaccino anti HPV	62,4%	61,0%	74,40%	>=80%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	39,2%	52,6%	45,8%	>=60%*

Fonte dati: Qlik regionali copertura vaccinale (estrazione del 13.01.2025 rif. dicembre 2024)

### Screening oncologici

Gli screening sono interventi organizzati di sanità pubblica, completamente gratuiti, in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. L'obiettivo dei test di screening è individuare la presenza di un'eventuale malattia nelle sue fasi iniziali per permettere di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità. Attraverso chiamate attive vengono offerti, gratuitamente, un test di 1° livello (test di screening) e, se necessario, anche esami di approfondimento (2° livello) ed eventuali trattamenti (3° livello). I soggetti destinatari decidono, volontariamente, se aderire. Attualmente sono tre i tumori per i quali l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana offre programmi di screening organizzato.

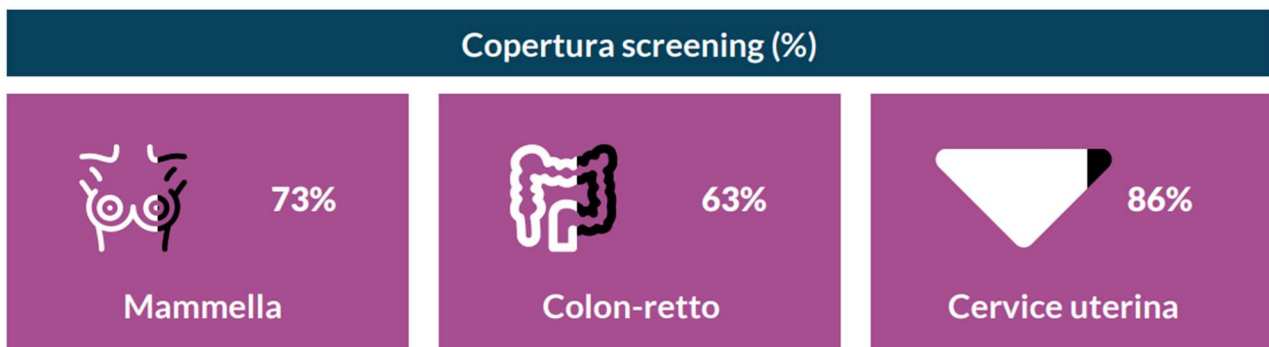


Grafico 1.6.1 Copertura screening. Fonte dati: Sistema informativo Screening (dato parziale 01/01/2024-30/09/2024)

# VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2025-2027 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholders, dei destinatari di una politica o di un servizio.

L'Azienda crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando tutte le figure professionali presenti, attraverso un processo di pianificazione integrato, valorizza il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento dei bisogni dell'utente. Gli elementi fondamentali sui quali si basa la pianificazione aziendale, in un'ottica di creazione di valore pubblico, sono garantire l'equità di accesso ai servizi, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, e assicurare il raggiungimento delle migliori performance di efficienza e di efficacia al fine di raggiungere gli esiti desiderati, misurabili anche tramite Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Sustainable Development Goals (ONU).

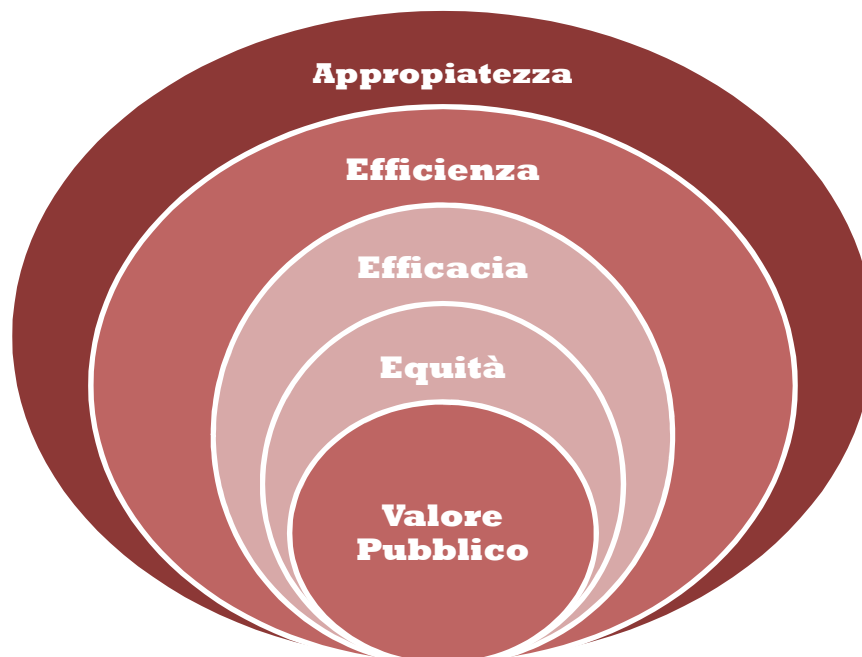
Anche la prevenzione della corruzione è produttiva di valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'azienda. Nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non va intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano, ma deve essere considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'azienda al servizio dei cittadini.

## Vision e Mission aziendale

Per Valore Pubblico di un'azienda sociosanitaria si intende il contributo assicurato dall'azienda al miglioramento dello stato di salute della popolazione di riferimento. All'interno delle Linee guida per il piano della performance, formulate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, Ministeri, n. 1, giugno 2017 così è descritto il significato di Valore Pubblico: *"il miglioramento del livello di benessere economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi pubblici rispetto alle condizioni di partenza della politica o del servizio"*. All'interno della mission si sottolinea l'importanza della corretta risposta al bisogno di salute espresso dalla popolazione residente che si traduce nell'organizzazione di servizi integrati per la corretta presa in carico del paziente, che includono l'accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l'attivazione di percorsi per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.

L'Azienda ULSS 2 persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi e di attività compresi normativamente nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I Livelli essenziali di assistenza (LEA) comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, attraverso la Prevenzione collettiva e la Sanità pubblica, l'Assistenza distrettuale e l'Assistenza ospedaliera, e per l'erogazione efficiente dei quali è assicurata la copertura

finanziaria annuale. Il fine fondamentale, appena richiamato, di qualsiasi azienda sanitaria deve coniugarsi con altri principi come il buon andamento della pubblica amministrazione e l'integrazione con i settori comunitari così da raggiungere una politica, generalmente intesa, di promozione della Salute e sviluppo del benessere e della qualità di vita.



## **Programmazione, obiettivi e valutazione**

La creazione di Valore per la comunità passa attraverso la definizione di strategie operative e di obiettivi che valutino l'operato dell'Azienda; ciò avviene sia a livello aziendale, sia regionale e ministeriale.

La stesura e l'implementazione delle azioni da intraprendere è il risultato dell'integrazione tra le varie programmazioni, definite nei seguenti documenti:

- **Sustainable Development Goals (ONU):** una serie di 17 obiettivi interconnessi votati al raggiungimento "di un futuro migliore e più sostenibile per tutti". L'obiettivo 3 mira a "Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età".
- **Piano Sanitario Nazionale:** principale strumento di programmazione sanitaria volta a stabilire gli obiettivi, le azioni e le strategie programmatiche per la realizzazione delle strategie istituzionali del Servizio Sanitario.
- **Piano socio-sanitario regionale:** individua gli indirizzi di programmazione sanitaria a livello regionale.
- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Piano operativo Veneto:** traduzione a livello regionale degli obiettivi posti dalla Missione 6 Salute del PNRR.
- **Documento di economia e finanza regionale:** Il DEFR concerne l'applicazione del principio della programmazione esplicitato nella riforma introdotta dal D.Lgs. 118/2011, che ha inteso promuovere l'uniformità delle procedure e degli strumenti riguardanti l'architettura dei conti pubblici.

La misurazione della performance nella creazione di Valore Pubblico potrebbe risultare non agevole: se da un lato la misurazione di benessere può essere legata ad una sola dimensione d’impatto e quindi misurabile come benessere specifico o impatto settoriale, dall’altro nella maggioranza dei casi l’associazione non è uno a uno ma è riferibile a numerose dimensioni d’impatto.

A partire dal 2010 il progetto BES dell’ISTAT misura il Benessere equo e sostenibile, con l’obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. In quest’ottica i tradizionali indicatori di progresso, come il PIL, si affiancano a misure di valore sociale e ambientale. Dal 2016, vengono diffusi gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell’Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite, scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro d’informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori.

<b>PROGETTO BES – Benessere Equo e sostenibile</b>
<b>Dominio Salute (4 indicatori)</b>
<b>Dominio Istruzione e formazione (8 indicatori)</b>
<b>Dominio Lavoro e conciliazione tempi di vita (10 indicatori)</b>
<b>Dominio Benessere economico (5 indicatori)</b>
<b>Dominio Relazioni sociali</b>
<b>Dominio Politica e istituzioni (8 indicatori)</b>
<b>Dominio Sicurezza (3 indicatori)</b>
<b>Dominio Benessere soggettivo</b>
<b>Dominio Paesaggio e patrimonio culturale (2 indicatori)</b>
<b>Dominio Ambiente (11 indicatori)</b>
<b>Dominio Innovazione, ricerca e creatività (3 indicatori)</b>
<b>Dominio Qualità dei servizi (8 indicatori)</b>









































Gli indicatori del BES sono spesso sovrapponibili con quelli individuati dall’ONU.



Di seguito, vengono riportati i dati BES dell'ISTAT più recenti riferiti al dominio "Salute" e al dominio "Qualità dei Servizi" per la provincia di Treviso.

Province REGIONE Ripartizione	01-01		01-02		01-03		01-04		01-05		01-06	
	Speranza di vita alla nascita (b)		Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)		Mortalità infantile (d)		Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)		Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)		Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)	
	2023 (*)	2023 - 2019	2021	2021 - 2019	2021	2021 - 2019	2022	2022 - 2019	2021	2021 - 2019	2021	2021 - 2019
Verona	83,9		15,0		2,2		1,2		7,0		28,4	
Vicenza	84,3		15,9		2,3		0,6		6,8		33,9	
Belluno	83,2		17,5		2,6		1,6		8,1		30,8	
<b>Treviso</b>	<b>84,4</b>		<b>14,8</b>		<b>1,8</b>		<b>1,3</b>		<b>7,0</b>		<b>38,0</b>	
Venezia	83,7		17,8		1,9		0,9		7,3		37,2	
Padova	84,1		15,6		2,1		1,1		6,4		35,2	
Rovigo	82,8		22,0		2,6		1,5		7,7		30,7	
<b>VENETO</b>	<b>83,8</b>		<b>16,2</b>		<b>2,1</b>		<b>1,1</b>		<b>7,0</b>		<b>34,1</b>	
<b>Nord-est</b>	<b>83,8</b>		<b>16,9</b>		<b>2,2</b>		<b>0,9</b>		<b>7,0</b>		<b>33,3</b>	
Italia	83,1		19,2		2,6		0,7		7,8		33,3	

"Dominio Salute": indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori 2024. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

Province REGIONE Ripartizione	12-05		12-06		12-07		12-08	
	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e)		Emigrazione ospedaliera in altra regione (d)		Medici specialisti (e)		Posti letto negli ospedali (e)	
	2022	2022 - 2019	2022	2022 - 2019	2023	2023 - 2019	2022	2022 - 2019
Verona	6,5		6,2		37,3		36,5	
Vicenza	3,4		5,4		22,4		25,7	
Belluno	2,1		6,2		25,3		30,4	
<b>Treviso</b>	<b>3,4</b>		<b>6,6</b>		<b>22,1</b>		<b>28,2</b>	
Venezia	2,7		7,2		25,3		32,1	
Padova	4,7		4,8		40,4		33,6	
Rovigo	2,5		10,5		29,4		35,5	
<b>VENETO</b>	<b>4,0</b>		<b>6,2</b>		<b>29,6</b>		<b>31,5</b>	
<b>Nord-est</b>	<b>3,6</b>		<b>6,3</b>		<b>32,8</b>		<b>34,8</b>	
<b>Italia</b>	<b>3,2</b>		<b>8,3</b>		<b>34,1</b>		<b>32,7</b>	

“Dominio Qualità dei servizi”: indicatori per provincia. Rapporto Bes dei territori 2024. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

Dai dati della provincia di Treviso, assimilabili a quelli dell’Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana, emerge come la speranza di vita alla nascita rilevata nella provincia di Treviso sia la più alta rispetto alle altre province della Regione Veneto. Si evidenzia anche che gli indicatori presenti nella tabella “Dominio Qualità dei servizi”, relativi alla provincia di Treviso, sono quasi tutti in miglioramento rispetto all’anno 2019.

A completamento della valutazione istituzionale, è fondamentale ricevere un feedback dagli utenti dei servizi offerti dall’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana. L’esperienza dei pazienti è riconosciuta come una misura fondamentale della qualità dei servizi sanitari erogati, al pari di altre misure cliniche, di efficacia, efficienza e sicurezza del paziente.

L’Osservatorio PREMs (Patient-Reported Experience Measures) mira a raccogliere e fornire a manager e professionisti sanitari, ad ogni livello dell’azienda sanitaria stessa, i feedback dei pazienti sulla loro esperienza di ospedalizzazione ordinaria. Le informazioni di esperienza possono fornire indicazioni concrete, puntuali e fruibili in merito alla percezione dei pazienti. Una considerazione complessiva dell’assistenza può essere ben approssimata dalla valutazione dell’esperienza di ricovero nei presidi ospedalieri dell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana.

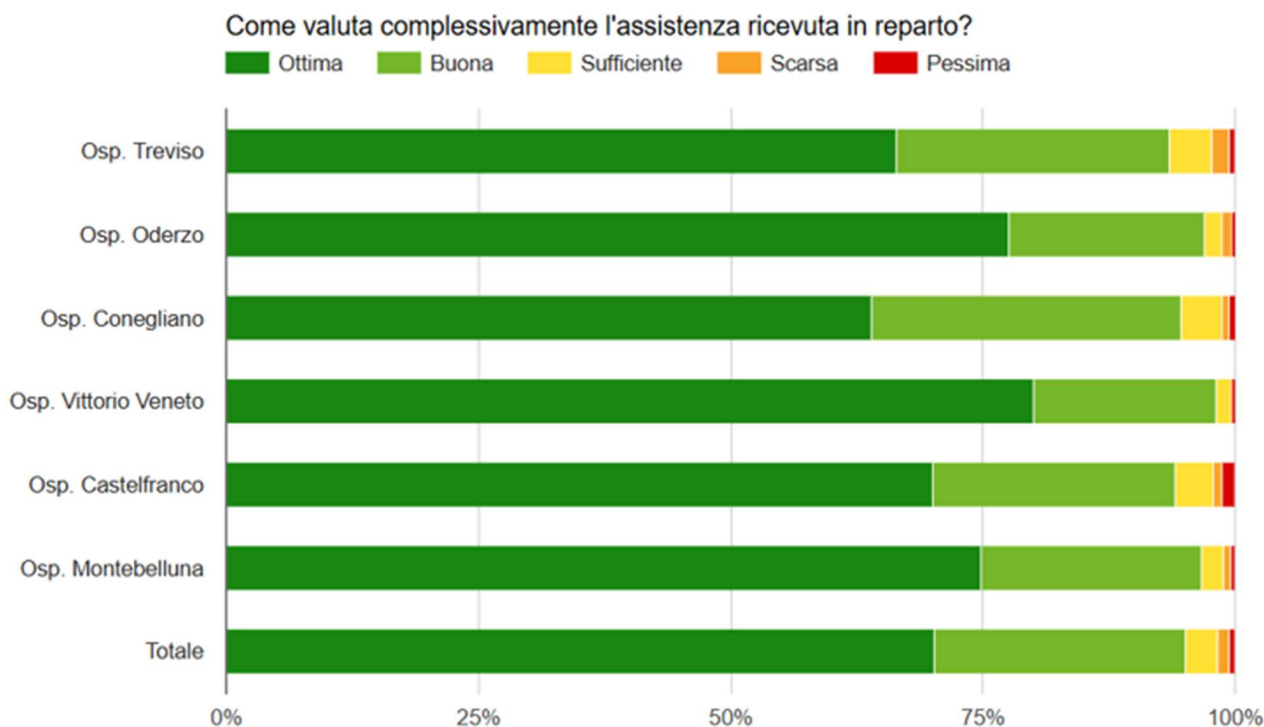


Grafico 2.2.1. Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Fonte: indagine Prens, periodo 01/01/2024-31/12/2024

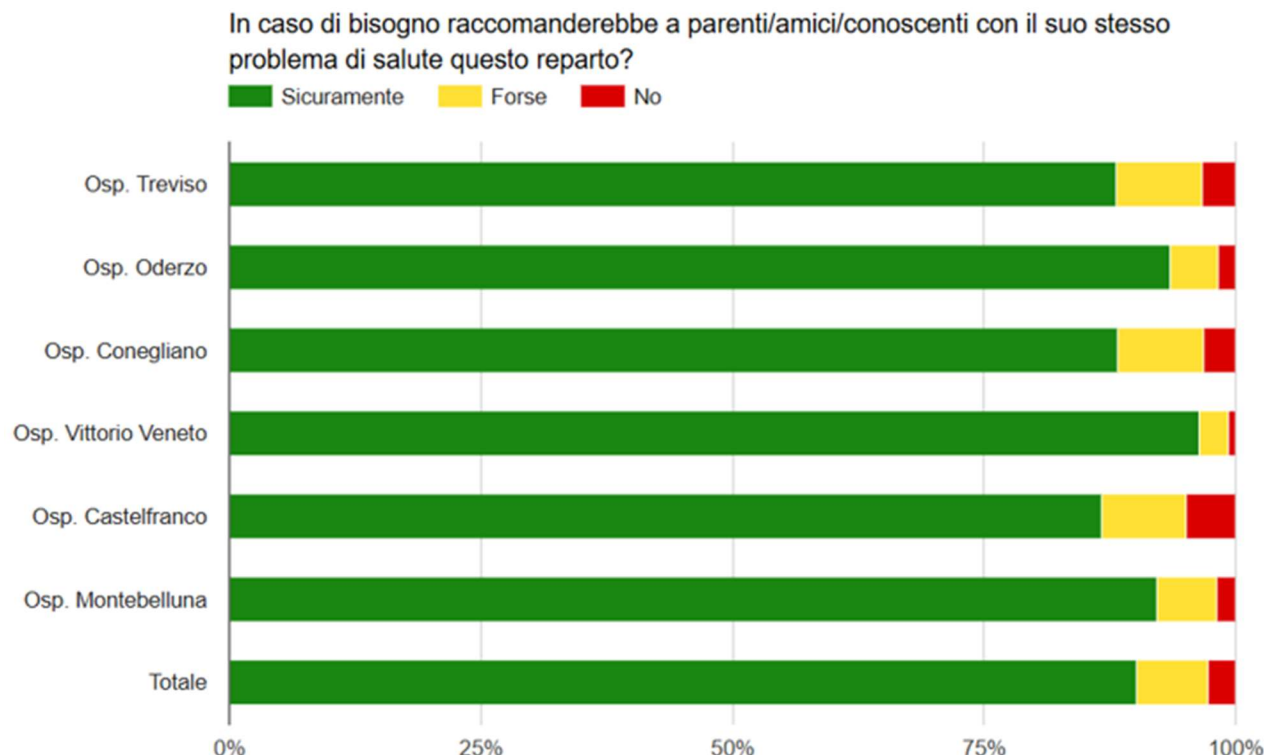


Grafico 2.2.2. Raccomandazione reparto. Fonte: indagine Prens, periodo 01/01/2024-31/12/2024

Come evidenziato l'anno scorso, dai dati emerge una considerazione più che positiva tra coloro che hanno sostenuto un'esperienza di ricovero nelle strutture aziendali. Si sottolinea come un'indagine di questo tipo ponga sotto esame diversi aspetti della realtà ospedaliera: l'accoglienza al momento dell'ingresso in struttura, la qualità percepita dell'assistenza, la disponibilità del personale medico e infermieristico, la

chiarezza delle indicazioni fornite sullo stato di salute. Un risultato di questo tipo non può che gratificare l’Azienda e motivarla maggiormente nell’offrire la migliore assistenza possibile ai cittadini.

Nell’ottica del confronto con le altre aziende risulta sempre preziosa la valutazione della performance effettuata dal Laboratorio Management e Sanità dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa.

Si riporta qui l’immagine del “bersaglio” che consente di cogliere in modo immediato la capacità dell’azienda di raggiungere gli obiettivi.

### Valutazione della Performance 2023

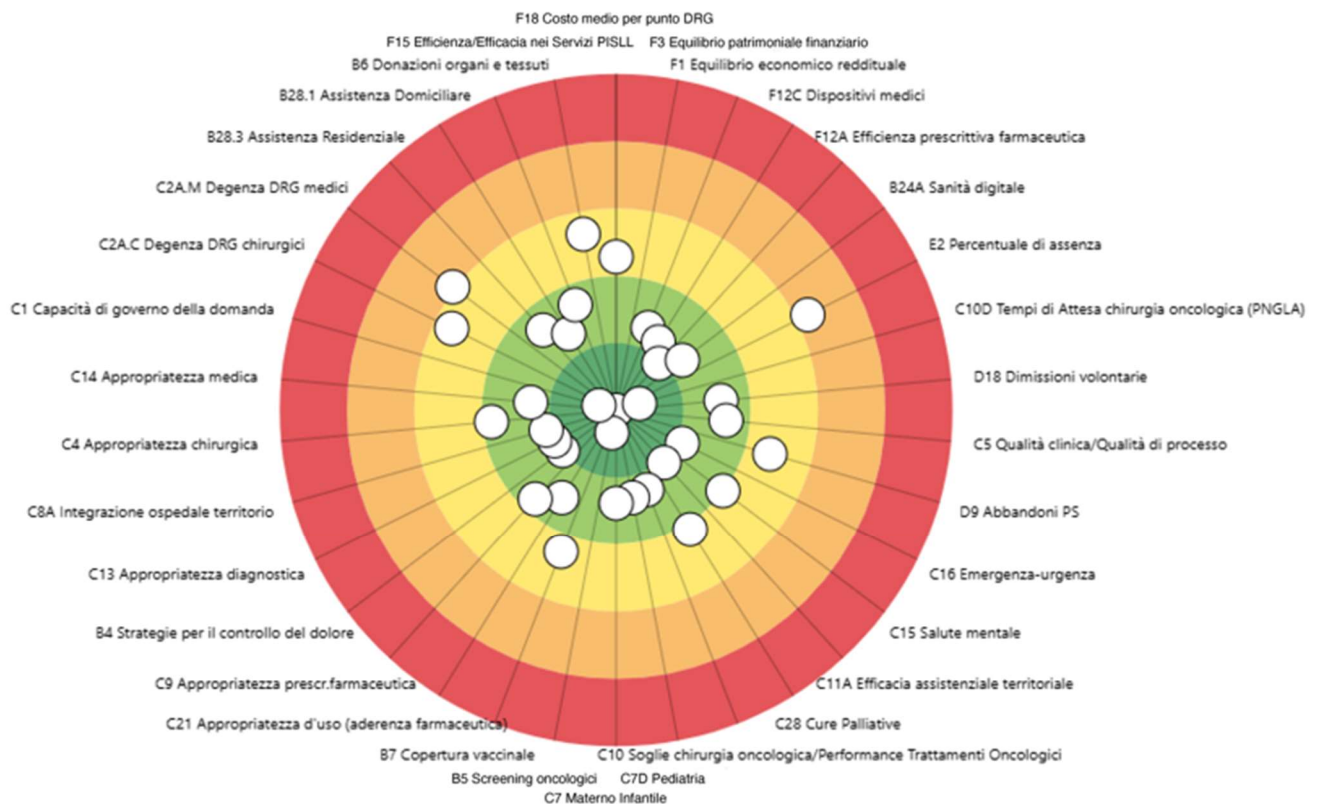


Grafico 2.2.3 Progetto Bersaglio-Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa

Dai risultati si evince come l’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana continui a conseguire risultati eccellenti in quasi tutti gli ambiti analizzati. Si rileva come l’Azienda, oltre all’elevata qualità delle cure, operi in un contesto d’equilibrio e solidità patrimoniale non comune tra le aziende che si occupano di assistenza socio-sanitaria.

Un altro parametro di confronto che consente di avere una valutazione delle performance non autoreferenziale è l’immagine del *treemap* fornita dal Programma Nazionale Esiti.

Tale rappresentazione consente di valutare separatamente ciascuna area clinica per ogni struttura ospedaliera. La grandezza dei rettangoli è definita sulla base del volume complessivo di attività delle diverse aree cliniche; il colore è individuato sulla base della valutazione, calcolata come media ponderata dei punteggi degli indicatori che compongono quella determinata area. Di seguito il *treemap* dell’ospedale Hub di Treviso relativo all’anno 2023.

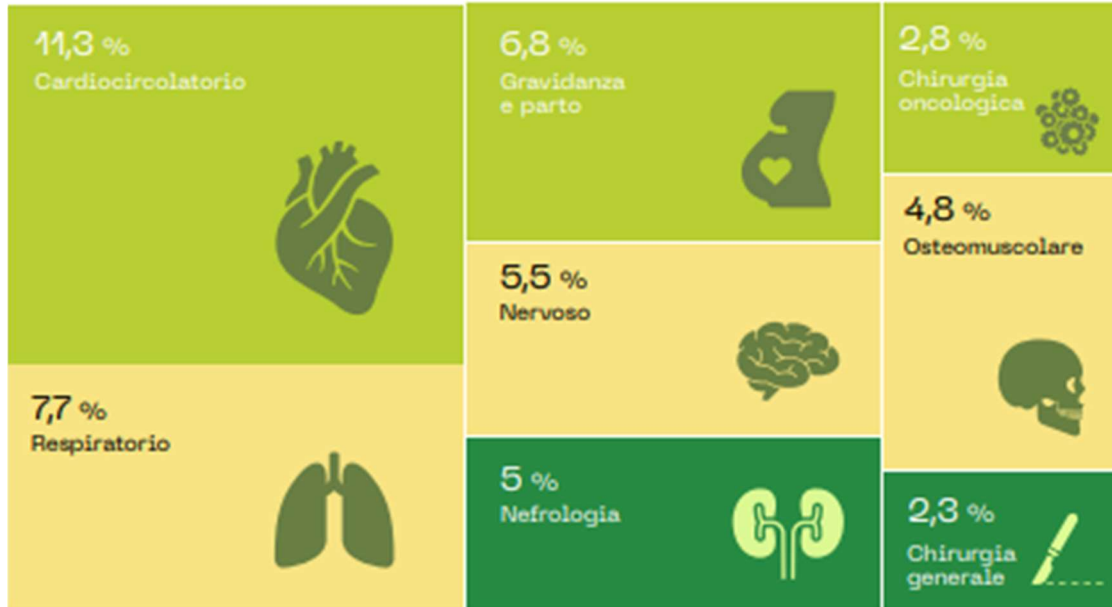
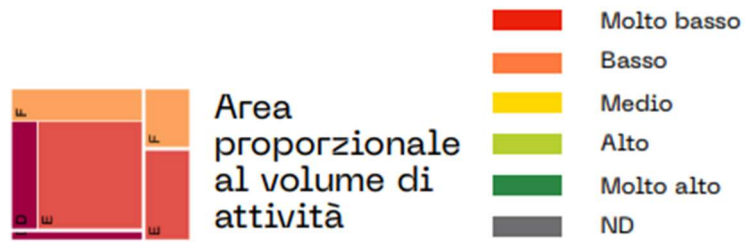


Grafico 2.2.4 Treemap dell'Ospedale Hub di Treviso

## Performance

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l’Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico.

Per il triennio 2025-2027 l’Azienda intende perseguire questi obiettivi strategici:

1. aumentare la sostenibilità nell’uso delle risorse;
2. migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino;
3. sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.
4. umanizzazione delle cure migliorando la comunicazione con il paziente.



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

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall’Azienda nell’ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);
- dall’altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con la DGR n. 1557 del 30/12/2024 “*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l’anno 2025*” (tipo obiettivo “R”).

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

## Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse

Con questo obiettivo strategico l'Azienda pone l'attenzione sulla necessità di un uso oculato delle risorse economiche ed umane. Relativamente a questo, particolare importanza assume il processo di logistica dei beni sanitari.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Revisione dei sistemi di logistica dei beni	A	Logistica centralizzata dei farmaci nel presidio ospedaliero di Vittorio Veneto e logistica esternalizzata dei dispositivi medici e altro materiale.	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	R	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	SI	SI
Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	R	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	SI	SI
Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	R	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	<0
		Indice di distanza dalla best performance	SI	SI
Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	R	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	SI	SI
		Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%

		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	SI	SI
		% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	90%
		Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	SI	SI
		Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	SI	SI

## Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

La creazione di nuovo Valore Pubblico passa necessariamente dalla facilitazione all'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. L'accessibilità fisica, fondamentale per qualsiasi azienda operante nel settore della cura al cittadino che voglia definirsi "vicina" allo stesso, per l'ospedale di Treviso, viene favorita con il trasferimento delle attività sanitarie e delle apparecchiature nel nuovo Edificio 29. Le attività sono iniziate nel corso dell'anno 2024 e l'obiettivo, per il 2025, è quello di completare i trasferimenti garantendo la continuità delle attività. Inoltre, sono in programma anche le attività di progettazione esecutiva e sviluppo della fase 2 dell'intervento della Cittadella della Salute, un processo ambizioso che porterà l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana a prestare l'assistenza sanitaria in un polo d'eccellenza e all'avanguardia.

In un contesto d'innovazione tecnologica preponderante, l'Azienda intende adottare e sviluppare tutte le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Lo **sviluppo della telemedicina** riguarderà numerose branche mediche e tutte le fasi in cui la stessa è adottabile: il consulto, la refertazione, il controllo, la visita e la riabilitazione.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Sviluppo della telemedicina	A	Sperimentazione della teleconsulenza per il trattamento delle lesioni da pressione o croniche in ambito territoriale: Numero di RSA coinvolte	4	4
Accessibilità fisica: Completamento fase 1 Cittadella della Salute	A	Completamento dei trasferimenti secondo le priorità della direzione medica, garantendo la continuità delle attività.	SI	SI
Accessibilità fisica: Sviluppo della fase 2 Cittadella della Salute	A	Avvio delle attività propedeutiche necessarie alla definizione della progettazione esecutiva della seconda fase	SI	SI
		Analisi tecnico giuridico economica inerente l'avanzamento del Contratto del Project Financing e l'eventuale riequilibrio del Piano Economico Finanziario	SI	SI
		Funzionamento del Collegio Consuntivo Tecnico	SI	SI
		Predisposizione delle evidenze necessarie per il superamento della visita dell'autorizzazione all'esercizio della Cittadella Sanitaria Edificio 29	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	R	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	>90%
		% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia
		Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia
		% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90%	>90%
Perseguimento PNRR M6	R	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
		PNRR: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
		PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento
Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	R	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	SI	SI
		PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
Gestione degli investimenti	R	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	SI	SI
		Indice di produttività delle apparecchiature	SI	SI

### Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Con questo obiettivo strategico l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di *clinical governance*, basandosi sulla convinzione che il miglioramento dell'assistenza passi necessariamente dalla messa in discussione di prassi talvolta consolidate negli anni. Nell'ambito dell'innovazione, assume particolare rilievo lo sviluppo del **percorso trapianto allogenico** che per il 2025 prevede di garantire 35 trapianti.

L'Azienda ULSS 2 rivolge particolare attenzione alla reingegnerizzazione dei processi relativi alla **gestione delle liste d'attesa** che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda.

Nella reingegnerizzazione dei processi assume particolare rilevanza la riforma degli Ambiti Territoriali Sociali (L.R. 9/2024). Il nuovo sistema territoriale sanitario, attraverso le case di comunità, gli ospedali di comunità, le centrali operative territoriali (COT) e il Punto unico di accesso (PUA) intende costruire le risposte più efficaci e sostenibili nel tempo, anche a fronte del rispetto dei vincoli economici dei bilanci sanitari e sociali.

Il budget di salute, il progetto di assistenza integrato, il progetto di vita, sono gli strumenti innovativi di lavoro: l'abitare supportato, il cohousing, i centri diurni diffusi rappresentano le nuove soluzioni a supporto delle autonomie attraverso cui prende forma il nuovo modello di welfare integrato locale.

In particolare, si rende necessario lavorare in stretta collaborazione con i Comuni associati negli Ambiti Territoriali Sociali e le Associazioni di volontariato nella realizzazione dei percorsi di autonomia, nel coordinare le attività di innovazione/revisione nell'ambito delle iniziative del PNRR in ambito sanitario e sociosanitario, dove si stanno concretizzando le risposte più virtuose a supporto dei processi di co-programmazione e co-progettazione.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Attuazione della Riforma degli Ambiti Territoriali Sociali (L.R.9/2024)	A	Collaborazione con l'Ambito di riferimento per il passaggio al nuovo modello sociale e sanitario: analisi stato dell'arte e programmazione di tempi/modi per il trasferimento delle competenze in base alle tempistiche dei Decreti attuativi	SI	SI
		Gestione del budget di ciascun ente gestore dei centri di servizi per persone di norma anziane non autosufficienti secondo la Dgr 465/2024	SI	SI
		Rispondere alle specifiche richieste di dati pervenute dai futuri Ambiti nell'ottica del passaggio delle competenze agli Ambiti	SI	SI
Sviluppo dell'intelligenza artificiale	A	Definizione di un regolamento sull'uso dell'intelligenza artificiale all'interno delle attività cliniche e/o amministrative	SI	SI
Ampliamento della Cybersecurity	A	Cybersecurity: % di fasi realizzate rispetto a quelle previste	90%	90%

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Perseguimento interventi strategici di informatica	R	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	SI	SI
		Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	SI	SI
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	R	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali (NSG)	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale

		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	R	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	SI	SI
Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	R	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	SI	SI
Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	R	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell'ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	SI	SI
Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	R	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	1	1
Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	R	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	1	1
		Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	SI	SI
		Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	SI	SI
		Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	SI	SI
Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	R	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	SI	SI
		Tasso di personale destinato alle attività territoriali	SI	SI
		Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	SI	SI
		Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	SI	SI
Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	R	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	SI	SI

		DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	SI	SI
Miglioramento efficienza dei processi di supporto	R	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	SI	SI
		Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma
		Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	SI	SI
		Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	SI	SI
		% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	1	
		Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	SI	SI
Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	R	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70%	>70%
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	R	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	SI	SI
		Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	SI	SI
Promozione dei processi per la ricerca	R	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	SI	SI

## Obiettivo strategico 4 – Umanizzazione delle cure

L'umanizzazione delle cure rappresenta per questa Azienda un pilastro fondamentale per orientare tutti i servizi a migliorare continuamente l'approccio verso il paziente. Questo principio, in linea con gli obiettivi punta a promuovere un approccio incentrato sulla persona, migliorando l'esperienza di cura e rafforzando il legame tra pazienti, famiglie e operatori sanitari.

Gli interventi volti all'umanizzazione delle cure si concentrano su:

- rafforzare la centralità del paziente nei percorsi di cura;
- creare ambienti di cura accoglienti e inclusivi;
- promuovere progetti specifici di umanizzazione (sviluppo di eventi culturali, concerti, attività ricreative, promozione delle arti visive);
- promuovere la formazione continua del personale sanitario per accrescere competenze relazionali ed empatiche;
- garantire un supporto psicologico adeguato alle equipe oltre che supporto a pazienti e familiari;
- favorire il coinvolgimento attivo della comunità nella progettazione e implementazione dei servizi sanitari;
- sviluppare la rete dei servizi attraverso il coinvolgimento sempre più attivo delle associazioni di volontariato e di categoria.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	TARGET BIENNIO 2026-2027
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure in ambito pediatrico	A	Realizzazione di eventi di diffusione della musica all'interno delle strutture dell'azienda con l'associazione musicale di Treviso Manzano e avvio di programmazione cinematografica in Pediatria	3 concerti	3 concerti
		Educazione e accoglienza dei futuri genitori attraverso incontri pre-parto e durante il DH ostetrico	SI	SI
		Partecipazione al tavolo intersettoriale aziendale per la presa in carico dei primi 1000 giorni del bambino e della sua famiglia previsto nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021	SI	SI
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure in ambito riabilitativo	A	Estensione dei progetti di miglioramento <i>AccurataMente</i> con l'obiettivo di dare continuità alla cura, dalla fase acuta in ospedale alla riabilitazione territoriale e ambulatoriale per il miglioramento dei processi di presa in carico del paziente	SI	SI
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure nella salute mentale	A	Esperienze inclusive realizzate con utenti del Dipartimento di Salute Mentale e del Serd nell'ambito del Progetto Attività Fisica	4	4
Miglioramento del rapporto con l'utenza	A	Incontri con MMG e gli operatori degli sportelli territoriali al fine di ridurre le segnalazioni URP	2 incontri per Treviso, 2 incontri per Asolo	2 incontri per Treviso, 2 incontri per Asolo

## Rischi corruttivi e trasparenza

Scopo della presente sezione è quello di definire una strategia aziendale di prevenzione della corruzione organica e sistematica e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia a livello nazionale, in particolare dalla Legge 6.11.2012, n. 190 (L. 190/2012), e regionale, in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione (PNA).

### Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

<b>IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E SUO VICE</b>	<b>I REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</b>
<b>IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)</b>	<b>INTERNAL AUDITING</b>
<b>UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)</b>	<b>ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)</b>

#### **Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)**

Ai sensi dell'art. 1 della L. 190/2012 "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (ora sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO). L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)".

Il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo (Direttore Generale), di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Con delibera del Direttore Generale n. 2385 del 15.11.2024, l'Azienda ha nominato l'avv. Eugenio Varotto come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e con l'approvazione del presente documento lo stesso viene confermato in tale ruolo. Al fine di garantire continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si individua come sostituto del RPCT, in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, il Dott. Livio dal Cin, Direttore della UOC Servizi sociali e socio- sanitari.

I compiti e le responsabilità del RPCT sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 190/2012 e dal D. Lgs. 8.4.2013, n. 39 (D. Lgs. 39/2013) e chiarite in specifici provvedimenti adottati da ANAC.

Come indicato da ANAC, da ultimo nel PNA 2022, allegato 3 "Il RPCT e la struttura di supporto", dal punto di vista organizzativo, al fine di garantire che il RPCT svolga il proprio ruolo con autonomia ed effettività, nel corso del 2023 si è provveduto a rafforzare l'Ufficio trasparenza e anticorruzione procedendo ad individuare specifica struttura organizzativa di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nel 2025, alla luce delle riorganizzazioni aziendali intervenute successivamente alla suddetta nomina, si provvederà alle necessarie modifiche e/o integrazioni della composizione di tale struttura.

#### **I referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza**

Data l'elevata complessità organizzativa dell'Azienda, della sua articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT, sono individuati Referenti della prevenzione della corruzione tutti i direttori di unità operativa complessa, semplice a valenza dipartimentale e semplice, sotto la supervisione dei rispettivi superiori, a seconda della struttura di appartenenza.

È dovere di tutti dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1-ter, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Nell'allegato n. 2 del PIAO, nel quale sono dettagliati gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione, sono altresì indicati i Referenti principalmente coinvolti nello sviluppo, attuazione e monitoraggio delle misure generali.

I Referenti del RPCT, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azioni coordinate, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, concorrono, a titolo esemplificativo, a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione, assicurando obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- garantire l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione di propria competenza;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verificare la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, ove necessario, specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli già previsti da disposizioni di legge.

Il RPCT si riserva la facoltà, in ogni momento, di richiedere a tutti i Referenti della prevenzione ulteriori informazioni o contributi, utili alla prevenzione del rischio di corruzione.

I Referenti del RPCT vengono inoltre coinvolti nella fase di aggiornamento del documento relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

### **Il responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)**

ANAC, con il comunicato del 28.10.2013, ha stabilito che ogni Stazione appaltante deve nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Il PNA 2016 prevede l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, ribadendo nel PNA 2022 l'importanza di tale figura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocazione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione. Con l'adozione del presente documento viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato dell'UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni.

### **Internal auditing**

La funzione di Internal audit, in staff al Direttore Amministrativo, svolge un'attività indipendente e obiettiva di *assurance* e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione, supportandola nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale e sistematico.

La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'*Institute of Internal Auditors* (I.I.A) ed opera sulla base delle indicazioni fornite dal Coordinamento Regionale Rischi Amministrativo – Contabili della Regione del Veneto. La funzione di *Internal auditing* (controllo di terzo livello) collabora con il RPCT, fornendo supporto operativo nella mappatura dei rischi

insiti in ogni processo e promuovendo un sistema di controlli interni, di verifica e di supporto agli *owner* aziendali per l'attivazione di misure di contenimento dei rischi, al fine di valutare e migliorare i processi di *governance* e di controllo.

### **Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.01.2017, n. 1538 del 10.8.2017, n. 857 del 24.05.2018 e n. 1989 del 14.10.2021 e n. 1721 del 1.9.2022, è stato costituito l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), in forma monocratica, quale autorità competente per le infrazioni per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa) nei confronti di tutto il personale dipendente. L'UPD è altresì competente per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i medici specialisti ambulatoriali interni: per tale funzione, l'Ufficio agisce in composizione collegiale, integrato con altri due componenti, in forza della DDG n. 1989 del 14.10.2021 e n. 2052 del 4.10.2024.

Con successiva deliberazione n. 1710 del 07.09.2023 è stato disposto che l'UPD, per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, sia integrato con due componenti, assumendo la denominazione di Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale convenzionato (UPDC).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. 165/2001);
- si occupa delle comunicazioni obbligatorie da trasmettere all'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art.1, co. 3, L. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura assieme al RPCT l'eventuale aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- esamina le segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e raccoglie le condotte illecite accertate e sanzionate;
- collabora con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 62/2013.

Al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e sanzionata, oltre a quelli archiviati, estinti e sospesi.

### **Organismo indipendente di valutazione (OIV)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, ai sensi del D. Lgs. 14 .3.2013, n. 33 (D. Lgs. 33/2013) e della L. 190/2012.

Con il D. Lgs. 25.5.2016, n. 97 (D. Lgs. 97/2016) sono state rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con il D. Lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In particolare, come previsto dal D. Lgs. 25.5.2017, n. 74 (D. Lgs. 74/2017) e come confermato dal PNA 2019 (in linea con i precedenti PNA), gli OIV svolgono le seguenti funzioni:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi relativi alla strategia di prevenzione della corruzione aziendale e quelli delle performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice Etico e di Comportamento;
- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione rischi corruttivi e trasparenza sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ricevere dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza.

Gli esiti delle attività svolte dall'OIV sono rendicontati nei relativi verbali e attestazioni consultabili sul sito web dell'Azienda.

## La gestione dei rischi di corruzione



L'Azienda è orientata alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruttivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, così come previsto dalla ISO 31000:2018, indicata dall'allegato 1 del PNA 2019, a cui rimanda il PNA 2022, è dettagliata nelle seguenti fasi, come illustrato nella soprariportata figura:

- analisi dettagliata del contesto in cui si inserisce la mappatura dei processi e la relativa analisi degli stessi rispetto all'esposizione al rischio corruzione;
- identificazione dei rischi, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione degli stessi per ciascun processo;
- analisi dei rischi in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione dei rischi, determinando in tal modo il livello di rischio e quindi la priorità di trattamento;
- trattamento dei rischi, identificando le misure necessarie per trasferire, eliminare, mitigare, accettare il rischio, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

### Analisi del contesto esterno

#### Il contesto nazionale e regionale

Il contesto italiano presenta diversi rischi, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione. *Transparency International Italia* pubblica annualmente, al seguente link: <https://transparency.it/>, l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti. In base agli ultimi dati disponibili nel 2023 l'Italia si è classificata al 42° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, con un punteggio di 56/100; a livello europeo al 17° posto su 27 paesi membri dell'Unione europea, dove il punteggio medio è di 65/100.

Quanto alla Regione Veneto, si fa rinvio alle relazioni semestrali della Direzione investigativa antimafia (Dia) consultabili al seguente link: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>.

#### Sanità

In tale ambito, i settori maggiormente esposti sono:

- l'accreditamento istituzionale, con i rimborsi e la conferma dei requisiti;

- il settore farmaceutico e protesico, esposto ai rischi legati alla sperimentazione e all'innovazione, nonché al rischio di eventuali accordi collusivi tra operatore sanitario e case farmaceutiche, che favoriscono la prescrizione di certi farmaci o strumentazioni;
- l'affidamento degli incarichi sia interni che esterni;
- l'ambito della digitalizzazione della sanità dove alto è il rischio di richieste illecite volte ad ottenere la condivisione di dati sanitari o altri flussi informativi da parte di imprese farmaceutiche, assicurative, di servizi per la cura alla persona e di giganti informatici che puntano a profilare i pazienti per poi venderne le caratteristiche a terzi;
- l'area dei contratti pubblici, tra le aree di rischio più sensibili, maggiormente esposta anche al pericolo di conflitto d'interessi, quando chi propone i materiali risulta essere anche colui che poi li utilizza;
- la gestione delle liste d'attesa e i decessi in ambito intraospedaliero, in cui si potrebbero effettuare illecite segnalazioni anticipate a specifiche imprese funebri in cambio di compensi o favori.

La corruzione in sanità, fenomeno che non riguarda solo il nostro Paese, ma anche le altre nazioni europee, provoca perdite importanti nei finanziamenti pubblici.

### **Analisi del contesto interno**

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si rimanda alla descrizione contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano.

L'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

L'azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basato su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla nuova ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2018. In linea con la strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad essi relativi da monitorare e migliorare. Il dettaglio di tale analisi è contenuto nell'allegato 1 della presente sezione del PIAO.

La definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l'intera attività svolta (come previsto anche dal PNA 2019). Dall'anno 2019 è stata avviata un'attività integrata di CRSA (*Control Risk Self Assessment*) che ha permesso di mappare e valutare la quasi totalità dei processi aziendali, armonizzando la metodologia proposta da Azienda Zero per il controllo interno con la ISO 31000 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei piani aziendali. In particolare l'attività si è svolta attraverso le fasi, di seguito descritte, di validazione della mappatura dei processi, di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi e di valutazione dei rischi specifici identificati.

### **Mappatura dei processi**

L'Azienda ha identificato un unico elenco aziendale, che nel tempo è stato revisionato ed affinato così da ottenere, come previsto anche dal PNA 2022, una mappatura dei processi unitaria, ossia integrata con gli altri sistemi di gestione.

### **Autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi**

Nel 2024, in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, sono stati autovalutati, mediante uno specifico modulo Google reso disponibile alle unità operative, n. 94 processi: per n. 79 di questi è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo. I risultati delle valutazioni riguardanti la rischiosità dei processi sono riportati nell'allegato 1.

### **La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione del rischio**

Dando priorità ai processi definiti ad alto e medio rischio di corruzione, è necessario identificare, analizzare e ponderare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (valutazione del rischio).

All'interno dell'Azienda sono stati valutati i rischi specifici di complessivi n. 55 processi, corredati del relativo registro dei rischi, che per alcuni è condiviso. I n. 49 registri dei rischi sono resi disponibili per i dipendenti nella seguente sezione dell'intranet aziendale <https://intranet.aulss2.veneto.it/web/prevenzione-della-corruzione/gestione-del-rischio/registri-dei-rischi>. Nel corso del 2024, seguendo la metodologia del CRSA, sono stati aggiornati i registri dei rischi specifici di corruzione di n. 12 processi.

#### Identificazione dei rischi specifici

Costituiscono oggetto di analisi, per l'identificazione dei rischi specifici, le singole fasi e/o attività in cui si scompone un processo. Per l'identificazione degli eventi rischiosi sono state adottate le seguenti tecniche:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o *internal auditor*, eventi rischiosi enucleati nel PNA) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno;
- brainstorming con il gruppo di lavoro e incontri da parte di RPCT, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Internal Auditing con gli *owner* del processo e/o con associazioni e portatori di interesse esterni.

I rischi identificati sono riportati nella prima parte dei registri dei rischi nell'allegato 1 del PIAO.

Ciascun rischio individuato viene classificato in 3 categorie:

- amministrativo contabile, che comporta non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative;
- *compliance*, derivante da mancanza di conformità a leggi, regolamenti, procedure o prassi interne;
- frode, riguardante azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti (Allegrini *et al.*, 2003). Il rischio di corruzione si inserisce quindi all'interno di questa categoria.

#### Analisi e ponderazione dei rischi specifici

Considerando le indicazioni del PNA 2019, si è deciso di adottare la metodologia proposta da Azienda Zero per l'*Internal Auditing* anche per la valutazione dei rischi di corruzione in modo da sfruttare l'opportunità di approfondire ed utilizzare un unico metodo di valutazione. Si tratta di un approccio semi quantitativo basato sul *self assessment* (CRSA).

Il gruppo di lavoro e gli *owner* di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e *Internal Auditing*, hanno proceduto alla relativa analisi sulla base di n. 4 *item* relativi a probabilità (la frequenza con cui si compie l'attività, la discrezionalità, la storicità di problematiche riscontrate ed il livello dell'informatizzazione) e n. 2 concernenti l'impatto (economico e di immagine). Le scale adottate prevedono un punteggio da 1 a 5, la cui scelta, effettuata dal gruppo di lavoro, deve essere basata, ove possibile, su dati oggettivi (es. frequenza dell'attività, raccolta delle problematiche riscontrate), pur risentendo della soggettività derivante dall'adozione di uno strumento di autovalutazione. L'indice di rischio (IR) viene quindi calcolato come  $IR = \text{probabilità} * \text{impatto}$ .

Anche i risultati dell'analisi del rischio vanno inseriti nel registro dei rischi. Con tale indicatore si misura il rischio lordo, ossia il rischio inerente (escludendo eventuali controlli esistenti o futuri). Il PNA 2019 invita ad adottare un approccio di tipo qualitativo nella valutazione del rischio. Per tale motivo il rischio viene valutato secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto.

#### **Trattamento del rischio: misure specifiche e azioni di miglioramento**

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013 e nel PNA 2019, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure idonee a gestire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e nella programmazione delle modalità della loro attuazione.

Le risposte in fase di trattamento possono essere di eliminazione, mitigazione, trasferimento o accettazione del livello di rischio.

Le misure di prevenzione della corruzione sono azioni atte a contenere il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi. Possono essere generali (quando intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione) o specifiche (quando agiscono in maniera puntuale su specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano per l'incidenza su

problemi specifici). Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità. Le misure, esistenti o future, vanno valutate in modo da misurare il rischio residuo, ossia il livello di rischio ottenuto dopo aver applicato le misure. La misurazione avviene, per quanto possibile, anche considerando misure future in modo da poter avere una stima del rischio residuo dopo l'implementazione della misura. Anche il rischio residuo viene valutato in base ad un approccio di tipo qualitativo, secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto. Nei registri dei rischi dell'allegato 1 del PIAO sono riportate le singole misure specifiche individuate.

Gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione sono dettagliati nell'allegato 2 del PIAO.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2025</b>	<b>Target biennio 2026-2027</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici	Autovalutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Aggiornamento registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	10%	Owner dei processi interessati; Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo; Ufficio <i>Internal audit</i> , Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste	100%	100%	Owner dei processi interessati

## Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione

### La formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione, etica, integrità e trasparenza, prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. b) e c) nonché dai PNA 2013, 2015 e 2019, è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente, soprattutto per le attività a più alto rischio corruttivo.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende favorire pienamente l'attuazione delle raccomandazioni emanate nei PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda prevalentemente le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza;
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai dirigenti e ai titolari di posizione organizzativa addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, con percorsi differenziati per contenuti e livelli di apprendimento, in relazione al ruolo svolto in Azienda.

La formazione relativa alla prevenzione della corruzione viene programmata nel Piano triennale della formazione adottato dall'Azienda. Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliati e approvati da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti anche i coordinatori della Formazione e il RPCT (DDG n. 2389 del 9.12.2021 e DDG n. 1289 del 23.6.2023). L'Azienda, inoltre, monitora e verifica il grado di efficacia di ciascun corso formativo attraverso la somministrazione ai soggetti destinatari della formazione di questionari di apprendimento e di gradimento.

La selezione dei dipendenti, destinatari della formazione specifica, avviene sulla base delle indicazioni fornite dai referenti del RPCT.

Il PNA 2019 sottolinea in particolare la necessità di formare tutti i dipendenti pubblici sulle regole di condotta del codice di comportamento nazionale (DPR 62/2013) e del codice aziendale.

Il D.P.R. 81/2023, che ha integrato i doveri di comportamento previsti dal D.P.R. 62/2013, ha previsto l'obbligo di programmare le attività formative specifiche anche in materia di etica e comportamento etico. Tali materie saranno pertanto oggetto di formazione ai dipendenti dei prossimi anni.

Nel corso del 2024 è stata realizzata per intero l'attività formativa programmata.

Nel Piano formativo aziendale 2025, approvato dal Comitato scientifico nel corso della riunione del 4.12.2024 e adottato con DDG n. 2814 del 24.12.2024, sono stati inseriti specifici corsi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, quali la somministrazione della FAD sul codice di comportamento, uno specifico corso residenziale sul codice di comportamento rivolto ai titolari di incarichi di funzione, una formazione sul campo dedicata alle unità operative che si occupano dell'approvvigionamento di beni e servizi e un convegno sulla prevenzione dei rischi corruttivi, amministrativo contabili e di *compliance*.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei referenti del RPCT o di altro personale individuato	Personale formato rispetto al numero dei referenti o di altro personale individuato	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione

### La rotazione ordinaria del personale

La rotazione del personale nelle aree a più elevato rischio di corruzione è una misura generale di prevenzione della corruzione e assume particolare rilievo nei confronti del personale addetto alle aree a rischio; risponde all'esigenza di limitare la permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione per prevenire il consolidarsi di posizioni che possono degenerare in dinamiche improprie dell'attività (pressioni esterne sul dipendente o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate).

Come evidenziato da ANAC, nel PNA 2019, allegato 2 "la rotazione ordinaria del personale", le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono connesse a vincoli oggettivi (che riguardano l'assetto organizzativo dell'ente e soggettivi (connessi ai diritti individuali dei dipendenti in quanto le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti).

Al riguardo, il PNA 2016 - § VII Sanità - sottolinea come in questo settore l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ciò vale in particolare per l'area clinica, che è sostanzialmente vincolata dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

C'è uno stretto collegamento tra la rotazione del personale ed altre misure di prevenzione della corruzione, tra cui la formazione: una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi infatti garantisce che siano acquisite dai dipendenti le competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione.

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione ordinaria, come indicato da ANAC, è necessario operare scelte organizzative e/o adottare altre misure che possano avere effetti analoghi (es. rafforzamento misure di trasparenza, compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, affidamento a più persone delle varie fasi procedurali, rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, doppia sottoscrizione degli atti, lavori in *team*). Nel 2024 l'Azienda ha applicato la rotazione ordinaria del personale, dal momento che risultano complessivamente prorogati e conferiti n. 718 incarichi a personale del comparto e, per quanto riguarda la

dirigenza, n. 7 incarichi per la dirigenza professionale tecnica e amministrativa (PTA), di cui n. 5 gestionali e n. 2 professionali.

È inoltre stato definito, da parte del Dipartimento di Prevenzione, il Regolamento del personale con funzioni di vigilanza e controllo del comparto afferente ai servizi del Dipartimento di prevenzione, che ad oggi è in corso di approvazione.

Anche nel corso del 2025 l'Azienda continuerà a valutare la possibilità di attuare, nelle aree a più elevato rischio corruttivo, la rotazione del personale, avendo cura di fare ricorso, in alternativa, come indicato da ANAC, all'applicazione di misure che possano avere effetti analoghi.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione ordinaria del personale	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Direttore /Responsabile di unità operativa
	Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale sul numero delle ispezioni totali	100%	100%	Direttori dei servizi del Dipartimento di prevenzione in cui opera il personale tecnico della prevenzione
	Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale nelle ispezioni	6	12	UOS Professioni sanitarie del dipartimento di prevenzione

### La rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria è una misura di prevenzione della corruzione di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, da attuarsi in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'ANAC, con delibera n. 215 del 26.3.2019, ha chiarito quali sono le "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria e quali i casi in cui l'adozione del provvedimento sulla rotazione straordinaria è invece facoltativa.

Nel 2023, in attuazione delle indicazioni di ANAC, è stato approvato, con DDG n. 2349 del 15.12.2023, il Regolamento aziendale per l'attuazione della rotazione straordinaria del personale interessato da procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Nell'anno 2024 non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti	Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria	Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori	100%	100%	Direttore /Responsabile di unità operativa

### Il codice di comportamento dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Il Codice dell'Azienda, che integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013), è uno strumento che indica i principali doveri di comportamento. Entrambi i codici di comportamento devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda, dai consulenti e dai collaboratori di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Con riferimento al rilievo giuridico del codice di comportamento, sia nazionale sia dell'amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri ivi contenuti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa-contabile e dirigenziale del soggetto.

La vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 165/2001; artt. 13 e 15 del D.P.R. 62/2013) per l'ambito di propria competenza, in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

Con cadenza annuale il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e l'UPD relazionano al RPCT in ordine alle segnalazioni ricevute in merito alle violazioni del codice di comportamento, ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate. I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC.

A seguito di specifica richiesta avanzata dal RPCT, con nota in data 31 marzo 2023, al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e accertata.

In considerazione delle modifiche apportate al DPR n. 62/2013, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, da parte del DPR n. 81 del 13.06.2023, ha adottato, con DDG n. 2356 del 13.11.2024, il nuovo Codice di comportamento, che è stato diffuso tra tutto il personale, con nota prot. n. 209282 del 15.11.2024 e pubblicato nell'*homepage* del sito internet aziendale e mediante *news* nell'area intranet del sito.

Ad integrazione del Codice, l'Azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

- il regolamento recante la Social media policy aziendale, adottato con DDG n. 1790 del 22.09.2023;
- l'aggiornamento delle "Istruzioni operative sulla gestione della posta elettronica".

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto e diffusione del codice di comportamento	Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%	Ufficio per i procedimenti disciplinari

## Il conflitto di interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore. Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio.

La normativa in materia di conflitto è prevista sia nel Codice di comportamento per i dipendenti pubblici (artt. 7 e 14 del DPR 62/2013), sia nella legge sul procedimento amministrativo (art. 6 *bis* L. 241/1990), in cui sono previsti l'obbligo per il dipendente/responsabile del procedimento di comunicazione della situazione di conflitto e di astensione al responsabile dell'unità di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto, pena la responsabilità disciplinare del dipendente e fatte salve le eventuali ulteriori responsabilità civili, penali e amministrative e contabili. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nel corso degli anni è intervenuta in materia adottando diversi regolamenti specifici:

- regolamento per la gestione del procedimento amministrativo, adottato con DDG n. 7 del 10.01.2019;
- regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad eventi di aggiornamento o formativi con spese a carico di soggetti terzi (sponsorizzazioni), adottato con DDG n. 1230 del 19.07.2018;
- regolamento attività libero professionale intramuraria, modificato con DDG n. 2469 del 22.12.2023;
- regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extra istituzionali del personale dipendente, adottato con DDG n. 1194 del 16.6.2023;

- regolamento per il funzionamento dell'Unità per la ricerca clinica (URC) e per la gestione delle ricerche cliniche in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, adottato con DDG n. 1829 del 28.9.2023.

**Procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi**

Come raccomandato nel PNA 2019, parte III, § 1.4 - Conflitto di interessi – è opportuno individuare una procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi. La materia è ora disciplinata agli artt. 5 e 6 del codice di comportamento aziendale, adottato con DDG n. 2356 del 13.11.2024, ai quali si rimanda.

**Il conflitto di interessi dei componenti delle commissioni gara per l'affidamento dei contratti pubblici.**

Un ambito in cui è particolarmente sentita la necessità di introdurre misure per la gestione dei conflitti di interessi è quello degli acquisti (*Procurement*). Il PNA 2022 ha dedicato una sezione specifica al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, dando indicazioni in merito all'ambito di applicazione della normativa e alle misure di prevenzione del conflitto di interessi da adottare in ogni stazione appaltante.

Il D. Lgs. 36/2023, all'art. 16, ha definitivamente e delineato le situazioni di conflitto nell'ambito dello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzioni degli appalti e delle concessioni. Le relazioni pervenute al RPCT hanno confermato l'utilizzo, presso varie unità operative, di modulistica *ad hoc* sul conflitto di interessi, motivo per cui anche nel corso del 2025 si continuerà ad agevolare l'utilizzo per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	Owner dei processi interessati

**Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi**

Al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013. Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal succitato decreto e per "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione/svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La UOC Affari generali e legali ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità dai componenti della Direzione strategica. Le verifiche non hanno evidenziato criticità. La UOC Gestione delle risorse umane ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità rese per gli incarichi di direzione di struttura complessa dell'area professionale tecnica e amministrativa. Le verifiche non hanno evidenziato criticità.

Nell'anno 2025 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane

### Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale

Ai sensi dell'art. 35-*bis* del D. Lgs. 165/2001, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale), non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, i soggetti interessati sottoscrivono una dichiarazione in cui attestano l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale; gli uffici competenti effettuano le opportune verifiche, anche mediante richiesta dei certificati del casellario giudiziale.

Le unità operative interessate dalla misura in oggetto hanno dichiarato, nelle relazioni rese al RPCT, di aver fatto sottoscrivere nel corso del 2024 le dichiarazioni in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali. Nel corso del 2025 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto dell'art. 35- <i>bis</i> del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dell'art. 35- <i>bis</i> del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di concorso/gara nominati	100%	100%	Owner dei processi interessati

### Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, l'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, al fine di evitare che si verifichino situazioni di conflitto di interessi e che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Azienda, con DDG n. 1194 del 16.6.2023, ha adottato un regolamento per la disciplina gli incarichi e le attività extra istituzionali dei dipendenti, comprensivo della procedura di rilascio dell'autorizzazione.

Le autorizzazioni sono rilasciate dall'UOC Risorse umane e successivamente pubblicate ai sensi degli artt. 18 del D.lgs. n. 33/2013 e 53, co. 14, del D.lgs. n. 165/2001 nella sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti/Personale della sezione Amministrazione trasparente". La pubblicazione amplifica l'efficacia della misura generale in oggetto aggiungendo il potenziale controllo anche da parte di soggetti esterni. Nel 2024 non sono pervenute segnalazioni di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese	100%	100%	UOC Gestione risorse umane

istituzionali	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
---------------	---	---	------	------	----------------------------

### **Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. *Pantouflage – Revolving doors*)**

L'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 prevede che i dipendenti i quali negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possano svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La normativa prevede, inoltre, che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

S'intende evitare che il dipendente, durante il periodo di servizio, possa precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

ANAC, con delibera n. 4793 del 25.9.2024, ha adottato le nuove linee guida in materia, fornendo indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di *pantouflage*, ad integrazione di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022. Ciò allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato, orientando ancor meglio le amministrazioni/enti nell'individuazione di misure di prevenzione del *pantouflage*.

In Azienda, le unità operative complesse deputate all'approvvigionamento di beni, servizi e lavori, come indicato dal bando tipo n. 1, prevedono nei propri documenti di gara l'esclusione degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione, in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 e acquisiscono specifica autodichiarazione da parte degli operatori economici partecipanti. Dalle relazioni, dalla documentazione prodotta e dalle verifiche a campione effettuate è emerso che le suddette unità operative applicano la disciplina relativa al *pantouflage*, inserendo specifiche clausole nella documentazione di gara e richiedendo ai partecipanti apposite dichiarazioni a riguardo.

La UOC Gestione risorse umane consegna uno specifico modello di informativa sul *pantouflage* e relativa dichiarazione al personale che cessa del comparto e della dirigenza afferente ad una serie di unità operative considerate maggiormente esposte al rischio di *pantouflage*. Nel corso del 2025 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2025</b>	<b>Target biennio 2026-2027</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell'anno	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	100%	UOC gestione risorse umane

### **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)**

Il *whistleblower* è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. La recente normativa (D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24) ha ampliato sia il novero dei soggetti che

possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate perché lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato. Le segnalazioni, che devono essere effettuate sempre nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica, possono avvenire tramite uno dei seguenti canali:

1. interno (nell'ambito del contesto lavorativo);
2. esterno (ANAC);
3. divulgazione pubblica (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone);
4. denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

L'Azienda, per quanto riguarda l'istituzione del canale interno di segnalazione, prevede che la segnalazione possa essere effettuata:

- attraverso apposito strumento informatico di crittografica
- in forma scritta con consegna al RPCT.

La gestione della segnalazione è a carico del RPCT, il quale avvisa il segnalante del ricevimento della segnalazione entro 7 giorni ed è tenuto a definire l'istruttoria e a fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento.

L'Azienda assicura le tutele previste dalla normativa, quali:

- la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate;
- la sottrazione della segnalazione all'accesso agli atti amministrativi e all'accesso civico generalizzato;
- la protezione del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate nella segnalazione dalle ritorsioni poste in essere in ragione della segnalazione;
- la causa di non punibilità per chi riveli o diffonda informazioni sulle violazioni coperte dall'obbligo di segreto, diverso da quello professionale forense e medico o relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali ovvero se, al momento della segnalazione, denuncia o divulgazione, aveva ragionevoli motivi di ritenere che la rivelazione o diffusione delle informazioni fosse necessaria per effettuare la segnalazione e la stessa è stata effettuata nelle modalità richieste dalla legge.

Le suddette tutele non sono garantite quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

Il Regolamento aziendale in materia, già adottato con DDG n. 2518 del 30.12.2022, è stato sostituito dal testo approvato con DDG n. 1413 del 13.07.2023, avente per oggetto "Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'Unione europea (c.d. *whistleblowing*)", al fine di consentire l'adeguamento della disciplina aziendale a quanto previsto dalla nuova e dalle specifiche linee guida aggiornate da ANAC. L'Azienda ha inoltre stabilito che:

- il ruolo di custode delle identità coincida con quello di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. A modifica di quanto stabilito con DDG n. 1413 del 13.07.2023, nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, con il presente atto viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione il Dott. Livio dal Cin, Direttore della UOC Servizi sociali e socio-sanitari;
- nella gestione e analisi delle segnalazioni particolarmente complesse, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza possa venir supportato dal dott. Carlo Frattin, Direttore UOC Affari generali e legali;
- i predetti soggetti sono individuati quali autorizzati al trattamento dei dati personali relativi alle segnalazioni, nei limiti e con l'osservanza di quanto previsto nel nuovo Regolamento adottato e nelle specifiche Linee guida emanate in materia da ANAC.

L'adozione del nuovo regolamento è stata comunicata a tutto il personale sia con nota prot. n. 130154 del 14.07.2023, sia mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale. Inoltre, si è provveduto a rendere note le informazioni sui canali di segnalazione anche attraverso specifica informativa esposta all'interno dei locali aziendali come previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 24/2023. Si è provveduto ad implementare la pagina di amministrazione trasparente dedicata alla segnalazione di illeciti,

specificandone meglio il contenuto. Al fine di consentire la fruibilità della stessa, è stato inserito un link nell'area intranet del sito aziendale dedicata alla prevenzione della corruzione. All'interno della FAD sul codice di comportamento è prevista una specifica sezione dedicata all'istituto del whistleblowing, aggiornata a seguito delle novità normative intervenute. Nel corso del 2024 è stata conclusa la gestione di una segnalazione pervenuta nel corso del 2024. È inoltre pervenuta una nuova segnalazione anonima la cui valutazione è in corso. Nel corso del 2025 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%	RPCT

### Protocollo di legalità e Patti di integrità

Come precisato da ANAC, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati a tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Oltre alle dichiarazioni di natura comportamentale a sostegno della legalità in tali patti viene previsto che le stazioni appaltanti possono escludere il partecipante dalla gara nel caso di mancata accettazione del patto, revocare l'aggiudicazione e risolvere il contratto nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

In data 6 aprile 2017, L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha sottoscritto con la Prefettura di Treviso - Ufficio Territoriale del Governo il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici, corredato dello schema di "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici". In data 17 settembre 2019, il Presidente della Giunta regionale ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto il rinnovato Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il cui schema è stato approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019.

Stante la sua durata triennale, il Protocollo è scaduto il 16 settembre 2022. La Regione Veneto, con nota prot. n. 479297 del 14 ottobre 2022, nelle more dell'adozione del nuovo Protocollo, ha raccomandato alle aziende sanitarie di applicare, nella predisposizione della documentazione dei bandi di gara relativa alle procedure di affidamento avviate anche successivamente alla data di scadenza del Protocollo, le medesime istruzioni operative impartite alle strutture ed amministrazioni regionali, invitandole quindi a continuare ad inserire nella documentazione di gara le clausole e le condizioni contrattuali idonee ad incrementare la sicurezza degli appalti e la trasparenza nelle relative procedure, atteso che le stesse, se applicative della normativa antimafia e delle misure di previste dall'art. 32 del D.L. 90/2014, possono essere inserite nella documentazione di gara con valenza di Patto di integrità, purchè specificatamente accettate dall'operatore economico.

Pertanto ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in data 17.9.2019, consultabile sul sito della Giunta Regionale: (<http://www.regione.veneto.it/web/lavori-pubblici/protocollo-di-legalita>), nonché le clausole pattizie di cui al "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici" sottoscritto con la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Treviso, in data 1.6.2017, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata. Il Patto di Integrità viene allegato al Disciplinare di gara e sottoscritto per accettazione dal titolare/legale rappresentante della Ditta che intende partecipare alla procedura di gara. Le unità operative Servizi tecnici e patrimoniali,

Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni e Servizi sociali e sociosanitari, che eseguono gare, hanno dichiarato, relativamente al 2024, di inserire il patto di integrità nella documentazione di gara.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati

## La trasparenza

### Gli obblighi di pubblicazione

La trasparenza, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 33/2013, è intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

All'interno della presente sezione sono individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente e volti ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, co. 3 del D.Lgs. n. 33/2013. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nell'allegato n. 3 del PIAO, ha individuato gli specifici obblighi di pubblicazione, il contenuto degli stessi, l'ufficio responsabile della produzione e della pubblicazione dei dati e le tempistiche di aggiornamento. L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili. La pubblicazione dei dati sul sito *web* aziendale viene effettuata nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, previsti dalla vigente normativa comunitaria e nazionale, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di *“responsabilizzazione”* del titolare del trattamento. Il sistema organizzativo adottato, volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda, si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative, a cui competono:

- l'elaborazione/produzione dei dati/informazioni;
- la pubblicazione dei dati/informazioni.

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 36/2023, si è reso necessario adeguare il flusso relativo alla sotto-sezione *“Bandi di gara e contratti”*, anche alla luce della delibera n. 264 del 20.6.2023, con la quale sono stati individuati informazioni e dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013

Con delibera n. 495 del 25.9.2024, ANAC ha approvato n. 3 schemi, ai sensi dell'art. 48 del D. Lgs. 33/2013, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del citato decreto, concedendo alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni di Amministrazione trasparente rispetto ai predetti schemi (allegati da n. 1 a n. 3). Ad oggi sono messi a disposizione delle amministrazioni anche gli altri schemi elaborati, ma non allo stato definitivamente approvati (allegati da 5 a 14). ANAC, infine, con la medesima delibera, ha approvato il documento *“Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013”*, contenente indicazioni utili per la pubblicazione sui requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse (allegato n. 4), che l'Azienda provvederà a darne opportuna diffusione. Il RPCT, ai sensi dell'art. 43, co. 1, D.Lgs. n. 33/2013, è tenuto al controllo sull'effettiva pubblicazione da parte degli uffici competenti, come individuati nell'allegato 3, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione viene svolta mediante

un monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata comunicazione al responsabile della produzione e della pubblicazione del dato per richiedere l'aggiornamento tempestivo della relativa sezione dell'amministrazione trasparente. Nel 2024 l'esito dell'attività di monitoraggio nel complesso è stato positivo.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 6.6.2024, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 213/2024, la cui griglia di rilevazione è consultabile al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/Attestazioni-OIV-o-Struttura-Analoga>. Nel 2025 si continuerà ad assicurare il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì	RPCT Ufficio trasparenza e anticorruzione

### L'accesso civico

L'Azienda garantisce l'accesso civico semplice, disciplinato dall'art. 5 del D. Lgs. 33/2013, che consente a chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che l'Azienda abbia eventualmente omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo a norma di legge o di regolamento.

L'Azienda garantisce, altresì, l'accesso civico generalizzato – allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico - che consente a chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D. Lgs. 33/2013. Con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti.

Dall'anno 2016 l'UOC Affari Generali e Legali aggiorna, con cadenza semestrale, i registri delle richieste di accesso presentate all'Azienda con indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%	Owner dei processi interessati

### Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza

La sezione rischi corruttivi e trasparenza deve disporre di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo. Secondo il PNA 2022, le fasi di programmazione e monitoraggio vanno strettamente correlate per aumentare il processo ciclico di miglioramento della programmazione, in particolare usando i risultati del monitoraggio

per la programmazione successiva. Per le modalità di attuazione del controllo e del monitoraggio si rinvia alla sezione “Monitoraggio” del presente PIAO.

## Rendicontazione e diffusione

Secondo la ISO 31000 2018, si devono stabilire i meccanismi di comunicazione e *reporting* interni ed esterni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi appropriati agli *owner* dei processi e a tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall’Amministrazione o ne siano in qualche modo coinvolti (c.d. portatori di interesse/*stakeholders*), in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

In coerenza con quanto riportato nei PNA 2019 e 2022, l’Azienda promuove a tutti i propri livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell’importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate: tutti i componenti dell’organizzazione collaborano per la sua realizzazione e aggiornamento.

A tal fine l’Azienda si è innanzitutto impegnata a coinvolgere le associazioni degli utenti nella fase iniziale di aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione, favorendo l’invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare la sezione rischi corruttivi e trasparenza, mettendo in consultazione la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l’invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 23 dicembre 2024, per l’individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l’identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte.

Inoltre, è attiva la possibilità da parte degli *stakeholders* di fornire in ogni momento contributi e osservazioni in merito alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, così come indicato al link <https://www.aulss2.veneto.it/coinvolgimento-stakeholders>.

Il PIAO 2025-2027 sarà quindi pubblicato nel sito istituzionale dell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, anche nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

Inoltre l’adozione del PIAO sarà comunicata a tutto il personale tramite l’Angolo del dipendente.

Anche i dipendenti dell’amministrazione devono infatti partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure di prevenzione della corruzione (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all’UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento). In particolare, l’art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la propria collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza. L’eventuale violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione ivi presenti costituisce illecito disciplinare (art. 1 L. n. 190 del 2012, co. 14), passibile di provvedimento disciplinare (art. 55-sexies, D. Lgs. 165/2001, co. 3).

L’efficacia degli interventi adottati per prevenire il rischio di corruzione e di illegalità è garantita dal costante raccordo tra la Direzione Aziendale, il RPCT e tra quest’ultimo ed i propri referenti, in modo da conseguire l’attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Al fine di rendicontare l’attuazione del piano, il RPCT provvede a redigere la Relazione ANAC entro il 15 dicembre di ogni anno, o entro il diverso termine indicato da ANAC, provvedendo a pubblicarla nel sito aziendale, a trasmetterla alla Direzione strategica e all’OIV, e a darne comunicazione ai Direttori delle unità operative coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione.

Il RPCT provvede inoltre a predisporre una specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per i Referenti del RPCT.

Con riferimento all’anno 2024, il RPCT pubblicherà la Relazione ANAC nel sito internet aziendale entro il 31.1.2025 (come stabilito da ANAC), dandone comunicazione alla Direzione strategica e all’OIV con specifica nota. Entro lo stesso termine inoltre il RPCT trasmetterà ai Referenti del RPCT la specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, dando altresì conto dell’avvenuta pubblicazione della Relazione ANAC.

L'Azienda ha intrapreso un'attività di interlocuzione con i propri stakeholders, in particolare con le associazioni dei pazienti e con le associazioni di volontariato. Per tale motivo, anche quest'anno è stata realizzata, in data 16 dicembre 2024, una specifica iniziativa di confronto sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti. Anche nel 2025 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli stakeholders sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

<b>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2025</b>	<b>Target biennio 2026-2027</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Rendicontazione e diffusione	Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	RPCT
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV	Sì	Sì	RPCT
	Realizzare iniziative di coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	Invito ad iniziative	Sì	Sì	Ufficio relazioni con il pubblico, RPCT

# ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

**In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dell’Azienda ULSS 2, nonché la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo del lavoro agile.**

Il successo di un’azienda deriva dalla sua capacità di valorizzare al meglio le proprie risorse e tra le tante che un’Azienda deve possedere, sono quelle umane, che hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore di un’organizzazione.

Conoscere il potenziale umano presente in azienda e sfruttarlo al meglio è un fattore determinante, che consente alle organizzazioni di affermarsi nel proprio settore.

Il successo di un’azienda, non dipende quindi solo dal management, che può avere idee più o meno eccellenti o innovative, ma anche e soprattutto dai suoi collaboratori, che devono seguire e condividere la *mission* aziendale. La selezione e gestione delle risorse umane è quindi un momento fondamentale nella vita di un’organizzazione, poiché avere le “giuste” competenze è un elemento che può fare la differenza.

Non bisogna solo possedere delle risorse umane, ma bisogna anche infondere in queste una giusta dose di motivazione, così da creare un team, che lavori sinergicamente per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Uno dei compiti di coloro che nelle organizzazioni si occupano di gestire e sviluppare le risorse umane è infatti proprio quello di valorizzarle sino a renderle autentico capitale sociale. Diventa quindi fondamentale valutare le potenzialità possedute dai lavoratori e sviluppare in questi, competenze coerenti con il ruolo da ricoprire. Negli ultimi decenni si è rafforzata l’idea che il lavoratore nell’organizzazione è una variabile strategica, non deve quindi essere considerato come un costo, ma piuttosto come una risorsa a disposizione dell’organizzazione. E’ necessario, quindi, assumere un approccio strategico nella gestione del personale, poiché questo ha un impatto positivo sulle performance aziendali. A tal fine la Direzione Risorse Umane ha un ruolo chiave nell’Azienda, tra i suoi compiti, infatti, vi è anche quello di saper stabilire compiti e responsabilità e regolare l’attività lavorativa così da poter raggiungere gli obiettivi aziendali tramite la gestione e valorizzazione del capitale umano: i lavoratori, che sono appunto la risorsa cruciale e la principale fonte di vantaggio competitivo.

Il ruolo e l’influenza della Direzione Risorse Umane, la sua collocazione all’interno dell’organizzazione, le sue dimensioni e molte altre sue caratteristiche sono influenzate da fattori contingenti, come la tecnologia, le dimensioni aziendali, il contesto istituzionale e sociale, la cultura aziendale, ecc., tuttavia molto dipende anche dal modo in cui gli attori aziendali interpretano il loro ruolo, entrano in relazione tra loro e colgono le opportunità dell’ambiente interno ed esterno. La Direzione Risorse Umane è all’interno dell’organizzazione aziendale partner indispensabile non solo della Direzione Strategica ma anche di tutte le divisioni aziendali.

Le principali attività che svolge la Direzione Risorse Umane sono:

- la pianificazione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la valutazione e la gestione delle carriere;
- la retribuzione;
- la gestione e applicazione degli istituti contrattuali derivanti dai CCNL;
- la gestione di tutte le incombenze relative alla conclusione del percorso lavorativo.

La pianificazione del personale si occupa di analizzare l’organico aziendale e la sua composizione, unitamente alla strategia dell’azienda e all’ambiente esterno, cercando di prevedere i flussi di personale in entrata e in uscita, le modalità di copertura di questi e le modalità con cui colmare gli eventuali gap di personale attraverso attività di reclutamento, sviluppo e compensazione delle risorse umane. Il reclutamento comprende pratiche e attività svolte per identificare e attrarre potenziali dipendenti.

Per quanto riguarda la valutazione, questa è un'attività fondamentale della Direzione Risorse Umane, in collaborazione con tutte le Direzioni, poiché, serve per attribuire un valore oggettivo al lavoro svolto dal personale di afferenza. Oggetto della valutazione possono essere la prestazione, le competenze, la posizione, l'aggiornamento e/o formazione e il potenziale della persona.

La valutazione è la base su cui si modella il sistema retributivo dell'azienda e la gestione dei percorsi di carriera. Per quanto riguarda la carriera, questa rappresenta la sequenza in evoluzione delle esperienze lavorative realizzate lungo il tempo di vita di un individuo.

La Direzione strategica dell'Azienda ULSS2 promuove la formazione permanente, o continua, quale strumento necessario per ottimizzare le risorse umane e per favorire il cambiamento organizzativo in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" (art. 16 bis del D. Lgs. 502/92), in quest'ottica, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva, e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto nella formazione e dell'aggiornamento finalizzato.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce, quindi, un impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda e si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 229/1999, della normativa regionale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) e riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le organizzazioni sindacali e coadiuvato dalle specifiche iniziative del Collegio di Direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa.

Coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi – annuali e pluriennali – volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori, sia dipendenti che convenzionati. L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli *standards* qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti, per renderli sempre più coerenti alla "mission" aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro.

I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda; essi devono altresì prevedere specifiche verifiche che permettano di poter valutare l'efficacia dei risultati acquisiti. A tal fine l'Azienda, con deliberazione n. 2814 del 24.12.2024, ha ad il piano formativo aziendale per l'anno 2025, qui integralmente richiamato.

L'Azienda, attraverso una metodologia trasparente e basata su elementi di oggettività, definisce la mappatura complessiva e la graduazione delle singole posizioni di cui necessita, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione. A ciascun incarico è correlata una funzione graduata in maniera oggettiva collegata a un valore economico determinato negli importi fissati dal CCNL e nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

L'Azienda intende, nel rispetto del quadro normativo, rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l'assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera ad un sempre maggior impegno professionale che contribuisca alla crescita dell'intero servizio aziendalemente reso. Tutti gli incarichi dirigenziali sono definiti e conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei regolamenti aziendali.

L'Azienda conferisce alla dirigenza le seguenti tipologie di incarico:

- incarichi di direzione di struttura complessa;
- incarichi di responsabilità di struttura semplice o incarichi di responsabilità di struttura semplice dipartimentale;
- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;

- incarichi di natura professionale, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

Gli incaricati di direzione di struttura semplice, semplice dipartimentale e complessa sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico e gli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'incarico conferito. L'Azienda adotta il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali, sulla base di una metodologia impostata nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, oggettività e partecipazione del valutato, disposti dalla specifica normativa e dai vigenti CCNL.

L'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire è preceduto da apposito avviso che deve tener conto dei seguenti criteri:

- programmare e gestire le risorse umane, economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'unità organizzativa diretta e dell'intero sistema;
- realizzare dinamiche organizzative e di relazione con gli utenti basate su flussi trasparenti di informazioni, utili all'orientamento dei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso e in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati, anche proponendo soluzioni innovative;
- operare in modo efficace nell'esercizio delle competenze tecnico specialistiche.

Nel conferimento degli incarichi relativi ai profili individuati si tiene comunque conto:

- dei risultati conseguiti e degli esiti delle valutazioni previste;
- della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare;
- della professionalità richiesta e dell'area di appartenenza;
- delle attitudini e delle capacità del singolo dirigente, nonché dell'esperienza acquisita;
- del curriculum formativo e professionale.

La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative (nazionali e regionali) e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse, dall'apposito regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi e comunque nel rispetto dei principi del contraddittorio e della trasparenza.

Il sistema delle posizioni organizzative per il personale del comparto è conforme a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro. La natura delle funzioni di coordinamento s'inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione.

L'Azienda è dotata di un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. In particolare la selezione dei candidati deve prevedere la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire, dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio motivazionale. L'incarico conferito con deliberazione del Direttore Generale, è soggetto a valutazione ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva oppure cessa in caso di valutazione negativa.

## **Struttura Organizzativa**

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato il vigente atto aziendale con deliberazione n. 1101 del 5.6.2023, aggiornato con deliberazione n. 1229 del 23.6.2023 e con deliberazione n. 1504 del 24.7.2023, consultabile alla seguente sezione del sito internet aziendale <https://www.aulss2.veneto.it/Azienda-ULSS2-Marca-trevigiana>.

## Organizzazione del lavoro agile



### Premessa

In questa sezione sono indicate le strategie e gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro adottati dall’Azienda secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di lavoro agile, nonché con quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Si fa riferimento pertanto al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene assorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, come previsto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 art. 6.

### Definizione di lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il lavoro agile come un nuovo approccio all’organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

La disciplina relativa alla prestazione di lavoro in modalità agile è stata introdotta nel nostro ordinamento con l’art. 18 della Legge n. 81 del 2017 e ss.mm.ii., secondo la quale il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro e con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa.

Tale modalità operativa viene realizzata dal lavoratore in forma indipendente ma vincolata sia ai tempi di lavoro che alla reperibilità, pertanto, è una delle modalità di lavoro flessibile capace di conciliare entrambe le esigenze.

Il regolamento *“lavoro agile”*, in fase di approvazione, si applica a tutto il personale dipendente Area Comparto e Area Dirigenza, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo parziale o orario ridotto e al personale in comando.

Con la **Legge 22 maggio 2017, n. 81**, *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* è stato introdotto nell’ordinamento italiano il lavoro agile (o Smart Working).

Il *“lavoro agile”* prevedendo l’applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l’accordo individuale e l’utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rende possibile svolgere la prestazione lavorativa *“in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla Legge e dalla contrattazione collettiva”*.

Attraverso la **direttiva n. 3/2017**, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l’attuazione delle disposizioni richiamate attraverso una fase di

sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all'organizzazione del lavoro e alla gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

**Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità per il triennio 2019-2021** del 2 novembre 2022 disciplina il lavoro agile all'art.76 e seguenti.

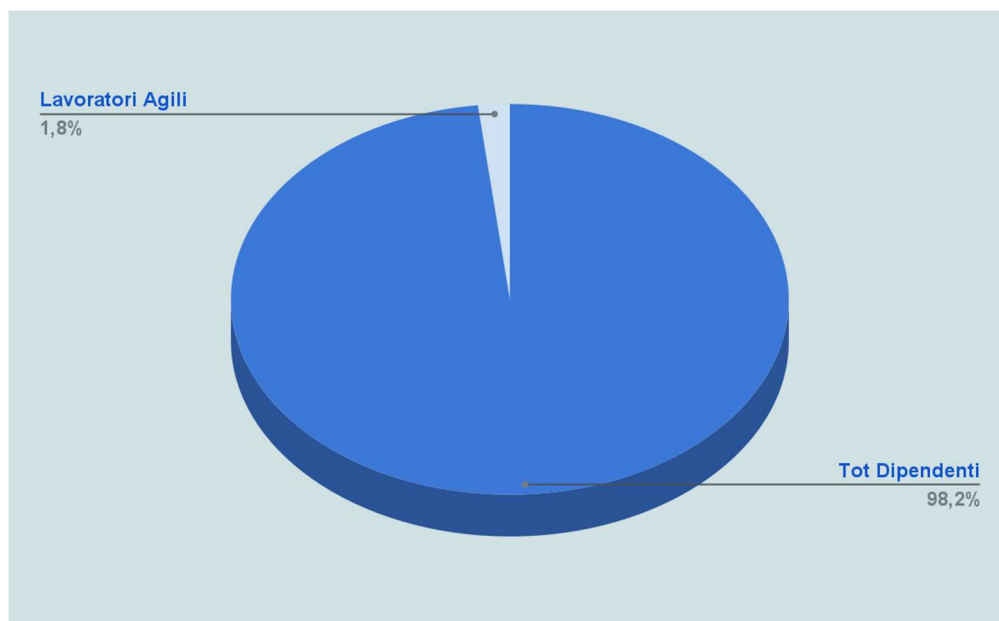
È utile infine sottolineare come il corpo di norme in dotazione alle pubbliche amministrazioni siano volte a tutelare gli "smart workers" alla stregua dei lavoratori che svolgono l'attività lavorativa in presenza fisica all'interno dell'Azienda. In particolare, si fa riferimento alla **Circolare INAIL n. 48/2017** per la tutela dei casi di infortunio e di malattie professionali nel lavoro agile.

**Livello di attuazione**

Con Delibera del Direttore Generale n. 2457 del 19/12/2019 l'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana aveva avviato un progetto sperimentale sul lavoro agile in applicazione della Legge n. 81/2017.

Nelle tabelle che seguono è stato rappresentato il livello di attuazione del lavoro agile all'interno dell'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana, con riferimento all'anno 2024, mediante l'analisi relativa a:

- l'incidenza dello smart working rispetto al totale dei dipendenti in servizio al 31-12-2024;
- la ripartizione dei lavoratori in smart working per sesso;



*Grafico 3.2.1 Distribuzione incidenza lavoro agile*

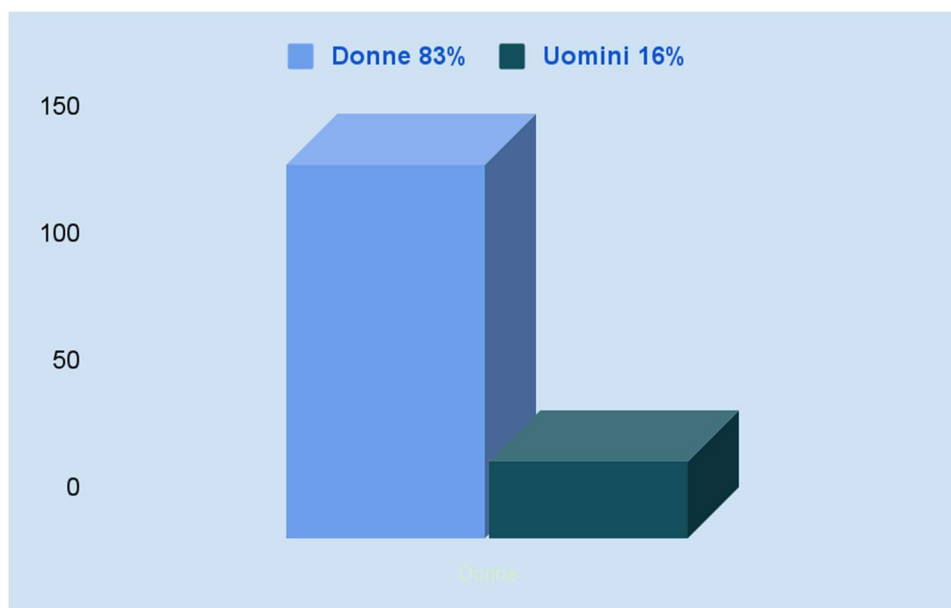


Grafico 3.2.2 Distribuzione dipendenti per sesso

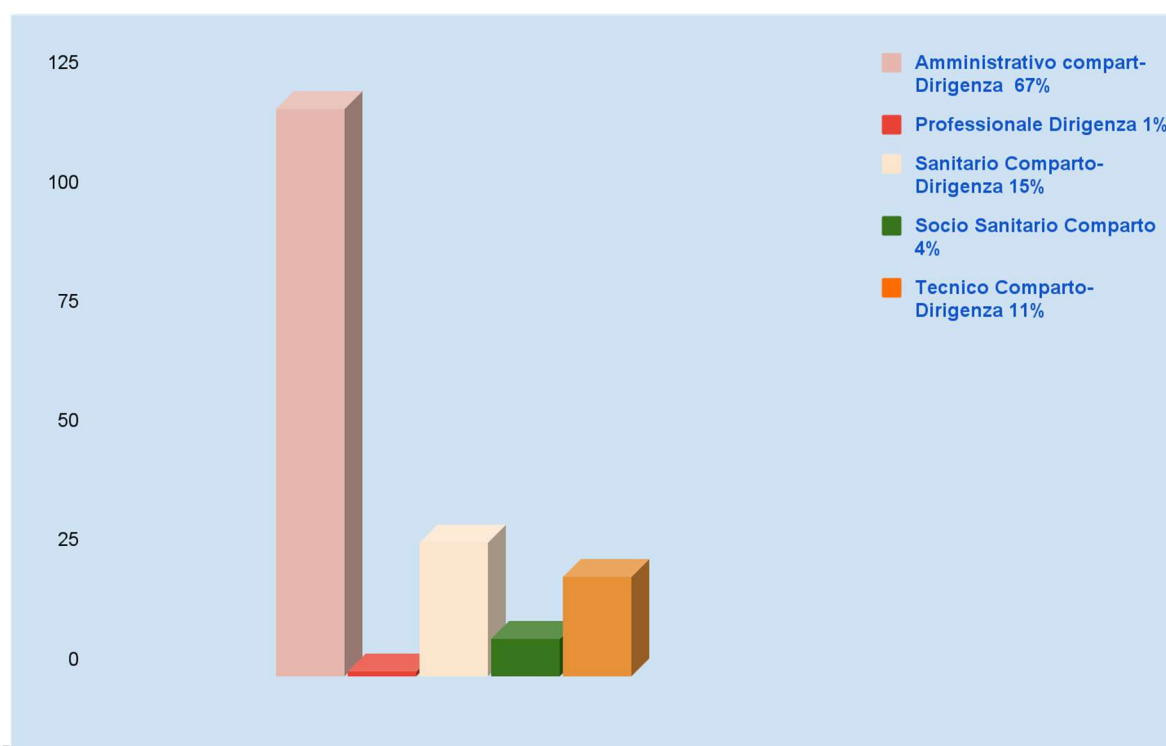


Grafico 3.2.3 Distribuzione dipendenti per profilo

## **Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile**

Gli attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del lavoro agile in ambito aziendale sono:

- i **Responsabili di struttura** che sono tenuti a coordinare la predisposizione della mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile; a definire, per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore, le priorità; a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.  
Sono infine chiamati ad operare un monitoraggio dei risultati, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.
- **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** sarà coinvolto nel processo di definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance. E' un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più determinante quando si parla di lavoro agile. L'OIV accompagnerà l'intero programma di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che si svolgerà attraverso le graduali fasi di implementazione nell'arco temporale di tre anni.
- Il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** che ha un ruolo importante nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, funzionali al miglioramento del benessere organizzativo e alla promozione della parità di genere.
- Il **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)** che ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'amministrazione e nell'individuazione di percorsi di evoluzione tecnologica volta alla semplificazione e abilitazione del lavoro agile in modalità ordinaria. Inoltre definisce gli standard di sicurezza informatica, agisce per il progressivo passaggio ad una gestione documentale integralmente digitalizzata, nel rispetto degli standard di tenuta.
- Le **OO.SS.** che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile.
- l' u.o.c. **Gestione Risorse Umane** che supporta il processo di implementazione del lavoro agile sia con riferimento alla raccolta della mappatura e degli accordi individuali, assolvendo agli obblighi informativi a questi connessi, sia curando la programmazione e realizzazione dei progetti formativi necessari per l'implementazione del lavoro agile.

### **Programma di sviluppo del lavoro agile e conclusioni.**

L'Azienda, per quanto non già disposto, provvederà agli adeguamenti derivanti dalle recenti disposizioni in materia di Lavoro Agile, proseguendo contestualmente a sostenere il welfare aziendale, nel rispetto della normativa vigente.

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2025-2027, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative.

## Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2506 del 29 novembre 2024, è stato redatto tenuto conto della nota regionale del 5 novembre 2024, prot. n. 566036 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale con cui è stato disposto che le Aziende ed enti del SSR provvedessero all'aggiornamento del piano approvato per l'anno 2024 e alla stesura del piano 2025-2026-2027.

Per la costruzione dello stesso si è tenuto conto, prioritariamente del rispetto dei limiti di spesa provvisori riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali, relative agli anni 2024-2025-2026-2027.

### **Personale dipendente:**

In relazione al personale dipendente, il PTFP è stato redatto avendo riguardo all'attuale dotazione di personale, con riferimento agli standard definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016 (D.G.R.V. 1833/2017 - D.G.R.V. 245/2017 - D.G.R.V. 2238/2016 - D.G.R.V. 614/2019 - D.G.R.V. 610/2014 - D.G.R.V. 245/2017 - D.G.R.V. 1035/2019 - D.G.R.V. 1501/2022 - D.G.R.V. 371/2022 - D.G.R.V. 1123/2023 - D.G.R.V. 22/2024 - D.G.R.V. 1718/2022) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, in ottica di riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi offerti.

Si è tenuto conto del fabbisogno di risorse aggiuntive necessarie ai servizi informativi al fine di poter assicurare l'implementazione dei progetti SIO e digitalizzazione dei DEA (PNRR).

Compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili nel corso del triennio 2025-2027, l'Azienda si riserva di prevedere, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la determinazione della percentuale delle posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse.

### **Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo: anni 2024-2025-2026-2027**

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2024.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2024.

Si precisa che gli importi stimati per gli anni 2025-2027, relativi alle progettualità con specifico finanziamento - incarichi ex art. 7, c. 6 del D.Lgs. 165/2001 indicati in colonna O della tabella A - si basano su elaborazioni dello storico finanziato nell'anno 2024.

### **Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive: anni 2024-2025-2026-2027**

**Tabella A, Colonna "E"** L'importo riportato nella scheda anno 2024 corrisponde a quanto autorizzato per l'acquisto di prestazioni aggiuntive della dirigenza e del comparto giusta DGRV n. 280 del 21.03.2024. Tale importo è stato riportato anche negli anni successivi, e risulta insufficiente a far fronte alle effettive carenze degli organici causate dalla difficoltà di reperire il personale nonché dalle cessazioni dello stesso, e per far fronte ai piani di recupero delle liste di attesa.

**Tabella A, Colonna "F"** L'importo indicato nella scheda anno 2024 è stato incrementato dal "Fondo Balduzzi" che corrisponde alla previsione di quanto verrà accantonato nell'anno 2024. Per gli anni 2025-2027 viene confermato lo stesso accantonamento, in quanto, essendo un dato calcolato sul compenso percepito dal libero professionista, non può essere quantificato in modo certo.

**Tabella A, Colonna "N"** l'importo indicato nella scheda 2024 è riferito alle seguenti convenzioni con: Azienda Ospedale-Università di Padova, Azienda Ulss n. 1 Dolomiti, Azienda Ulss n. 3 Serenissima e Azienda USL di Imola.

### **Personale universitario in convenzione**

**Tabella A, Colonna “B”:** sono stati inseriti i dati relativi al personale universitario convenzionato (docente, tecnico, amministrativo) operante nelle strutture aziendali.

Per il calcolo dei Full Time Equivalent (FTE) riferiti al personale docente equiparato alla dirigenza medica (professori di prima e seconda fascia e ricercatori), si è tenuto conto che l’impegno assistenziale risulta essere pari al 50 per cento dell’impegno assistenziale stabilito per la dirigenza del SSR, come confermato da ultimo nel Protocollo d’intesa tra la Regione Veneto e l’Università degli Studi di Padova disciplinante l’apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del SSR, ex deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 151/2017.

Si precisa che il conteggio tiene conto delle cessazioni che, allo stato attuale, è previsto intervengano nel triennio 2025-2027, nonché del personale medico docente che potrebbe aggiungersi all’attuale, tenuto conto delle posizioni per le quali l’Università degli Studi di Padova ha già chiesto il preventivo assenso all’inserimento in convenzione per l’avvio delle previste procedure selettive di competenza dell’Ateneo.

Si evidenzia peraltro che, nell’ambito del Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia con sede a Treviso, giusta DGRV n. 1095/2022, potranno aprirsi ulteriori posizioni con valenza assistenziale presso strutture aziendali.

Per la dirigenza sanitaria è stato indicato 1 FTE riferito a un “tecnico di laboratorio di biologia clinica” equiparato a dirigente biologo, sulla base dei requisiti di ammissione previsti nel bando della procedura selettiva espletata dall’Ateneo.

Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo), gli FTE sono stati quantificati considerando l’impegno settimanale a tempo pieno.

**Tabella B, Colonna “D”:** il conteggio relativo al personale universitario convenzionato è stato quantificato per “teste”, tenuto conto del personale inserito in convenzione, secondo gli specifici profili.

### **Altro Personale non dipendente - Specialistica Ambulatoriale Interna - SAI: anni 2024-2025-2026**

Per eseguire i conteggi si è partiti dal tetto di spesa evidenziato nella colonna “SAI” della tabella A per gli anni 2024 – 2027, pari ad € 19.902.520,95. Tale importo è stato ripartito in percentuale tra dirigenza medica e dirigenza sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente al momento della rilevazione.

Nel rispetto dell’importo del tetto di spesa per gli anni 2025-2026-2027, lo stesso è stato ripartito in percentuale tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente (87,50% SAI e 12,50% Sanitari).

E’ stato valutato un costo medio orario indicativo per i SAI pari a 54,67 euro (FTE 161,21) e per i Professionisti Sanitari pari a 41,30 euro (FTE 30,48), comprensivi delle voci variabili e dei recenti aumenti contrattuali.

### **Personale dipendente (area comparto):**

#### **STRUTTURA OSPEDALE**

##### **➤ INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA (610/2014; 614/2019)**

#### **Motivazione:**

In seguito alla riorganizzazione aziendale, che negli anni ha visto una graduale redistribuzione delle attività tra ospedale Hub e Spoke, la cessione del ramo di azienda allo IOV di alcune unità operative,

nonché a seguito delle varie normative che hanno rivisto la dotazione dei posti letto (DGRV 614/2019), in seguito all'aumento della presenza media e dell'attività di Day Hospital, al fine di garantire una appropriata presa in carico degli assistiti, si chiede adeguamento dell'organico.

Inoltre è richiesto l'adeguamento della dotazione per la Nefrologia di Treviso per l'attività del Centro Trapianti Renali e l'adeguamento nella diagnostica radiologica di Conegliano del personale tecnico per la riorganizzazione delle pronte disponibilità secondo le indicazioni del nuovo CCNL.

**Richiesta:**

**MEDICINA 1 E 2 TREVISO:** n. 6 infermieri, 4 OSS

**NEFROLOGIA CENTRO TRAPIANTI TREVISO:** n. 3 infermieri, n. 4 OSS

**NIDO TREVISO:** n. 3 OSS

**GERIATRIA MONTEBELLUNA:** n. 2 infermieri

**PEDIATRIA MONTEBELLUNA:** n. 2 OSS

**TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE CASTELFRANCO:** n. 1 infermiere

**RADIOLOGIA CONEGLIANO:** n. 4 tecnici di radiologia

**CARDIOLOGIA CONEGLIANO:** n. 2 infermieri

**MEDICINA ODERZO:** n. 3 infermieri, n. 2 OSS

**PEDIATRIA ODERZO:** n. 1 OSS

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO DOTAZIONI IN RELAZIONE ALL'AUMENTO DELL'ATTIVITÀ**

**Motivazione:**

L'adeguamento degli organici è richiesto per ridurre le liste di attesa, l'attivazione di nuove sedute di Day Surgery in particolar modo gli interventi oculistici, l'attività diagnostica di gastroenterologia e gli ambulatori di pneumologia di Montebelluna. Per quanto riguarda il personale tecnico della riabilitazione, l'incremento richiesto è per velocizzare la presa in carico dei pazienti post intervento al fine di diminuirne la degenza ospedaliera. Il personale Tecnico Perfusionista richiesto permetterà di implementare il progetto della telemedicina con gestione da remoto dei pazienti portatori di pacemaker/defibrillatori. Il potenziamento dell'organico nell'ambito radiologico favorirà l'erogazione di prestazioni di alta qualità attraverso anche l'attivazione del quarto acceleratore.

**Richiesta:**

**CHIRURGIA PEDIATRICA TREVISO:** n. 3 infermieri

**OCULISTICA TREVISO:** n. 2 infermieri, n. 2 OSS

**MEDICINA NUCLEARE TREVISO:** n. 1 infermiere

**FARMACIA TREVISO:** n. 2 infermieri

**RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE TREVISO:** n. 1 fisioterapista

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ODERZO:** n. 2 infermieri

**OCULISTICA ODERZO:** n.2 infermieri

**PRESA IN CARICO PAZIENTE ONCOLOGICO ODERZO:** n. 1 infermiere

**LABORATORIO ANALISI ODERZO:** n. 1 tecnico di laboratorio

**LABORATORIO ANALISI ODERZO:** n. 1 OSS

**OCULISTICA MONTEBELLUNA:** n. 1 infermieri, n. 1 OSS

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MONTEBELLUNA:** n. 3 fisioterapisti

**PNEUMOLOGIA MONTEBELLUNA:** n. 2 infermieri, n. 1 OSS

**GASTROENTEROLOGIA CASTELFRANCO E MONTEBELLUNA:** n. 2 OSS

**MEDICINA GENERALE CONEGLIANO:** n. 2 OSS

**RADIOTERAPIA ONCOLOGIA TREVISO:** n. 5 tecnici sanitari radiologia, n. 2 infermieri, n. 3 OSS

**CHIRURGIA DELL'ORECCHIO TREVISO:** n. 1 infermiere

**EMODINAMICA TREVISO:** n. 2 infermiere

**NEURORADIOLOGIA TREVISO:** n. 1 tecnici sanitari radiologia, n. 1 infermieri

**AREA OMOGENEA CARDIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA TREVISO:** n. 6 OSS

**CARDIOLOGIA TREVISO – CASTELFRANCO MONTEBELLUNA:** n. 3 tecnici perfusionisti

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI PER CITTADELLA DELLA SALUTE**

**Motivazione:**

A seguito dell'attivazione dei nuovi reparti di degenza/Servizi presso l'edificio n.29 della nuova Cittadella del Cà Foncello, al fine di adeguare la riorganizzazione dei posti letto rispondenti al minutaggio assistenziale di cui la DGRV 610/2014, vengono proposti i seguenti adeguamenti delle dotazioni organiche.

Inoltre l'incremento delle risorse OSS necessitano per l'efficienza dei trasporti in ingresso e uscita dalle sale operatorie, sale di emodinamica e dalle diagnostiche della radiologia interventistica.

Per quanto riguarda il Week Surgery si rende necessario l'adeguamento dell'organico in quanto questa entità di degenza verrà organizzata in una logistica diversa e autonoma (scorporata dalle attuali degenze chirurgiche) nell'edificio n. 30.

**Richieste:**

**GRUPPO OPERATORIO TREVISO:** n. 8 infermieri, n. 8 OSS

**SQUADRA TRASPORTI TREVISO:** n. 12 OSS

**DEGENZE CITTADELLA:** n. 12 infermieri, n. 10 OSS

**STROKE UNIT:** n. 12 infermieri

**TERAPIE INTENSIVE CITTADELLA:** n. 12 infermieri, n. 12 OSS

**OSTETRICIA CITTADELLA:** n. 6 OSS

➤ **PROGETTO INFERMIERI-TECNICI SPECIALISTI CON COMPETENZE AVANZATE**

**Motivazione:**

L'art 16 comma 6 del nuovo CCNL del Comparto individua gli incarichi professionali per il personale del Comparto. L'analisi condotta nella nostra Azienda ha individuato alcuni setting di cura e di assistenza dove sono indispensabili alcune elevate professionalità, di seguito elencati: infermieri impiantatori di PICC, infermieri wound care, infermieri enterostomisti.

**Richiesta:**

**OSPEDALI PIEVE DI SOLIGO:** n. 2 infermieri

**OSPEDALI AZIENDALI (Conegliano-Montebelluna-Treviso) – Amministratore di sistema RIS PACS:** n. 3 tecnici di radiologia medica

**OSPEDALI ASOLO:** n. 2 infermieri

**OSPEDALE ODERZO:** n. 1 infermiere

➤ **EMATOLOGIA TREVISO**

**Motivazione:**

Organizzazione e attivazione della nuova degenza per il trapianto allogenico con equipe assistenziale ad alta intensità di cure e della degenza post trapianto a bassa intensità di cura.

**Richiesta:**

**EMATOLOGIA DEGENZA:** n. 6 infermieri, n. 6 OSS

**MEDICINA TRASFUSIONALE:** n. 1 infermiere

➤ **NEUROPSICHIATRIA TREVISO**

**Motivazione:**

Nelle schede di dotazione dei posti letto delle strutture ospedaliere, di cui all'allegato B della DGR n. 614 del 14 maggio 2019, per l'ospedale di Treviso è prevista l'attivazione di n. 8 posti letto dedicati alla Neuropsichiatria infantile.

**Richiesta:**

n. 6 infermieri, n. 6 OSS, n. 4 educatori.

➤ **CASE MANAGER**

**Motivazione:**

Si propone l'istituzione di una figura infermieristica (case manager) deputata ad essere il riferimento nel

processo di cura per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, per rispondere a specifici bisogni come quelli espressi nel Percorso Melanoma, CA Prostata, CA Mammella, CA Polmone o a seguito del riscontro di lesioni incidentali, come spesso avviene nella UOC di Radiologia Treviso e UOC Gastroenterologia Treviso.

**Richiesta:**

**GASTROENTEROLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

**DERMATOLOGIA – PERCORSO MELANOMA - TREVISO:** n. 1 infermiere

**RADIOLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

**UROLOGIA – PERCORSO CA PROSTATA TREVISO:** n. 1 infermiere

**PNEUMOLOGIA – PERCORSO CA POLMONE TREVISO:** n. 1 infermiere

**BEAST UNIT – PERCORSO CA MAMMELLA TREVISO:** n. 1 infermiere

**INFERMIERE PERCORSO DI CONEGLIANO VITTORIO :** n. 2 infermiere DGRV 31/2023

**INFERMIERE PERCORSO DI CASTELFRANCO MONTEBELLUNA :** n. 2 infermiere

**INFERMIERE PERCORSO DI TREVISO :** n. 2 infermiere

**INFERMIERE PERCORSO DI ODERZO :** n. 1 infermiere

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DEI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI E SUEM TREVISO**

**Motivazione:**

La Dgrv 245/2017 e la Dgrv 1035/2019 definiscono i valori minimi di assistenza per il personale del pronto soccorso, al fine di un efficientamento del modello della presa in carico del paziente nei diversi setting di cura. In particolare la tabella del turno minimo di riferimento per il personale infermieristico è rappresentata nell'allegato B della delibera sopracitata e prevede il personale dedicato in relazione alla classe di accessi annui nei vari pronto soccorso che caratterizzano le Aziende Sanitarie. È perciò stata condotta una analisi organizzativa in tutte le UOC di Pronto Soccorso della nostra Azienda paragonando gli attuali organici del Comparto a quelli previsti dalla tabella regionale contenuta nell'allegato B della DGRV 1035 dello scorso mese di luglio.

Inoltre, secondo le linee guida ministeriali 2019 su OBI e triage, ovvero “Linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva – OBI “, per il Triage è previsto anche 1 unità Personale di supporto nelle 24 ore. Tale riorganizzazione è già iniziata nel 2020, si segnalano le unità necessarie a completamento della riorganizzazione.

La Centrale Operativa SUEM di Treviso ha visto la centralizzazione della gestione dei trasporti secondari e l’attivazione del volo notturno, motivo per il quale è necessaria una rimodulazione della dotazione organica.

**Richiesta:**

**PRONTO SOCCORSO TREVISO:** n. 10 infermieri, n. 4 OSS

**CENTRALE OPERATIVA SUEM TREVISO:** n. 3 infermieri, n. 2 OSS

**PRONTO SOCCORSO ODERZO:** 4 infermieri, 6 OSS, 1 OPERATORE TECNICO – AUTISTA AMBULANZE

**PRONTO SOCCORSO DI MONTEBELLUNA:** n. 8 infermieri, n. 2 OSS

**PRONTO SOCCORSO CASTELFRANCO:** n. 8 infermieri, n. 2 OSS

**PRONTO SOCCORSO DI CONEGLIANO:** n. 4 infermieri

**PRONTO SOCCORSO DI VITTORIO VENETO:** n. 6 infermieri

➤ **OSPEDALI DI TREVISO PROGETTO AMPLIAMENTO DELLE ATTIVITA' CHIRURGICHE DI SALA OPERATORIA**

**Motivazione:**

Per poter completare il progetto di ampliamento delle fasce orarie dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dell’attività di sala operatoria in Azienda, nonché il numero di sedute operatorie per far fronte alle liste di attesa disponendo a breve della nuova logistica nel blocco operatorio unico nella nuova cittadella della salute.

**Richiesta:**

**BLOCCO OPERATORIO DI ODERZO:** n. 2 infermieri, n. 4 OSS

➤ **PROGETTO MEDICINA NUCLEARE CONEGLIANO**

**Motivazione:**

Avvio a regime dell'attività radiologica con leucociti marcati.

**Richiesta:** n. 1 tecnico di radiologia

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI TERAPIE INTENSIVE**

**Motivazione:**

A seguito della DGRV 614/2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss,..", dove si richiede l'adeguamento dei posti letto secondo le nuove schede ospedaliere, del D. Legge 34/2020 che rivede i posti letto delle Terapie Intensive e semi intensive, nonché del DGRV 610/2014 che determina i tempi assistenziali per pazienti, si richiedono le unità di personale, ruolo infermiere e OSS, che verranno assegnati nelle Terapie intensive dell'Azienda. In particolare l'aumento ad 8 dei PL della Rianimazione di Montebelluna.

**Richiesta:**

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONTEBELLUNA:** n. 6 infermieri

**TERAPIA INTENSIVA NEONATALE TREVISO** n. 6 infermieri, n. 3 OSS

TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA: n. 12 infermieri

➤ **ADEGUAMENTO ORGANICO PER DIALISI ODERZO**

**Motivazione:**

Aumento del numero e della complessità dei pazienti. Siamo passati, nell'arco dell'anno, da una media di n. 10 pazienti assistiti per turno di dialisi agli attuali n. 12 (turni di dialisi attivi 2 al giorno per 6 giorni alla settimana).

**Richiesta:**

**OSPEDALE DI ODERZO:** n. 2 infermiere

➤ **OSPEDALI DI TREVISO COMPLETAMENTO PROGETTO "GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO" E ADEGUAMENTO ORGANICO AREA OSTETRICA GINECOLOGIA**

**Motivazione:**

Al fine di completare l'implementazione del progetto BRO, garantendo un'assistenza one to one, dedicata alla gestione assistenziale delle gravide a basso rischio in degenza ostetrica nella fase pre-intra e post partum nei turni mattina, pomeriggio e notte, con la copertura anche del turno notturno presso l'ostetricia di Treviso e l'attivazione dell'attività presso l'ostetricia di Oderzo, compresa l'attività ambulatoriale della PMA centralizzata in tale ospedale.

Inoltre per l'incremento degli organici a seguito della nuova logistica delle degenze della Cittadella di Treviso che prevede la sala cesarei non più in area del Gruppo Operatorio, ma bensì all'interno della logistica del nuovo reparto di degenza ostetrica.

**Richiesta:**

**OSTETRICA E GINECOLOGIA - TREVISO:** n. 6 ostetriche

**OSTETRICA E GINECOLOGIA - PMA - ODERZO:** n. 2 OSS

**OSTETRICA E GINECOLOGIA - SALA PARTO - ODERZO:** n. 2 ostetriche

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI SERVIZI DI OBITORIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI ODERZO**

**Motivazione:**

Adeguamento degli orari di apertura degli obitori sulle 12 ore diurne nei giorni feriali e sulle 8 ore nei giorni festivi.

**Richiesta:** n. 1 OSS

➤ **ADEGUAMENTO ORGANICO PER SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO**

**Motivazione:**

Segnalazioni di casi complessi costantemente in aumento ad esempio dal Pronto Soccorso e dalla Medicina d'Urgenza e dei casi di pazienti privi di documenti e di assicurazione sanitaria e/o senza fissa dimora.

L'attuale dotazione organica composta da n. 2 t.p.e. assistenti sociali deve rispondere sia alle funzioni proprie del Servizio Sociale Ospedaliero (per il presidio hub e altri tre ospedali presenti nel Distretto di Treviso) sia alle funzioni dell'Assistente Sociale della COT.

**Richiesta:**

**OSPEDALE DI TREVISO e ODERZO:** n. 1 assistente sociale

**STRUTTURA TERRITORIO**

In riferimento al fabbisogno triennale dell'area territoriale, la richiesta di personale indicata potrà essere rivalutata alla luce dei cambiamenti organizzativi legati alla normativa – Legge Regionale n. 9 - 4 aprile 2024 “assetto organizzativo e pianificativi dei servizi sociali” e Decreto 23 maggio 2022, n. 77

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

**Motivazione:**

La Dgr n. 1616 del 17/06/2008 stabilisce i criteri per l'accreditamento delle unità di offerta della salute mentale e i requisiti minimi (per il CSM: 1 operatore/3000 abitanti, apertura dalle ore 8.00 alle ore 20.00); la Dgr n. 651 del 9 marzo 2010 “Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale” (2010-2012); la Dgr 371 del 08/04/2022 nello specifico per il personale da attribuire alle attività dei DCA e dei CSM.

**Richiesta:**

**DISTRETTO TREVISO NORD:** n. 2 infermieri, n. 1 assistente sociale, n. 4 educatori

**DISTRETTO TREVISO SUD:** n. 2 infermieri, n. 3 educatori

**DISTRETTO ASOLO:** n. 4 infermieri, n. 1 educatore

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO:** n. 3 infermieri, 1 educatore

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO – UOC AREA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA**

**Motivazione:**

Aumentare la presa in carico dell'utenza, visto il continuo aumentare della complessità assistenziale e spesso all'assenza del caregiver familiare.

**Richiesta:**

**DISTRETTO TREVISO NORD - AREA DISABILITÀ:** n. 1 OSS

**DISTRETTO TREVISO SUD - AREA DISABILITÀ:** n. 2 OSS, n. 1 educatore

**DISTRETTO TREVISO SUD – NON AUTOSUFFICIENZA:** n. 1 assistente sociale

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO – UOC INFANZIA ADOLESCENZA**

**Motivazione:**

Aumentare la presa in carico dell'utenza, mantenere i contatti con Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni del Territorio, Scuole e Famiglie

**Richiesta:**

**DISTRETTO ASOLO – ETA' EVOLUTIVA:** n. 1 assistente sociale

**DISTRETTO PIEVE - ETA' EVOLUTIVA:** n. 1 educatore

➤ **INTERNALIZZAZIONE SERVIZIO DI GESTIONE DEI PRELIEVI E DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI-SCREENING NEI DISTRETTI SOCIO SANITARI – ATTIVITÀ SPECIALISTICA**

**Motivazione:**

Internalizzazione "servizio di gestione dei centri prelievo, organizzazione e gestione di attività di assistenza infermieristica nel territorio" (delib. Direttore Generale n.2362 del 09-12-2021) scad. 31-12-2023.

**Richiesta:**

**ATTIVITÀ SPECIALISTICHE DISTRETTO TREVISO:** n. 17,5 infermieri, n. 3 ostetriche, n. 11,5 OSS

➤ **CASE DELLA COMUNITA' E INFERMIERE DI FAMIGLIA**

**Motivazione:**

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, prevede l'attivazione delle Case della Comunità, strutture aperte 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che offrono servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità alla popolazione e prevedono l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia e personale dedicato.

In ottemperanza del DGR Veneto 782 del 2020 Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria, in particolare per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (art. 1, comma 3 e 4) e l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità.

Tale nuova figura svolge l'attività sia presso gli ambulatori distrettuali sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI. L'infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, lavora a domicilio, con un ruolo attivo di educazione terapeutica sia verso la persona assistita che verso il caregiver (allegato A DGR 782/2020).

L'infermiere di famiglia è previsto secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

**Richiesta:**

**DISTRETTO TREVISO NORD:** n. 4 infermieri

**DISTRETTO TREVISO SUD:** n. 4 infermieri

**DISTRETTO ASOLO:** n. 4 infermieri

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO:** n. 4 infermieri

➤ **ATTIVAZIONE SPECIALISTICA TERRITORIALE: QUALIFICA, RIORGANIZZAZIONE ED AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA DEI SERVIZI/PRESTAZIONI**

**Motivazione:**

Potenziare e, al contempo qualificare, l'attività di prestazioni ambulatoriali del Distretto Socio Sanitario di Pieve di Soligo per assicurare le liste d'attesa in tale area.

**Richiesta:**

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO:** n. 1 infermieri n. 1 OSS

➤ **CURE PRIMARIE E DOMICILIARI: DISTRETTO DI PIEVE DI SOLIGO**

**Motivazione:**

Supportare l'infermiere in caso di pazienti selezionati con particolari criticità e complessità. A questo si aggiunge l'attività di gestione parco auto, alla gestione del magazzino economico e farmaceutico.

**Richiesta:**

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO:** n. 3 OSS

➤ **PROGETTO RIORGANIZZAZIONE COT**

**Motivazione:**

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 " Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Piano Operativo Regionale (POR) Decreto Regionale n. 49 del 18/5/22 pubbl. BUR n. 75 del 28/06/22. Realizzazione del Piano Regionale in attuazione del PNRR missione 6 salute, componenti investimento 1 e 2, approvati con DGRV 368 del 2022 Approvazione POR aggiornato. Previste in Azienda 8 sedi COT (TV n. 3, Pieve n. 3, Asolo n. 2); Standard di personale: 4 infermieri, 1 unità di personale di supporto per ciascuna sede; 1 Coordinatore Infermieristico per Distretto (tot. n. 3)

**Richiesta:**

**DISTRETTO TREVISO:** n. 3 infermieri, n. 2 OSS

**DISTRETTO ASOLO:** n. 4 infermieri, n. 2 OSS

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO:** n. 10 infermieri, n. 3 OSS

**STRUTTURA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Motivazione:**

Adeguamento degli organici a seguito di normative Europee, Nazionali e Regionali.

Per quanto riguarda:

-UOC Medicina dello Sport viene prevista l'apertura di un ambulatorio dedicato alla valutazione clinica e strumentale dei genitori degli atleti con patologie cardiache rare che necessitano approfondimenti clinici e di supporto psicologico. Viene inoltre effettuata attività diagnostica di 2° livello contribuendo così, insieme ai Servizi di Cardiologia, allo smaltimento delle liste d'attesa ed un supporto diagnostico al centro di Fibrosi Cistica per la valutazione dei pazienti candidati a nuove terapie di supporto. Di conseguenza, l'aumento di attività comporta una rivalutazione della dotazione organica, oltre che medica, anche del personale del comparto che risulta indispensabile per la realizzazione delle prestazioni sempre più richieste.

-Servizi veterinari per la gestione delle Allerte alimentari previste dalla normativa comunitaria Regolamento CE 625/2017 e normativa Regionale.

-SIAN: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

-SIAPZ: trasferire le competenze che attualmente sono in carico ai Medici Veterinari, in riferimento ai piani di campionamento della PNA (mangimi) e PNR (residui in allevamento), alle attività di ispezione delle strutture Registrate.

-SISP: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale e le attività di vigilanza e sorveglianza in ambito di Prodotti Cosmetici prevista dal Decreto 27 settembre 2018 del Ministero della Salute.

-SPISAL: garantire il raggiungimento del 5% delle ispezioni nelle aziende come previsto dai LEA Nazionali e Regionali e le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

**Richiesta:**

**SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTO, ALLERTE E AUDIT:** n. 1 tecnici della prevenzione

**SERVIZIO VETERINARIO IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE:** n. 2 tecnici della prevenzione

**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE:** n. 1 tecnici della prevenzione

**SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA:** n. 1 tecnici della prevenzione

**SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO:** n. 2 tecnici della prevenzione

**MEDICINA DELLO SPORT:** n. 2 infermieri

➤ **UOC PROFESSIONI SANITARIE**

**Motivazione**

Adeguamento tutor didattici per innalzamento del numero di studenti dei vari corsi di laurea delle professioni sanitarie attivi in Treviso.

**Richiesta:** n. 5 infermieri, n. 1 igienista dentale, n. 1 tecnico di laboratorio.

Le successive richieste di autorizzazione all'assunzione verranno inserite nei piani trimestrali di assunzione, quale strumento attraverso il quale l'Azienda darà progressivamente attuazione al proprio piano dei fabbisogni di personale.

In attuazione di quanto sopra detto, con nota prot. n. 220300 del 2 dicembre 2024, è stata trasmessa alla Direzione Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, la deliberazione del Direttore Generale del 29 novembre 2024, n. 2506 con la quale è stato adottato in via provvisoria il piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2024-2025-2026-2027 composto dai sottoelencati documenti, che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;
- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2027;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2025;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2026;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2027.

## Piano formativo aziendale

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana riconosce la formazione come uno strumento strategico per lo sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti. Il Piano Formativo Aziendale 2025 (PFA), approvato con Deliberazione n. 2814 del 24/12/2024 e a cui si rimanda per il dettaglio dei corsi inseriti, integra le priorità nazionali e regionali e si pone come guida per il miglioramento continuo delle competenze cliniche, tecniche, manageriali e digitali, con particolare attenzione all'innovazione organizzativa e alla sostenibilità.

### Tematiche centrali del PFA 2025

Il PFA tiene conto del Decreto 23 maggio 2022, n. 77, relativo allo sviluppo dell'assistenza territoriale, delle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e delle linee guida contenute nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025. Gli obiettivi principali includono:

- Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- Missione 6 Salute, Component 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.
- Priorità formative trasversali: Sviluppo delle competenze digitali, gestione dell'etica e della trasparenza, prevenzione della corruzione e promozione della sostenibilità ambientale.

### Priorità formative per il 2025

Le priorità individuate per il 2025 comprendono:

1. **Outcome clinico-assistenziali:**
  - Esiti sensibili all'assistenza infermieristica.
  - Prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con particolare attenzione all'igiene delle mani.
  - Riduzione delle lesioni da pressione.
2. **Modelli organizzativi e assistenziali:**
  - Age/diversity management.
  - Sicurezza lavorativa e benessere organizzativo.
  - Promozione di percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari.
3. **Telemedicina e teleriabilitazione:**
  - Introduzione e diffusione di strumenti per l'erogazione di cure a distanza.
4. **Sicurezza e salute sul lavoro:**
  - Radioprotezione ai sensi del D.Lgs. 101/2020.
  - Formazione per prevenire e gestire situazioni di violenza nei confronti del personale sanitario.
5. **Sostenibilità e transizione ecologica:**
  - Promozione di pratiche di sostenibilità ambientale, in linea con il quadro europeo GreenComp.
6. **Competenze per la transizione amministrativa, digitale ed ecologica:**
  - Transizione amministrativa: Promuovere l'innovazione organizzativa e la semplificazione amministrativa.
  - Transizione digitale: Rafforzare le competenze sull'uso consapevole delle tecnologie, sulla gestione dei dati e sull'intelligenza artificiale (AI), promuovendo la digitalizzazione dei processi e dei servizi.

- Transizione ecologica: Integrare principi di sostenibilità nei processi decisionali, promuovere modelli di risparmio energetico e adottare soluzioni per la mobilità sostenibile.

### **La formazione digitale e l'uso della piattaforma Syllabus**

La piattaforma Syllabus, promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica, rappresenta uno strumento utile per accrescere le proprie competenze, gli skill professionali e i soft skill. Potrà inoltre concorrere ai fini della valutazione in sede di performance e ai fini del trattamento accessorio. L'Azienda ha abilitato tutto il personale dipendente alla piattaforma, ha inserito in tutte le schede di budget l'obiettivo del completamento della registrazione alla piattaforma e l'avvio di almeno un corso per il 60% di tutto il personale. La Direttiva del 14 gennaio 2025 sottolinea l'obbligatorietà per ogni dipendente pubblico di completare i moduli formativi del Syllabus, mirati a colmare i gap di competenze e favorire:

- Crescita professionale: Incremento delle competenze digitali individuali.
- Innovazione organizzativa: Ottimizzazione dei processi interni e miglioramento dei servizi ai cittadini.
- Inclusività e motivazione: Coinvolgimento attivo di tutto il personale attraverso percorsi formativi personalizzati.

### **Obiettivi formativi prioritari per la PA**

La Direttiva evidenzia che ogni dipendente deve raggiungere un livello di padronanza superiore in almeno 8 delle 11 competenze digitali previste dal Syllabus. Gli obiettivi formativi includono:

- Gestione di dati e documenti digitali.
- Protezione dei dispositivi e gestione della privacy.
- Utilizzo consapevole delle tecnologie emergenti.
- Implementazione dei principi di sostenibilità nei processi amministrativi e decisionali.

### **Corsi e progetti formativi per il 2025**

L'allegato alla Deliberazione n. 2814/2024 elenca 450 progetti formativi, di cui 280 accreditati ECM, sviluppati per rispondere alle esigenze formative del personale e in linea con gli obiettivi strategici aziendali. Tra i corsi di maggiore rilevanza:

- **Umanizzazione delle cure:** Miglioramento delle relazioni e della comunicazione con il paziente e i caregiver.
- **Approccio integrato e multidisciplinare:** Sviluppo di modelli organizzativi e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).
- **Sicurezza del SSR:** Gestione del rischio clinico, responsabilità professionale e governo clinico.
- **Integrazione socio-sanitaria:** Approcci globali per la gestione della long-term care.
- **Gestione delle emergenze sanitarie:** Formazione sulle infezioni ospedaliere e prevenzione delle crisi pandemiche (PanFlu).

### **Monitoraggio e valutazione**

Un sistema di monitoraggio sarà adottato per verificare:

- La partecipazione obbligatoria dei dipendenti.
- Il raggiungimento degli obiettivi formativi definiti.
- L'impatto positivo della formazione sulla qualità del servizio offerto.

## Piano delle azioni positive

Le amministrazioni pubbliche, in conformità all'articolo 48 del Decreto Legislativo n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), sono tenute a predisporre il Piano triennale di Azioni Positive (PAP). Questo strumento strategico è finalizzato all'individuazione e all'attuazione di misure specifiche volte a prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione eventualmente rilevata all'interno del contesto lavorativo.

L'Azienda, attraverso il presente Piano triennale, rinnova il proprio impegno a promuovere un ambiente lavorativo equo, inclusivo e rispettoso delle diversità, riconoscendo il valore della parità di genere e del rispetto del principio di non discriminazione come elementi essenziali per la crescita professionale e organizzativa.

Gli obiettivi generali del PAP sono:

- **garantire pari opportunità:** nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa quotidiana, nella formazione professionale e nei casi di mobilità interna;
- **promuovere il benessere organizzativo:** favorendo un'organizzazione del lavoro che supporti l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata;
- **diffondere la cultura di genere:** sensibilizzando sul rispetto del principio di non discriminazione e valorizzando la diversità come risorsa per l'organizzazione.

Il PAP si articola, nel suo insieme, in due parti:

- **attività conoscitive, di monitoraggio e analisi:** volte a individuare eventuali criticità e a raccogliere dati utili per definire le azioni positive;
- **azioni operative:** con l'indicazione degli obiettivi specifici, delle attività da intraprendere e delle tempistiche per la loro attuazione.

Attraverso il presente Piano, l'Azienda si propone di consolidare una cultura organizzativa improntata alla trasparenza, all'inclusione e al rispetto reciproco, migliorando la qualità dell'ambiente lavorativo e supportando lo sviluppo delle persone che vi operano.

Per il triennio 2025-2027, le azioni positive già avviate e sotto descritte, vengono confermate senza soluzione di continuità.

### **Conciliazione Vita-Lavoro: Progetto HFC - Health Friendly Company**

L'Azienda partecipa da alcuni anni al Progetto HFC - Health Friendly Company della Fondazione Onda (Osservatorio Nazionale della salute della donna e di genere) ottenendo, annualmente, il Bollino HFC. Per il biennio 2023-2024 è stata l'unica azienda sanitaria, a livello nazionale, premiata per l'attenzione alla salute ed al benessere dei propri dipendenti, promuovendo policy di welfare aziendale tra cui:

- misure legate al work life balance (orario flessibile, smart working) ed alla tutela dei lavoratori con malattie croniche;
- attuazione di politiche a sostegno della maternità e della famiglia, con misure dedicate alle fasi pre-partum e post-partum;
- progetto "ferie solidali" che prevede la possibilità di cedere giorni di ferie ai colleghi che necessitano di assistere i figli minori.

### **Prevenzione e gestione delle aggressioni a danno degli operatori: adozione di un protocollo aziendale.**

Nel Novembre 2024 l'Azienda ha adottato un protocollo aziendale per la segnalazione, il monitoraggio, l'analisi e l'intervento per ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, a partire da minacce, abuso verbale, aggressione fisica.

La procedura di segnalazione viene avviata e gestita attraverso un software dedicato denominato "Segnal-Net" e si completa attraverso interventi di vario tipo, indicati in una apposita Flow Chart.

### **Formazione competenze relazionali: piano formativo di soft skills.**

Per il 2025 il piano formativo aziendale prevede oltre cinquecento attività di training con progetti individualizzati, corsi di formazione di gruppo e online, attività di team building e giochi di ruolo interattivi che simulano situazioni di criticità e chiameranno i corsisti a sviluppare competenze di fronteggiamento dello stress (strategie di coping), capacità di problem solving, di comunicazione, di gestione dei conflitti, di empowerment delle capacità relazionali.

### **Sportello di Ascolto: supporto psicologico al personale dipendente ed ai Team.**

L'Azienda da alcuni anni ha attivato uno specifico servizio di supporto psicologico al personale dipendente ed ai Team, presso il Servizio di Psicologia Ospedaliera, per tutte le problematiche afferenti o connesse al contesto lavorativo. L'accesso al servizio può avvenire in due modalità: con accesso diretto o tramite richiesta telematica effettuata presso lo "Sportello di Ascolto" in Intranet aziendale.

### **Indagine di Clima Organizzativo: partecipazione al Network regionale di Indagine di Clima.**

Da molti anni l'Azienda partecipa, insieme alle altre Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine ha la finalità di conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine diventano oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo.

### **Prevenzione del fenomeno "Grandi Dimissioni": Audit e Questionario Dimissioni Volontarie.**

Con DGRV n. 960 del 13/08/2024 la Regione Veneto ha approvato il piano regionale di contrasto alla carenza di personale del S.S.R. Veneto. Tra i macro-fattori viene annoverato il fenomeno delle "Grandi Dimissioni" che implicano motivazioni connesse alla percezione individuale e soggettiva delle condizioni di lavoro. L'Azienda si è dotata, negli anni, di uno strumento operativo che consente al personale del comparto, che presenta domanda di dimissioni volontarie, non vincolate al pensionamento, di effettuare un colloquio strutturato a cura del Servizio delle Professioni Sanitarie. Per la Dirigenza è in corso di sperimentazione, dal 2024, un "Questionario di Dimissioni Volontarie" incluso tra le Azioni di Miglioramento del Clima Organizzativo, con l'ipotesi di inserirlo nell'istruttoria di gestione delle dimissioni stesse.

### **Tavolo Medicina di Genere**

La medicina di genere risponde in definitiva al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico in un'ottica di genere per migliorare non solo le conoscenze sui diversi aspetti alla base delle differenze, ma anche l'adeguatezza dell'intervento sulla salute. L'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere è, non solo interdisciplinare e trasversale, poiché riguarda ogni branca e specialità, ma soprattutto pluridimensionale.

L'Azienda con Deliberazione n.1545 del 04/08/2023 ha istituito il Tavolo Aziendale di Medicina di Genere *"per la diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale (Ministero della salute).*

Nel 2024 è stato realizzato un primo evento aziendale sul tema "Medicina di genere specifica: stato dell'arte e iniziative aziendali".

# MONITORAGGIO

In questa sezione del documento sono illustrate le modalità con cui l'Azienda intende effettuare il monitoraggio degli obiettivi e delle misure elencate del presente Piano.

Il monitoraggio è trasversale per alcuni obiettivi di cui si darà conto nel prosieguo del documento. In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell'Azienda addivenire progressivamente ad un sistema il più possibile integrato di monitoraggio di tutto il sistema del Piano.

## MONITORAGGIO PERFORMANCE

Per quanto riguarda gli obiettivi di performance l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance su tre livelli:

- livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi degli obiettivi operativi indicati in questo documento (performance aziendale), con particolare attenzione agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende Sanitarie;
- livello di singola Unità Operativa, Complesse e Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Il monitoraggio della performance organizzativa utilizza una serie di strumenti elaborati dal controllo di Gestione e messi a disposizione dei responsabili dei Unità Operativa e relativi delegati in una piattaforma aziendale accessibile dall'intranet aziendale.

Gli strumenti di monitoraggio sono:

- report Qlik budget: riporta l'andamento degli indicatori presenti nella scheda di budget e, per gli indicatori pesati, il peso ottenuto nel corso dell'anno;
- report Qlik di dettaglio: riportano i dati relativi a un ambito specifico (ricoveri da flusso SDO, prestazioni ambulatoriali da flusso SPS, prestazioni di pronto soccorso, consumi di beni sanitari, ricoveri in hospice, registro operatorio ecc).

Dal 2024 è a disposizione dei Direttori di Distretto e dei Coordinatori delle Cure Primarie anche il Qlik per l'analisi delle prescrizioni specialistiche (Qlik prescritto SOGEI) al fine di analizzare l'andamento della domanda e i tassi di prescrizione degli MMG-PLS.

Il sistema di monitoraggio degli obiettivi contenuti nelle schede di budget utilizza prevalentemente i dati presenti nel sistema informativo aziendale ma anche dati raccolti direttamente dalle Unità Operative se non presenti nel sistema informativo.

## MONITORAGGIO E RIESAME DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### MONITORAGGIO

#### Processi e attività oggetto del monitoraggio

L'attività di monitoraggio e riesame prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. A seguito dell'implementazione dei piani di contenimento e delle azioni di miglioramento, infatti, non solo si devono misurare e valutare di nuovo i rischi gestiti, ma si deve soprattutto monitorare l'efficacia delle misure.

In accordo con il PNA 2019 e in continuità con i precedenti, il RPTC deve tenere conto dei risultati della rendicontazione e della relazione, analizzando le cause che hanno portato ad avere scostamenti rispetto ai risultati attesi, individuando e programmando misure correttive, obbligatorie o ulteriori, in coordinamento con i dirigenti ed i referenti del RPTC, tra cui gli *owner* dei processi a medio ed alto rischio di corruzione individuati. Il livello di attuazione delle misure previste nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO

2024-2026 è stato superiore all'80%. Alcune attività pianificate per il 2024 sono ancora in corso e verranno ultimate nel 2025. Trattandosi di un piano triennale a scorrimento, gli obiettivi non raggiunti nel 2024 verranno perseguiti nel triennio 2025 - 2027.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione sulla Sezione rischi corruttivi e trasparenza effettuata attraverso la relazione per il riesame, la relazione ANAC, che il RPCT pubblica sul sito internet aziendale e trasmette annualmente alla Direzione aziendale e all'OIV, nonché alla relazione sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta ai vari referenti e *owner* dei processi. La rendicontazione è comunque sintetizzata anche all'interno del presente documento, atteso che nell'attività di programmazione bisogna tener conto dei risultati della rendicontazione.

### **Periodicità e modalità di svolgimento delle verifiche**

Un primo monitoraggio (monitoraggio di primo livello) viene costantemente condotto dai direttori/responsabili di unità operativa, *owner* dei processi, fornendo evidenze concrete dell'adozione delle varie misure, come richiesto nella relazione annuale al RPCT.

I referenti individuati per le misure generali, gli *owner* dei singoli processi e i referenti responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente", presentano al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno una relazione:

- sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle misure di trattamento;
- su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

Tale monitoraggio è stato previsto come obiettivo di budget 2025 per tutte le unità operative interessate.

Gli stessi sono altresì tenuti a dar conto, all'interno della relazione, dell'indice di rischio corruttivo emerso dall'autovalutazione dei propri processi, da effettuare mediante specifico *format* trasmesso dall'Ufficio *Internal audit*.

È comunque altresì prevista una consultazione intermedia, al termine del primo semestre, volta a raccogliere eventuali segnalazioni particolari in merito all'andamento del percorso.

A tal fine, ogni referente del RPCT e *owner* del processo dovrà fornire una relazione eventuale, al termine del primo semestre, in caso di modifiche o scostamenti rispetto a quanto programmato, in modo che il RPCT possa eventualmente intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come - per i processi a più alto rischio corruttivo - il monitoraggio di primo livello non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato, a campione, un monitoraggio di secondo livello da parte del RPCT. Tale monitoraggio consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio corruttivo previste nel Piano da parte delle singole unità operative, nonché la loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo, secondo il principio della effettività.

Quanto programmato potrà subire delle variazioni in considerazione dell'eventuale necessità di aggiungere attività non pianificate che si dovessero rendere necessarie a seguito di segnalazioni da parte degli *owner* dei processi o da parte di altri soggetti, eventualmente anche attraverso il canale dei *whistleblowing*.

Una delle attività avviate già nel 2019 è il sistema di audit integrato, svolto dalla UOSD Sistemi di gestione della qualità aziendale, in cui si è applicata una *check list* per valutare la rispondenza a quesiti relativi a qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e *Internal Auditing*. Attraverso tale monitoraggio, viene in particolare valutato lo stato di conoscenza della strategia aziendale in tema di anticorruzione da parte del personale dipendente.

A causa dell'impegno profuso dalla UOSD Gestione dei sistemi di qualità, nel corso del 2024, l'attività realizzata nel corso dell'anno ha portato all'effettuazione di 64 audit integrati. Gli audit sono stati realizzati secondo le modalità definite dalla procedura aziendale "CdR AF4211 - Preparazione e conduzione degli audit organizzativo-gestionali", utilizzando la *check list* "allegato 4b *check list* audit qualità - sicurezza sul lavoro - sicurezza paziente - infezioni correlate all'assistenza - prevenzione della corruzione - *Internal Audit*". I valutatori sono stati selezionati dall'elenco aziendale della citata procedura. La UOSD Sistemi di gestione della qualità ha trasmesso al RPCT l'esito, perlopiù positivo, degli audit relativi all'anticorruzione, per cui si è reso

comunque necessario un intervento informativo. L'attività di *audit* integrato proseguirà anche nel corso del 2025, la cui pianificazione - in corso di perfezionamento - verrà condivisa con il RPCT.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure generali, previste nell'allegato 2, avviene mediante il raggiungimento di precisi indicatori (*output* di risultato), che consentono di valutare agevolmente il relativo raggiungimento, oppure attraverso specifici monitoraggi. In particolare, il monitoraggio degli obiettivi relativi alla formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione viene effettuata dalla UOSD Formazione mediante l'applicativo aziendale TOM, mentre quello relativo all'adempimento degli obblighi di pubblicazione avviene in sinergia con i referenti dell'RPCT.

Nel corso del 2024 inoltre è proseguita l'attività di verifica a campione da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, al fine di effettuare un monitoraggio diretto su alcuni ambiti specifici, come per esempio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA, nonché sulla raccolta delle dichiarazioni ex art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

L'Ufficio, sulla base dell'esperienza maturata in questi ultimi anni, ha provveduto ad approvare una specifica procedura denominata "Verifiche a campione delle misure di prevenzione della corruzione", al fine di definire compiutamente ed in maniera trasparente parte delle attività di monitoraggio effettuate direttamente dall'Ufficio sull'applicazione di alcune misure di prevenzione della corruzione da parte degli uffici interessati.

Nel corso del 2024 si è continuato ad integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente: in particolare, atteso che l'Ufficio *Internal audit* ha anche il compito di vagliare i verbali delle verifiche compiute mensilmente dal Collegio sindacale, è stato concordato che tale Ufficio comunichi al RPCT eventuali difformità di interesse che siano state riscontrate dal Collegio. Nel corso dell'anno non è stata comunicata alcuna difformità. Tale integrazione proseguirà anche nel 2025.

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dall'allegato O della DGRV n. 2174/2016, dal Decreto della Regione del Veneto n. 93 del 10.09.2021 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 1837 del 28.09.2022, l'RPCT ha provveduto, con nota prot. n. 59130 del 28.3.2024, acquisite le relazioni di competenza della UOS Attività Specialistiche, dell'Ufficio relazioni con il pubblico e della CUP Manager, a trasmettere al Coordinatore del Nucleo aziendale di controllo, per il seguito di competenza, la dichiarazione sul buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'allegato A della DGR 863/2011, attestando il rispetto di tutte le fasi del processo di prenotazione richieste dalla normativa in essere.

## **RIESAME**

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi, secondo il principio del "miglioramento progressivo e continuo".

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio, al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Nel 2024 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, la nota prot. n. 234728 del 23.12.2024, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023 – 2025, al fine di consentire ai Direttori di segnalare eventuali criticità riscontrate nella strategia di prevenzione della corruzione posta in essere nel corso dell'anno, e di suggerire eventuali misure di prevenzione più adeguate e sostenibili in vista dell'aggiornamento del PIAO.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2025</b>	<b>Target biennio 2026-2027</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al RPCT	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report verifiche (a campione, audit integrati, etc ...)	Sì	Sì	RPCT; Ufficio trasparenza e anticorruzione

### **MONITORAGGIO DEL PIAO**

Come previsto dalla normativa che disciplina il PIAO e come indicato anche dal PNA 2022 l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un monitoraggio integrato per verificare l'idoneità del PIAO ad attuare veramente una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

Tale attività è stata realizzata in fase di predisposizione del PIAO 2024 – 2026, attraverso un confronto tra i Servizi coinvolti nella redazione del documento e la Direzione aziendale, all'esito della quale si è provveduto ad una ulteriore semplificazione del documento e si è proseguito nell'integrazione, anche funzionale, tra le diverse attività e iniziative finalizzate al raggiungimento del valore pubblico.

# **ELENCO DEGLI ALLEGATI**

**Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi**

**Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori**

**Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione**

**Allegato 4 - Piano dei fabbisogni**



# **ALLEGATO 1**

## **MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI**

## **ELENCO DEI PROCESSI E AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIFICHE**

Nella prima parte del presente allegato è riportato l'elenco dei processi mappati all'interno dell'Azienda e identificati come a rischio corruttivo; per ciascun processo è individuata l'area di rischio a cui appartiene.

Le aree di rischio generali e specifiche considerate per questo piano risultano essere:

- A. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- C. Acquisizione e gestione del personale;
- D. Contratti pubblici;
- E. Incarichi e nomine;
- F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- H. Affari legali e contenzioso;
- I. Attività libero professionali e liste di attesa;
- L. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- M. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- N. Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P001	Gestione contratto di tesoreria	Dalla gestione dei rapporti contrattuali con il Tesoriere alla liquidazione delle spese derivanti dal contratto	U.O.C. Contabilità e bilancio		X											TRASCURABILE	X
P002	Gestione dei pagamenti	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	U.O.C. Contabilità e bilancio	X												MEDIO	X
P003	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	U.O.C. Contabilità e bilancio						X							MEDIO	-
P006	Gestione delle Casse aziendali	Dalla verifica della prenotazione o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature	U.O.C. Servizi Amministrativi di Ospedale U.O.C. Contabilità e bilancio						X							TRASCURABILE	X
P007	Fatturazione attiva	Dalla richiesta di fatturazione, all'emissione della fattura, alla verifica dell'incasso, alla eventuale richiesta di avvio della procedura di recupero del credito	U.O.C. Contabilità e bilancio U.O.C. Servizi amministrativi di ospedale						X							RILEVANTE	-
P009a	Preparazione e custodia salme	Dalla comunicazione decesso ai familiari alla gestione salma in reparto e in obitorio	Direzione medica ospedale (CF e MT)												X	RILEVANTE	X
P009b	Preparazione e custodia salme	Dalla comunicazione decesso ai familiari alla gestione salma in reparto e in obitorio	Direzione medica ospedale (CN e VV)												X	TRASCURABILE	X
P009c	Preparazione e custodia salme	Dalla comunicazione decesso ai familiari alla gestione salma in reparto e in obitorio	Direzione medica ospedale (OD)												X	TRASCURABILE	X
P009d	Preparazione e custodia salme	Dalla comunicazione decesso ai familiari alla gestione salma in reparto e in obitorio	Direzione medica ospedale (TV)												X	MEDIO	X
P010	Attività di ispezione su armadi farmaceutici	Dalla programmazione delle verifiche alla verbalizzazione e monitoraggio	U.O.C. Farmacia ospedaliera							X						TRASCURABILE	-
P011a	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera (PS)												X	TRASCURABILE	-
P011b	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera (TV)												X	TRASCURABILE	-
P011c	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera (AS)												X	MEDIO	-

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P012	Prestazioni per minori	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari		X				X				X			MEDIO	X
P013	Gestione della certificazione agonistica	Dalla programmazione, alla prenotazione, all'accettazione ed erogazione	U.O.C. Medicina dello Sport							X						MEDIO	X
P014	Valutazione medico legali	Dalla richiesta di valutazione (inserimento in lista di attesa per la il rinnovo patente/verifica alcolologica o tossicologica, richiesta invalidità INPS, richiesta parere medico legale) alla emissione della valutazione stessa o del referto	U.O.C. Servizio medicina legale							X						RILEVANTE	X
P018	Attività ispettive	Dalla programmazione o segnalazione/richiesta/esposto fino alla verbalizzazione / verifica del pagamento della sanzione /segnalazione alla magistratura	U.O.C. Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPISAL)							X						RILEVANTE	X
P019	Certificazioni sanitarie	Dalla richiesta dell'utente (ricorso verso il giudizio del medico competente o richiesta dell'azienda per verificare la residua capacità lavorativa di un dipendente, visite mediche idoneative o specialistiche - di medicina del lavoro) fino all'emissione della certificazione di idoneità o referto	U.O.C. Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPISAL)							X						TRASCURABILE	X
P020	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona)	Rilascio pareri di tipo igienico sanitario / edilizio per quanto riguarda le deroghe relative agli ambienti di lavoro	U.O.C. Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPISAL)							X						TRASCURABILE	X
P023	Gestione dell'Inventario	Dalla programmazione dell'attività di verifica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari	U.O.C. Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica						X							TRASCURABILE	X
P024	Affidamento e gestione dei contratti di esecuzione dei lavori	Dalla programmazione dei lavori, alla progettazione, aggiudicazione, esecuzione fino alla rendicontazione del contratto e collaudo (inclusa la gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico e il Project Financing di Treviso per la quota dei lavori)	U.O.C. Servizi tecnici e patrimoniali				X									RILEVANTE	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P025	Gestione degli audit	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit report, inclusa gestione delle verifiche LR 22/2002	U.O.S.D. Sistemi di gestione della qualità	X												RILEVANTE	-
P035	Gestione assistenza integrativa	Dal ricevimento della fattura alla liquidazione e inserimento dei dati nel cruscotto regionale air	U.O.C. Assistenza farmaceutica Territoriale						X							TRASCURABILE	-
P036	Gestione autorizzazioni apertura nuove farmacie	Dalla richiesta dell'autorizzazione all'emissione dell'atto	U.O.C. Assistenza farmaceutica Territoriale							X						MEDIO	-
P037	Gestione distribuzione per conto	Dal ricevimento delle ricette al controllo delle stesse alla liquidazione e pagamento del compenso alla Farmacia territoriale e alla validazione della fattura per il pagamento del farmaco all'Ulss capofila, all'invio del flusso DPC	U.O.C. Assistenza farmaceutica Territoriale						X							TRASCURABILE	-
P038	Gestione Farmaceutica in convenzione (DCR)	Dal ricevimento delle ricette alla liquidazione delle distinte contabili riepilogative	U.O.C. Assistenza farmaceutica Territoriale						X							TRASCURABILE	X
P039	Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Ospedaliera, Specialistica, Riabilitativa (ex art. 26), Termale	Dalla definizione dei volumi di attività (Budget) alla stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi amministrativi territoriali		X		X		X							MEDIO	X
P040	Assistenza protesica	Dalla gestione e valutazione della richiesta dell'utente all'emissione dell'autorizzazione alla fornitura e alla liquidazione della fattura	U.O.C. Servizi amministrativi territoriali		X											MEDIO	-
P041	Rimborsi diversi (Cure climatiche, medicina turistica, trapiantati, dializzati, modifiche strumenti di guida, acquisto parrucche, protesi dentarie, cure all'estero)	Dalla gestione istruttoria domande presentate, all'adozione provvedimento, alla comunicazione all'assistito dell'esito della richiesta, all'erogazione del contributo	U.O.C. Servizi amministrativi territoriali	X												TRASCURABILE	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P042a	Acquisizione beni e servizi mediante affidamento diretto ai sensi della normativa vigente	Dall'analisi dei fabbisogni, all'effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e, all'individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto, all'affidamento	Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica				X									TRASCURABILE	X
P042b	Acquisizione beni e servizi mediante affidamento diretto ai sensi della normativa vigente	Dall'analisi dei fabbisogni, all'effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e, all'individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto, all'affidamento	U.O.C. Approvvigionamento e gestione delle forniture dei beni				X									MEDIO	X
P043a	Esecuzione e monitoraggio contratti per acquisizione di beni e servizi	Dall'esecuzione del contratto alla verifica della conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta, all'effettuazione dei pagamenti a favore dei soggetti esecutori	Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica				X									TRASCURABILE	X
P043b	Esecuzione e monitoraggio contratti per acquisizione di beni e servizi	Dall'esecuzione del contratto alla verifica della conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta, all'effettuazione dei pagamenti a favore dei soggetti esecutori	U.O.C. Approvvigionamento e gestione delle forniture dei beni				X									RILEVANTE	X
P044	Gestione dei magazzini	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce, al carico e alla gestione della distribuzione inclusa la gestione dei magazzini di reparto, fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica							X				X		RILEVANTE	X
P045	Gestione Fondo Economale	Dall'istituzione del fondo e individuazione del responsabile, alla individuazione delle spese che possono essere rimborsate, alla richiesta di rimborso, rendicontazione e riversamento	Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica						X							TRASCURABILE	-
P046	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	U.O.C. Gestione risorse umane			X										MEDIO	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P047	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (art. 7, comma 6, D.lgs 165/2001)	Dalla firma del contratto, liquidazioni periodiche e gestione del alla cessazione del contratto	U.O.C. Gestione risorse umane		X											TRASCURABILE	X
P048	Gestione economica e fiscale	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	U.O.C. Gestione risorse umane		X											MEDIO	X
P049	Gestione giuridica	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro	U.O.C. Gestione risorse umane		X											RILEVANTE	
P050	Gestione orario di lavoro	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	U.O.C. Gestione risorse umane		X											TRASCURABILE	X
P052	Prestazioni per anziani	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della RUR, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAR	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari							X		X	X			MEDIO	X
P053	Prestazioni per la disabilità	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della graduatoria, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAD	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari						X	X			X			TRASCURABILE	X
P054	Prestazioni di psichiatria	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari		X		X		X				X			RILEVANTE	X
P055	Prestazioni per le dipendenze	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari		X					X			X			TRASCURABILE	X
P060	Formazione interna del personale	Dalla predisposizione del piano formativo, alla microprogettazione attività, all'erogazione della	U.O.S.D. Formazione	X			X							X		MEDIO	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
		formazione e alla liquidazione del compenso del docente/ente di formazione															
P061	Gestione invio dipendenti a corsi sponsorizzati	Dall'avvio dell'istruttoria all'individuazione del partecipante, all'autorizzazione	U.O.S.D. Formazione	X					X							MEDIO	X
P063	Gestione dei sinistri e gestione diretta dell'autoassicurazione	Dalla richiesta risarcimento danni, all'accantonamento al fondo rischi/alla chiusura - liquidazione del sinistro	U.O.C. Affari Generali e Legali								X					MEDIO	X
P064	Gestione del contenzioso	Dalla ricezione dell'atto giudiziale alla definizione del contenzioso	U.O.C. Affari Generali e Legali					X			X					MEDIO	X
P066	Gestione protocollo	Dalla ricezione della documentazione al suo smistamento nelle UU.OO.	U.O.C. Affari Generali e Legali		X											TRASCURABILE	-
P069	Ciclo delle Performance	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali sia di struttura che individuali	U.O.C. Controllo di gestione		X	X								X		TRASCURABILE	-
P071	Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)	Dalla presentazione, valutazione e approvazione del progetto all'avvio e al monitoraggio fino alla conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati	U.O.C. Controllo di gestione						X							TRASCURABILE	X
P072	Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)	Dalla richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa all'individuazione dei pazienti, avvio, monitoraggio e conclusione del processo di sperimentazione	U.O. Unità per la Ricerca Clinica											X		MEDIO	X
P075	Gestione recupero crediti	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	Territoriali U.O.C. Contabilità e bilancio						X							TRASCURABILE	X
P077	Attività in regime di LP	Dalla regolamentazione aziendale per attività L.P. specialistica e L.P. in regime di ricovero alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	U.O.C. Servizi Amministrativi di Ospedale									X				MEDIO	X
P078	Consulenze/vendita di prestazioni esterne in LP (inclusa vendita di prestazioni a ulss/ao)	Dall'attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e preparazione della convenzione (la richiesta parte del centro), alla ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la	U.O.C. Servizi amministrativi di ospedale	X												MEDIO	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
	per propri ricoverati in SSN)	struttura e fatturazione, alla ripartizione incassi ai dirigenti															
P079	Gestione delle convenzioni con terzi	Dall'attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e convenzione, alla ricezione e trasmissione del resoconto delle attività effettuate nel corso dell'anno dai terzi, alla liquidazione delle attività effettuate	U.O.C. Servizi amministrativi di ospedale		X											MEDIO	X
P080a	Adesione ai contratti stipulati da centrale di committenza-soggetto aggregatore	Dalla formulazione della programmazione aziendale, alla definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno, alla verifica della pertinenza dei fabbisogni, alla formulazione del fabbisogno, alla formalizzazione delle adesioni, alla contrattualizzazione/ ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza	U.O.C. Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica				X									TRASCURABILE	X
P080b	Adesione ai contratti stipulati da centrale di committenza-soggetto aggregatore	Dalla formulazione della programmazione aziendale, alla definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno, alla verifica della pertinenza dei fabbisogni, alla formulazione del fabbisogno, alla formalizzazione delle adesioni, alla contrattualizzazione/ ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza	U.O.C. Approvvigionamento e gestione delle forniture dei beni				X									MEDIO	X
P081a	Affidamento e gestione dei contratti per acquisizione di beni e servizi	Dalla programmazione, alla progettazione, alla selezione del contraente, alla stipula del contratto, all'esecuzione	U.O.C. Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica				X									MEDIO	X
P081b	Affidamento e gestione dei contratti per acquisizione di beni e servizi	Dalla programmazione, alla progettazione, alla selezione del contraente, alla stipula del contratto, all'esecuzione	U.O.C. Approvvigionamento e gestione delle forniture dei beni				X									RILEVANTE	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P082	Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica	Dalla preparazione dei programmi operativi di controllo, al sopralluogo, alla stesura del verbale, alla comunicazione all'autorità giudiziaria, all'incasso sanzioni pecuniarie	U.O.C. Servizio igiene e Sanità pubblica (SISP)		X					X						RILEVANTE	X
P083	Gestione pareri urbanistica ed edilizia complessa	Dalla gestione istanza, all'istruttoria pratica, alla verifica incasso diritti sanitari	U.O.C. Servizio igiene e Sanità pubblica (SISP)	X	X					X						RILEVANTE	-
P085	Gestione delle prenotazioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale – liste d'attesa	Dalla programmazione dell'offerta, all'apertura e gestione delle agende, alla registrazione delle prenotazioni SSN, laboratorio, radiologia ed altre prestazioni	U.O.S.D. Attività Specialistiche									X				CRITICO	X
P086	Gestione personale convenzionato: continuità assistenziale	Dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali, alla cessazione	U.O.S. Personale convenzionato			X										MEDIO	-
P087	Gestione personale convenzionato: medicina generale e pediatria di libera scelta	Dall'individuazione zone carenti, all'individuazione MMG/PLS avente titolo al conferimento dell'incarico, alla instaurazione del rapporto convenzionale, alla gestione giuridica ed economica, all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, incluso il procedimento disciplinare	U.O.S. Personale convenzionato			X										RILEVANTE	X
P088	Gestione personale convenzionato: specialisti ambulatoriali interni	Dalla verifica della necessità di pubblicazioni incarichi, all'individuazione SAI, al conferimento incarico, alla gestione anagrafica, alla gestione giuridica e delle presenze, assenze, alla gestione economica, alla gestione delle variazioni e all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, alla gestione delle cessazioni	U.O.S. Personale convenzionato			X										RILEVANTE	X

Codice Ulss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
P089	Acquisizione, sviluppo e alienazione del patrimonio immobiliare e impiantistico	Dall'approvazione del piano investimenti alle procedure di acquisizione, ed alienazione di immobili ed impianti	U.O.C. Servizi tecnici e patrimoniali						X							RILEVANTE	-
P092	Project Financing Gestione Servizi	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	U.O.C. Servizi tecnici e patrimoniali - Dec del Project Financing				X		X	X	X					RILEVANTE	-
P093	Prestazioni di pronto soccorso	Dall'accettazione del paziente alla registrazione della prestazione e al rilascio del referto	Dipartimento di Emergenza urgenza						X							MEDIO	-
P094	Prestazioni di ricovero in SSN	Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO, alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori ulss o alla richiesta di fatturazione diretta a paganti in proprio	Direzione medica ospedale		X											RILEVANTE	-
P096	Gestione prestazioni relative alle strutture intermedie (Hospice, Ospedali di Comunità e Unità riabilitative Territoriali)	Dalla predisposizione dei contratti con le strutture accreditate alla liquidazione delle fatture	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari				X					X				MEDIO	X
P098	Somministrazione delle vaccinazioni	Dalla programmazione alla chiusura della seduta vaccinale	U.O.C. Servizio igiene e Sanità pubblica (SISP)		X											RILEVANTE	X
P099	Finanziamento dei controlli ufficiali	Dalla gestione delle anagrafiche degli insediamenti produttivi all'applicazione della tariffa forfettaria annuale	U.O.C. Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN), U.O.C. Servizio veterinario piani campionamento, allerte e audit (SCAA), U.O.C. Servizio veterinario di sanità animale (SSA), U.O.C. servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAPZ), U.O.C. servizio		X				X	X						MEDIO	X

Codice Uss2	Titolo del processo	Limiti del processo definiti in azienda	U.O.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	Priorità	Registro dei rischi
			veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAOA)														
P100	Attività ordinaria di controllo ufficiale	Dalla programmazione e preparazione del controllo di attività ordinaria all'adozione di provvedimenti (art. 137/138 del Reg 2017/625/EU) in caso di non conformità	SIAN, SCAA, SSA, SIAPZ, SIAOA	X	X					X	X					RILEVANTE	X
P101	Attività straordinaria di controllo ufficiale	Dalla programmazione dell'attività straordinaria, registrazione dei controlli e comunicazione ad altre autorità competenti in caso di non conformità	SIAN, SCAA, SSA, SIAPZ, SIAOA	X	X					X	X					RILEVANTE	X
P102	Applicazione, riscossione e rendicontazione delle tariffe	Applicazione, riscossione e rendicontazione delle tariffe	SIAN, SSA, SIAPZ, SIAOA						X							TRASCURABILE	-
P103	Gestione e liquidazione delle impegnative di cura domiciliare (ICD) e del contributo caregiver	Dal ricevimento della domanda di impegnativa di cura domiciliare (ICD) o di contributo caregiver alla liquidazione degli stessi	U.O.C. Servizi Sociali e Sociosanitari		X											TRASCURABILE	X

## **INDIVIDUAZIONE DEL LIVELLO (INDICE) DI RISCHIO DEI PROCESSI**

Per valutare il livello di rischio di ogni processo in modo da poter individuare quali sono i processi aziendali a medio e alto rischio di corruzione, è stata adottata la metodologia del *Control Risk Self-Assessment (CRSA)*, adottato dall'Internal Auditing, che si avvale della somministrazione di un questionario all'owner del processo o ad un gruppo di lavoro da esso individuato.

In tale questionario, alle 19 domande previste dall'internal auditing per prioritizzare i processi aziendali, sono stati aggiunti dei quesiti per individuare sia le aree di rischio generali e specifiche, sia le misure per valutare il processo in termini di rischio corruttivo.

Nel questionario sono state quindi inserite 6 domande per la probabilità e 4 domande per l'impatto.

Per probabilità si intende la frequenza di accadimento degli specifici rischi, mentre l'impatto indica il danno che il verificarsi dell'evento rischioso causa all'Azienda. Le domande relative alla probabilità riguardano: la discrezionalità, la rilevanza esterna, la complessità del processo, il valore economico, la frazionabilità del processo, i controlli.

Le domande relative all'impatto riguardano: l'impatto organizzativo, l'impatto economico, l'impatto reputazionale, l'impatto organizzativo, economico e sull'immagine.

Per misurare il livello di rischio di ciascun processo si calcola l'Indice di Rischio (IR) dato dalla formula:

$$IR = Probabilità * Impatto$$

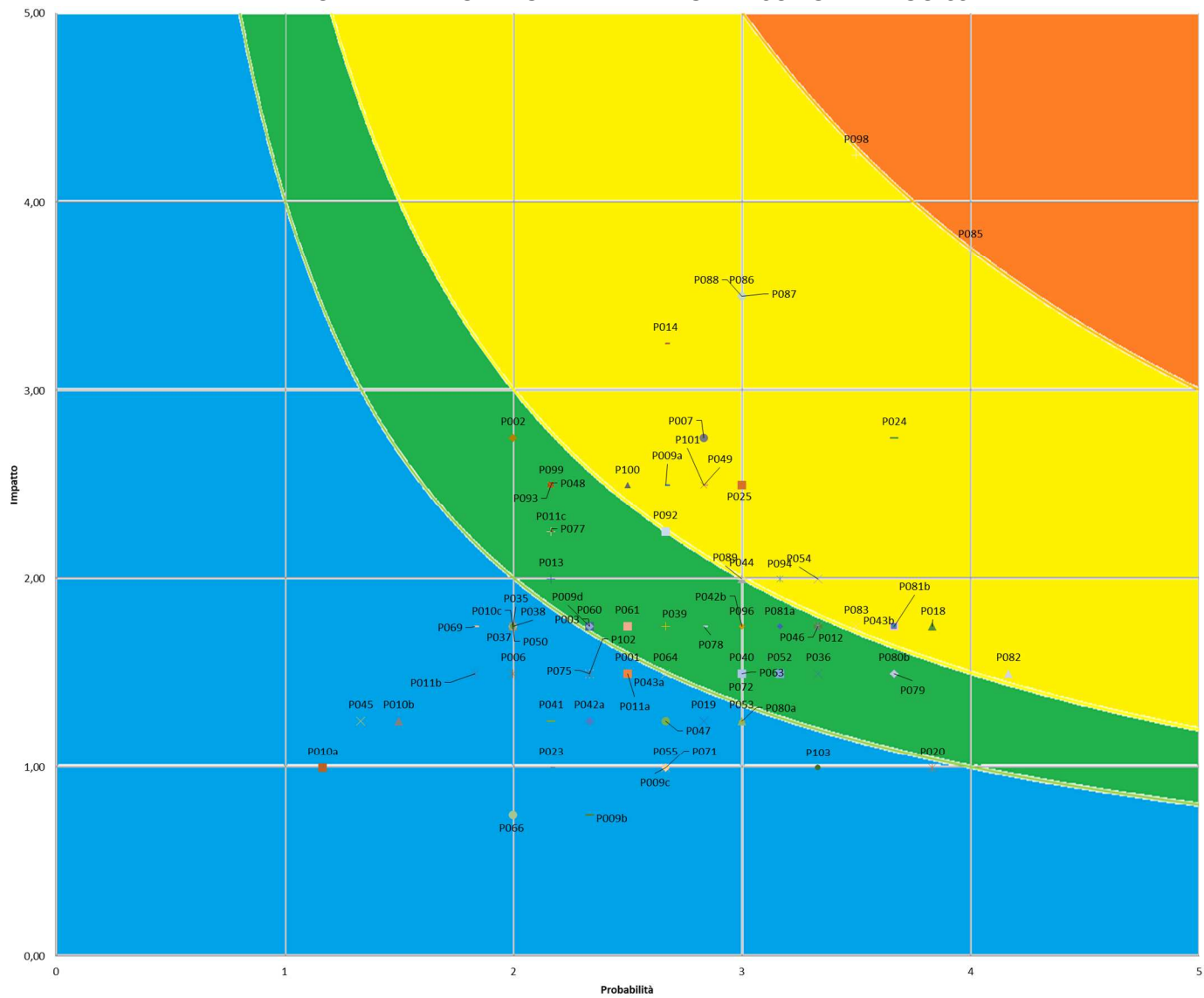
La probabilità e l'impatto sono misurati attraverso la media dei punteggi attribuiti alle domande sopra elencate. Lo scopo della matrice Impatto-Probabilità è quello di rappresentare graficamente il livello di rischio correlato ad ogni processo, in modo da individuare quelli per cui è necessario attuare un intervento prioritario a mitigazione dei relativi rischi specifici identificati.

I processi sono classificati graficamente attraverso quattro diversi livelli di rischio, determinati dalle seguenti soglie dell'indice di rischio e riassunti nella matrice della valutazione del livello di rischio dei processi riportata nella pagina seguente:

- IR < 4: trascurabile;
- $4 \leq IR < 6$ : medio;
- $6 \leq IR < 15$ : rilevante;
- $IR \geq 15$ : critico.

I processi prioritari si trovano nell'area rossa ovvero sono classificati ad alto rischio di corruzione (IR critico), quelli che si trovano nell'area verde e gialla sono classificati invece come a medio-alto rischio di corruzione (IR medio e rilevante). I processi ricadenti nell'area azzurra hanno un indice di rischio basso (IR trascurabile).

### MATRICE DELLA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO DEI PROCESSI



## **REGISTRO DEI RISCHI DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUTTIVO**

Nelle tabelle sottostanti vengono riportate per ciascun processo a rischio corruttivo, le attività, la valutazione e le misure di trattamento dei relativi rischi. I registri, contenuti nel prosieguo, costituiscono il cuore della gestione del rischio corruttivo.

All'interno di questi sono previste le misure di trattamento dei rischi specifici delle quali ogni owner dei processi è tenuto a garantire l'applicazione nel corso dell'anno, dandone conto attraverso la relazione da presentare all'RPCT entro il 30 novembre di ogni anno.

Le misure previste e nel prosieguo analizzate possono essere misure generali o misure specifiche, come di seguito esemplificato:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

## P001-GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ricezione della fattura / verifica addebiti	ricezione della fattura riferita al canone fisso	errore sul CIG/importo sbagliato del canone	B	NO	verifica delle fatture che pervengono dal tesoriere	B
	addebiti (SUS - sospesi in uscita) relativi alle commissioni POS e carte di credito	% commissione non corretta rispetto al transato	MB	NO	mensilmente vengono fatti i controlli a campione sugli addebiti inseriti	B
	applicazione tassi di interesse passivi	tasso di interesse passivo o importo dell'esposizione errato	MB	Sì		MB
gestione delle contestazioni	definizione della contestazione da inviare all'istituto tesoriere	mancata contestazione al tesoriere di inadempienze	MB	Sì		MB
	ricezione e analisi delle controdeduzioni, con accettazione o rigetto delle stesse	accoglimento di una controdeduzione che non ha solide motivazioni	MB	Sì		MB
	dopo la seconda contestazione per lo stesso argomento, applicazione della penale prevista	mancata applicazione della penale prevista dal contratto	MB	Sì		MB
	riscossione della penale / compensazione con i debiti in essere	mancato incasso della penale	MB	Sì		MB

## P002-GESTIONE DEI PAGAMENTI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
autorizzazione alla firma dei mandati/caricamento flussi stipendiali in banca e disabilitazione	invio delle specimen di firma alla banca sottoscritte dal direttore generale	autorizzazione di un soggetto che non deve firmare	B	Sì		B
	rilascio delle credenziali e dei dispositivi da parte della banca	autorizzazione di un soggetto che non deve firmare	B	Sì		B
acquisizione delle liste di trasmissione	individuazione degli uffici liquidatori ed implementazione di tutte le autorizzazioni necessarie	abilitazione di un soggetto non corretto	B	NO	Delibera di individuazione dei responsabili e comunicazione con mail/lettera di chi è delegato	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	alla firma/revoca delle autorizzazioni in caso di cessazione					
	controllo e acquisizione delle liste di trasmissione firmate digitalmente dal responsabile dell'ufficio incaricato della liquidazione	acquisizione di liste di trasmissione che non sono complete della documentazione necessaria	B	Sì		B
emissione del mandato di pagamento	assegnazione informatica del numero progressivo di faldone, data di estrazione/elaborazione e oggetto di riferimento	a causa di problemi informatici l'assegnazione potrebbe essere non corretta	B	Sì		B
	verifica che l'importo acquisito corrisponda al totale della lista al netto di eventuali ritenute	acquisizione non corretta	MB	NO	funzione su NAV che permette di calcolare le righe estratte sulla lista e controllo visivo con la lista	B
	avvio al pagamento dei documenti acquisiti e passati allo stato "proposta di mandato" secondo data fattura / data di scadenza	l'errata selezione può comportare il mancato rispetto dei tempi di pagamento con conseguente possibile richiesta di interessi di mora	MB	Sì		MB
	verifica delle disponibilità di cassa	mancati pagamenti per indisponibilità di cassa	M	Sì		M
	verifica presenza validità DURC	in caso di DURC irregolare non segnalato: esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	MB	NO	In NAV il mandato è bloccato in caso di DURC irregolare	B
	verifica tracciabilità dei flussi finanziari	esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	M	NO	In NAV il mandato è bloccato in caso di mancanza di tracciabilità dei flussi finanziari - il controllo è fatto manualmente dal personale del sef	B
	registrazione e verifica della presenza di eventuali cessioni del credito	nel caso di mancata registrazione della cessione, esecuzione di un pagamento a un beneficiario errato	M	NO	a partire dal 2017 tutte le cessioni sono diniegate, le cessioni precedentemente registrate producono in NAV degli alert di sistema per i vecchi debiti ceduti c'è un controllo per i fornitori che di solito sono soggetti a cessione che verifica che sia correttamente registrata	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	esecuzione degli ulteriori controlli manuali previsti da procedura	esecuzione di un pagamento non dovuto / importo non corretto	M	NO	hanno una check list dei controlli che sono previsti in procedura Controllo a campione sui pagamenti proposti e richiesta all'ufficio liquidatore di tutta la documentazione a supporto	B
	controllo Equitalia > 5.000€	esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	M	NO	le verifiche Equitalia sono tutte salvate in share condivisa	B
	controllo corretta gestione bollo su mandati	pagamento o omissione del pagamento di bollo su mandato	M	Sì		M
	controllo sulla causale del mandato	l'utilizzo di caratteri speciali potrebbe causare lo scarto della disposizione di pagamento, ritardando il pagamento stesso	M	NO	applicazione di un filtro che intercetta i caratteri non permessi	B
	controlli formali del flusso: - correttezza Cap, stato, tipo di pagamento - presenza codice SIOPE - corretta correlazione tra beneficiario e forma di pagamento	errori nella generazione del flusso ritardano l'emissione del mandato di pagamento o generano errore nel pagamento stesso	M	Sì		M
	generazione del flusso e caricamento	se ci sono problematiche la tesoreria non accetta il flusso	B	Sì		B
gestione delle ritenute fiscali e contributive e dei versamenti iva	verifica della coerenza tra documentazione originaria e codici ritenute / codici contratto registrati in NAV, verifica della presenza della riga di ritenuta e ammontare della ritenuta	mancato/errato versamento delle ritenute	M	NO	verifica della lista di liquidazione rispetto alle fattispecie di contratto soggette a ritenuta prima dell'acquisizione della lista stessa	B
	gestione modelli F24Ep e F23	errore nella compilazione del modello	MB	Sì		MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	versamento IVA	non corretto versamento IVA	MB	NO	Per ogni mandato di pagamento con ricevuta contabilizzata in caso di presenza di operazioni imponibili IVA viene alimentato in automatico dal sistema un registro utile al versamento dell'IVA split a fine mese (la stessa viene trattata a tutti gli effetti come una ritenuta). Un operatore del ciclo passivo controlla che il valore sul registro IVA split coincida con il valore contabilizzato. Per facilitare il controllo i mandati con IVA vengono sospesi per gli ultimi 3 giorni al mese. Per il ciclo attivo allo stesso modo il registro IVA riepilogativo deve coincidere con il saldo contabile.	B
gestione sospesi di uscita e mandati a copertura	collegamento del documento da pagare con il sospeso di uscita acquisito con il giornale di cassa (per l'acquisizione vedasi processo P005 - Regolarizzazione delle entrate)	ritardato o errato abbinamento del documento - pagamento di una cosa non dovuta	M	NO	periodica verifica dei SUS non ancora coperti	B
emissione del pagamento	caricamento del mandato in tesoreria, elaborazione dei mandati e firma del responsabile	errori in fase di firma che obbligano a ricaricare il mandato	MB	NO	verifica per ogni pacchetto che l'importo caricato in tesoreria corrisponda ai mandati NAV (importo e numero righe)	B
gestione dei pagamenti non andati a buon fine	verifica con l'ufficio liquidatore della correttezza dei dati del beneficiario - sollecito al ritiro / comunicazione all'area entrate del riaccredito degli importi per il relativo incasso	pagamento in ritardo la fattura al fornitore corretto	MB	NO	corretta gestione dei SEN (sospesi di entrata) - con verifica della documentazione caricata nel workflow documentale	B
scarico e gestione del giornale di cassa	accesso al portale della banca, scarico xml e importazione in NAV	Disallineamento della contabilità con la tesoreria - senza l'importazione del giornale di cassa non ci sono i SEN dell'area entrate e non ci sono i SUS da verificare	MB	Sì		MB
verifica saldo di fatto e diritto, con valore a sistema contabile	verifica mensile della quadratura tra dato di contabilità generale in	disallineamento dei dati contabili	M	NO	controllo se ci sono scritture manuali o su registri particolari direttamente sul tesoriere	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	NAV e il saldo di fatto del Tesoriere					
gestione delle partite di giro	gestione delle entrate e dei mandati dei documenti in entrata e in uscita che non possono essere compensati tra di loro, senza alimentazione di un conto di costo/ricavo come specificato in procedura	non corretta contabilizzazione di fatti di gestione che non hanno impatto economico	M	NO	verifica periodica che i conti transitori abbiano saldo pari a zero	B

## P006-GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Identificazione punti aziendali di riscossione	individuazione delle sedi in cui è necessaria la presenza di un punto cassa con operatore (con elettronico e/o contanti) oltre al riscuotitore automatico, sulla scorta del numero di utenti gestiti e dei costi correlati alla gestione di una cassa con operatore oltre agli aspetti contabili e logistici	lasciare attive casse che non hanno sufficiente movimentazione per giustificare il loro costo individuazione di locali non idonei	MB	SI		MB
	comunicazione all'istituto tesoriere dell'elenco delle casse che gestiscono denaro contante / elettronico	possibile ritardo nel versamento delle somme per la chiusura dei movimenti per ogni cassa importati in modo automatizzato in NAV	B	NO	in fase di abbinamento dei sospesi di entrata l'operatore verifica che tutti i documenti importati per ogni cassa abbiano il rispettivo versamento per contanti / elettronico. Se manca il versamento si sente la cassa per gli estremi della distinta di versamento ed il tesoriere per la verifica dell'attività del service	B
individuazione degli operatori abilitati all'incasso	individuazione e profilazione tramite crednet del responsabile DAO/SAT degli operatori addetti alla cassa	non corretta richiesta di profilazione da parte del responsabile e relativa cessazione	B	NO	periodicamente vengono controllati i profili crednet da parte dei relativi responsabili	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione del cambio moneta	individuazione del fondo cassa / fondo cambio moneta	se in eccesso: ci sono troppi soldi in cassa, mi aumenta il rischio furto se in difetto: il cassiere non riesce a dare i resti all'utenza	B	Sì		B
	gestione delle richieste di cambio (richiesta/versamento)	possibile appropriazione del fondo cassa	MB	NO	da procedura cambio moneta: tutte le richieste di cambio moneta devono essere autorizzate con firma digitale dal direttore SEF, il SEN del versamento viene quadrato dagli operatori del SEF con il SUS della sovvenzione di cambio moneta	B
gestione delle anagrafiche	inserimento anagrafica utente	errata individuazione dell'utente ai fini fiscali - errato invio flussi (es 730)	MB	Sì	verifica effettuata dal controllo di gestione in fase di invio dei flussi con relativa reportistica	B
	inserimento anagrafica articoli/abbinamento regime contrattuale	errato collegamento al regime fiscale/conto di contabilità generale	B	NO	gli articoli sono transcodificati nella fase di importazione in NAV, eventuali difformità emergenti possono essere corrette su sistema di cup/cassa	B
apertura giornaliera della cassa e gestione degli incassi	verifica turno e attribuzione del fondo cassa	attribuzione di un fondo cassa di importo errato	B	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	B
	richiamo/inserimento della prestazione da pagare e dell'utente	registrazione del pagamento di una prestazione errata o di un utente errato	B	SI		B
	inserimento della modalità di pagamento	errato inserimento della modalità di pagamento (campo obbligatorio dal 2020 nel flusso 730)	MB	NO	quadratura a fine giornata degli incassi per modalità di incasso (n.b. nel programma del distretto di Pieve di Soligo le modalità di incasso non si possono modificare)	B
	incasso del contante	l'utente utilizza banconote false	B	NO	utilizzo dello scanner banconote	B
chiusura giornaliera degli incassi	stampa chiusura programma di cassa	errato richiamo giornata/utente di chiusura	MB	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	MB
	stampa chiusura POS	mancata chiusura giornaliera del pos	MB	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	MB
	conta incasso, girata eventuali assegni, ripristino cassetta resti	conteggio errato del denaro contante - sottrazione di denaro	M	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	MB
	predisposizione busta e distinta per versamento con registrazione dell'incasso nel giornale di cassa	errata predisposizione busta/distinta (sottrazione volontaria o involontaria di denaro)	M	NO	quadratura in contabilità generale degli incassi con i relativi documenti importati dalle singole procedure di cassa	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	inserimento in cassaforte di buste per il versamento e cassette resti	sottrazione del denaro contante	M	NO	assicurazione per furto	B
versamento dell'incasso al tesoriere	riconoscimento dell'operatore del service di raccolta	consegna ad operatore non autorizzato	MA	NO	firma su distinte di versamento	M
	consegna delle buste con relative distinte di versamento al service e stacco del sigillo della busta	non rintracciabilità della busta consegnata	MA	NO	assicurazione della banca/service di raccolta	B
gestione richieste di rimborso	ricezione e valutazione della richiesta di rimborso da parte dell'utente	ammissione di una richiesta di rimborso senza la documentazione a corredo: copia della carta d'identità e originale del pagamento - rimborso a un utente diverso da chi doveva ricevere i soldi o a chi non ha diritto	M	NO	verifica di cassa periodica	MB
chiusura pratiche / marca pagato / cassa virtuale	registrazione dei pagamenti di prestazioni pagate a CUP al di fuori del circuito cassa (a mezzo bonifico bancario o a mezzo conto corrente postale)	sanzione per mancato invio del flusso 730 - invio di solleciti di pagamento non corretti	M	SI	report di verifica riepilogativo sull'invio del flusso 730 e degli errori generati inviato dal controllo di gestione	B

## P009a,b,d - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
comunicazione decesso ai familiari	informazione ai familiari sulle successive incombenze	indicazione di una Impresa di Onoranze Funebri (IOF) ai familiari	MA	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 (TV e PS) – Rev. 3 20/12/2017 (AS) Si fornisce una lista di Imprese Onoranze Funebri presenti nel territorio e solo se esplicitamente richiesto dai familiari del defunto (futuro: verifica stato di aggiornamento e diffusione alle unità operative)	MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		segnalazione a Imprese Onoranze Funebri (IOF) del decesso (nome deceduto, familiari)	MA	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 (TV e PS) – Rev. 3 20/12/2017 (AS) Codice di comportamento aziendale	MB
	consegna ai familiari degli effetti personali della salma	smarrimento effetti personali della salma	M	no	Allegato 3 al Regolamento di Polizia Mortuaria - Modulo registrazione oggetti di valore	B
	effetti personali della salma	furto effetti personali della salma	MA	no	Allegato 3 al Regolamento di Polizia Mortuaria - Modulo registrazione oggetti di valore	MB
gestione salma in reparto	gestione salma in reparto	non disponibilità di locale in reparto per accoglienza salma - già occupato da altra	MB	sì		MB
gestione salma in obitorio	gestione salma in obitorio	conservazione salma con modalità inadeguate	M	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 (TV e PS) – Rev. 3 20/12/2017 (AS)	B
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	Incontri periodici con IOF vengono fatti al bisogno	MB
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 (TV e PS) – Rev. 3 20/12/2017 (AS)	MB
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma ai familiari	M	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 (TV e PS) – Rev. 3 20/12/2017 (AS) N.B. Il tecnico dell'obitorio (personale ULSS2) non è incaricato della vestizione, che è di norma a carico dell'IOF (v. Istruzioni Operative) Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	B
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma alle IOF	MA	no	Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	MB

## P009c - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione salma in reparto	informazione ai familiari sulle incombenze successive al decesso	indicazione di una Impresa di Onoranze Funebri (IOF) ai familiari	MA	no	Modulo Informativo da consegnare ai familiari (nota alle UU.OO. prot. 229643 del 13/12/2022); Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021)	MB
		segnalazione a Imprese Onoranze Funebri (IOF) del decesso (nome deceduto, familiari)	MA	no	Modulo Informativo da consegnare ai familiari (nota alle UU.OO. prot. 229643 del 13/12/2022); Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021)	MB
	consegna ai familiari degli effetti personali della salma	smarrimento effetti personali della salma	M	no	Compilazione Modulo aziendale n. 0140 del 19/10/2006 "Documentazione sanitaria ed oggetti personali consegnati"	B
		furto effetti personali della salma	MA	no	Compilazione Modulo aziendale n. 0140 del 19/10/2006 "Documentazione sanitaria ed oggetti personali consegnati"	MB
	gestione salma in reparto	non disponibilità di locale in reparto per accoglienza salma - già occupato da altra	MB	sì		MB
gestione salma in obitorio	gestione salma in obitorio	conservazione salma con modalità inadeguate	M	no	Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Nota agli operatori n. 132017 del 15/07/2021; Riduzione tempi di osservazione mediante esecuzione di tanatogramma a tutte le salme decedute nel Presidio Ospedaliero (nota a tutte le UU.OO di luglio 2005); Presenza di 4 celle frigorifere: allarmate e dotate di rilevazione grafica delle temperatura	B
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021); Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze funebri del 31/10/2017; Incontri periodici con IOF vengono fatti al bisogno	MB
		Indicazione di un'Impresa di O:F: ai familiari	MA	no	Istruzioni Operative –Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021); Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze funebri del 31/10/2017; Incontri periodici con IOF vengono fatti al bisogno	MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma ai familiari	M	no	nota agli Impresari di Onoranze funebri prot. 57865 del 28/03/2017 avente per oggetto la vestizione delle salme Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021); Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze funebri del 31/10/2017; Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	B
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma alle IOF	MA	no	Nota agli Impresari di Onoranze funebri prot. 57865 del 28/03/2017 avente per oggetto la vestizione delle salme; Istruzioni Operative – )Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021); Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze funebri del 31/10/2017; Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	MB
	consegna degli effetti personali della salma all'impresa di OO.FF. delegata o ai familiari	smarrimento effetti personali della salma	M	no	Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Allegato C "Consegna Effetti Personali"	B
		furto effetti personali della salma	MA	no	Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Allegato C "Consegna Effetti Personali"	MB

## P012 – PRESTAZIONI PER MINORI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Redazione della lettera/provvedimento di impegno di spesa	Successivamente all'UVMD che decide l'inserimento residenziale del minore individuando la struttura o l'affidamento dello stesso ad una famiglia, viene effettuata dall'UOC Servizi Sociali e Socio sanitari la lettera/provvedimento di impegno di spesa	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	M	NO	Viene verificato il verbale UVMD per redigere la lettera provvedimento; viene controllata la copertura di spesa prevista dal Bilancio di Parte Sociale e dalla Deliberazione annuale; viene aggiornato lo scadenziario degli inserimenti residenziali	B
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	NO	a carico dell'UOC Bilancio	B
	Acquisizione del visto da parte dell'U.O.C. I.A.F.	Mancata/ errato/ non tempestivo visto sulle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione Fatture Enti Gestori Comunità Educative (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione diarie alle famiglie affidatarie (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario predisposizione diarie (entro un termine predefinito)	B

## P013 - GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione	Il coordinatore verifica la disponibilità delle risorse dopo pianificazione assenze contrattuali del personale medico e infermieristico	Rischio comunicativo: erronea interpretazione della richiesta di assenza personale o mancata comunicazione dell'assenza da parte del personale medico e infermieristico	MB	NO	controllo da parte di medico e coordinatore infermieristico dei turni	B
	Apertura quindicinale delle agende	L'ufficio agende della cooperativa si dimentica di aprire le agende	M	NO	controllo da parte di medico e coordinatore infermieristico dell'apertura agende	B
	L'utente chiede al call center l'appuntamento per la visita medico sportiva, che riguarda quattro tipologie di prestazioni: LEA, portatori di Handicap, over 18 e over 35	Errore dell'operatore del call center sull'assegnazione dell'utente ad una tipologia di prestazione diversa da quella di appartenenza	MB	Si	controllo da parte dell'operatore della cooperativa al momento della prenotazione dell'appuntamento e da parte della segreteria all'accettazione	MB
	L'operatore del call center, dopo aver verificato le generalità dell'utente, età, sport per cui è richiesta la visita e società sportiva di appartenenza e data scadenza certificato, inserisce il nominativo nella lista "garantita" di appuntamento	Errore dell'operatore del call center sull'assegnazione dell'utente ad una lista diversa da quella corretta.	MB	Si	controllo da parte dell'operatore della cooperativa al momento della prenotazione dell'appuntamento	MB
	Terminati i posti disponibili nella lista "garantita", per le stesse tipologie di prestazioni, i nominativi successivi saranno inseriti o in un'altra lista denominata lista "non garantita" del mese corrente o nella lista "garantita" del mese successivo	Mancata o erronea assegnazione dell'appuntamento	MB	NO	procedura formalizzata	B
	L'operatore della cooperativa riceve (all'indirizzo di posta elettronica dedicato), le mail di richiesta da parte delle società sportive, contenenti gli elenchi degli atleti che necessitano di essere visitati	mancata presa in carico della richiesta da parte dell'operatore della cooperativa	MB	Si	controllo eseguito dall'operatore della cooperativa	MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	L'operatore della cooperativa successivamente fornisce l'appuntamento all'utente secondo la lista mensile di prenotazione	Errore dell'operatore della cooperativa che non rispetta l'ordine cronologico di prenotazione	MB	Si	controllo eseguito dall'operatore della cooperativa	MB
Accettazione	L'utente si presenta allo sportello con un appuntamento, la ricevuta di pagamento del ticket se dovuto, la documentazione scaricabile dal sito aulss2 e la richiesta della società quando prevista. La segretaria, dopo identificazione dell'utente controlla la prenotazione e la documentazione necessaria. Infine procede con la registrazione in medarchiver	Errore di identificazione e registrazione dell'utente o mancata verifica della documentazione richiesta	M	NO	procedura formalizzata Il medico non firma il certificato fino a che non ha tutta la documentazione utile	B
	La segretaria verifica se il ticket è dovuto e controlla la ricevuta del pagamento	Mancata verifica dell'appropriatezza del ticket	M	NO	segnalazione per rimborso ticket	B
		Mancato pagamento del ticket e prestazione non effettuata	MA	NO	segnalazione e quindi attivazione recupero credito per prestazione persa	MB
		Mancato pagamento del ticket ed esecuzione della visita	MA	NO	informare l'utente della necessità di pagare il ticket al termine della prestazione e controllare e chiedere di fornire la ricevuta di pagamento	MB
	L'utente non si presenta: la segretaria registra in CUP WEB il codice 99 che prevede il pagamento della penalità	Mancata registrazione in CUP WEB del codice 99	M	NO	conteggio delle mancate presenze su carta e su cupweb al termine della giornata e verifica corrispondenza	B
	L'utente annulla l'appuntamento telefonando al call center Aulss2	L'utente annulla l'appuntamento contattando telefonicamente o tramite mail la segretaria della Medicina dello sport	MB	NO	si informa il personale di segreteria sulle modalità di comunicazione all'utente in caso chiami la medicina dello sport anziché il call center per la disdetta dell'appuntamento	B
Erogazione	Il medico effettua la visita e firma digitalmente il certificato che risulta disponibile online dopo qualche ora se l'atleta è idoneo	Il medico non firma digitalmente il certificato	MA	NO	Controllo tramite applicativo medarchiver	B
		Mancata erogazione della prestazione già in appuntamento per assenze improvvise del personale (malattia o altro) o guasti apparecchiature	M	NO	L'utente viene contattato telefonicamente del mancato appuntamento e se ci sono disponibilità viene proposto un appuntamento successivo	B

## P014 – VALUTAZIONI MEDICO LEGALI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
GESTIONE RICHIESTA	acquisizione utenti da liste (cup/inps) e/o ricezione richieste direttamente da utenti/enti/altre UO e programmazione attività	manipolazione lista d'attesa non motivata da esigenze legittime connaturate alla prestazione (di carattere clinico, normativo, organizzativo)	M	no	accesso alle modifiche limitato a determinati operatori, istruzioni operative per gli operatori, controllo a campione	B
			M	no	definizione di una istruzione operativa	B
			M	no	controllo su liste domande INPS e su tempi attesa delle visite	B
INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE	Nomina commissione se prevista	componente in conflitto di interessi	A	no	sottoscrizione autodichiarazione da parte dei componenti evidenza di astensione nel verbale rotazione ordinaria dei componenti	B
VALUTAZIONE MEDICO LEGALE	valutazione/verifica documentazione clinico-strumentale a supporto del giudizio	utilizzo di documentazione clinica non accettabile/ mancata verifica certificazioni false	MB	no	verifica dei requisiti essenziali della documentazione	B
		violazione catena custodia/sostituzioni campioni nel prelievo per sospetto abuso alcool/sostanze d'abuso	A	no	controllo in tempo reale tramite telecamera appositi kit per catena di custodia	MB
	formulazione giudizio collegiale	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (es. invalidità civile)	M	no	rotazione dei componenti della commissione condivisione tra gli specialisti implicati nelle valutazioni conclusive rispetto alle linee di indirizzo verifica da parte dell'INPS circa i giudizi di invalidità civile formulati dalla Commissione ASL	B
		giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (certificazioni senza supervisione altro istituto)	M	no	rotazione dei componenti della commissione condivisione tra gli specialisti implicati delle valutazioni conclusive rispetto alle linee di indirizzo	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	formulazione giudizio monocentrico	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (relazioni medico legali sinistri o riconoscimento grave patologia, concessione dell'anticipo TFR)	M	no	Comitato Valutazione Sinistri (CVS) valuta coerenza delle relazioni discussione dei casi all'interno dell'unità operativa doppia firma nelle relazioni medico legali rotazione ordinaria del personale	B
	refertazione	errore nel verbale valutazione /certificazione	MA	no	controllo combinato dei componenti della commissione	MB
INFORMAZIONI AGLI UTENTI (RIGUARDA OGNI FASE DEL PPROCESSO)	informazione agli utenti relativamente allo stato delle pratiche, alle normative vigenti ed ai diritti esigibili	fornitura di informazioni non adeguate	MB	no	istruzioni operative per il contatto con l'utente tramite telefono, tramite email e allo sportello	B
COMUNICAZIONE DEL REFERTO	Comunicazione agli utenti e trasmissione del referto alle autorità / eti di riferimento previsti dalla normativa	mancata comunicazione e mancata trasmissione	MB	no	memo per passaggio di consegna tra colleghi	B
VERIFICA PAGAMENTI	liquidazione dei compensi dei componenti	errato computo/errata liquidazione	A	no	operatore amministrativo conteggia partecipazioni a commissioni del singolo e verifica importi delle richieste di liquidazione; direttore UOC effettua verifiche sistematiche a campione	B
ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI	archiviazione documenti	difficoltà nel reperimento pratiche	MB	no	riorganizzare in modo sistematico gli archivi	B

## P018 - ATTIVITÀ ISPETTIVE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione dei piani	Programmazione dei piani operativi di controllo (decisione di	A causa di criteri non rivisti per la selezione delle aziende e/o cantieri da controllare può avvenire una mancata o non conforme programmazione	B	No	Condivisione settimanale della programmazione per distretto	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
operativi di controllo	quali sono le aziende da sottoporre a controllo e del personale ispettivo) e inserimento delle segnalazioni (es. pronto soccorso per infortuni, segnalazioni dei cittadini o da altri Enti di vigilanza o forze dell'ordine) nella programmazione delle attività quotidiane	dei piani operativi di controllo con possibile omissione di ditte e/o cantieri				
Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione controlli - incarico alla squadra di fare una determinata verifica	A causa di mancata segnalazione di conflitto di interesse, si potrebbe verificare una assegnazione a personale con conflitto di interesse e ciò potrebbe comportare una valutazione non oggettiva	M	No	Segnalazione di conflitto di interesse (indicazione di fare una mail). Remind ad ogni riunione mensile sulle norme di comportamento	B
		A causa di preferenze tra colleghi si potrebbe verificare una mancata rotazione del personale in sede di assegnazione dei controlli programmati. Ciò potrebbe comportare una valutazione non oggettiva	M	No	Monitoraggio delle coppie. Remind ad ogni riunione mensile sulle norme di comportamento	B
	Preparazione dell'ispezione (analisi preliminare, acquisizione e verifica documentazione sull'azienda, predisposizione del materiale di supporto)	A causa di superficialità/mancanza di tempo l'Analisi preliminare e/o Documentazione risulta non accurata, non completa e/o non conforme. Allungamento dei tempi di esecuzione delle ispezioni e possibile valutazione incompleta o imprecisa	MB	Sì		MB
Effettuazione del sopralluogo	Sopralluogo	A causa di sopralluogo non effettuato da una coppia di tecnici, ci si espone a un maggior rischio di pressioni da parte delle aziende ispezionate, con un mancato rispetto delle norme aziendali anticorruzione	MA	NO	L'ispezione viene fatta sempre da almeno 2 persone, i componenti della coppia ruotano	MB
			A	NO	un tecnico per ogni distretto a rotazione effettua un controllo dei verbali con una checklist	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza si potrebbe effettuare un sopralluogo non conforme rispetto a quanto previsto da normativa o il sopralluogo potrebbe non essere effettuato, ciò può portare a mancanza di equità tra operatori e tra aziende vigilate	MA	NO	In caso di ditta aperta obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata e dei due tecnici della prevenzione. In caso di ditta chiusa programmare nuovo sopralluogo. Verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso il controllo delle pratiche in firma del Direttore e controllo reportistica di attività individuale	B
	A		NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B	
	A		NO	corsi di formazione regionali/aziendali dedicati al servizio SPISAL	B	
	A		NO	un tecnico per ogni distretto a rotazione effettua un controllo dei verbali con una checklist	B	
		A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza il verbale di accesso potrebbe non essere presente o non conforme agli esiti dell'attività ispettiva. Ciò comporta un'omissione di un atto di ufficio previsto da procedura aziendale	MA	NO	In caso di ditta aperta: obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata e dei due tecnici presenti In caso di ditta chiusa: programmare nuovo sopralluogo Verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso i verbali messi in firma dal direttore	B
	A		no	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B	
	A		No	corsi di formazione regionali/aziendali dedicati al servizio SPISAL	B	

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
			A	No		B	
Verbalizzazioni e	Stesura Verbale di prescrizione/sanzione amministrativa	A causa di mancanza di esperienza il verbale/relazione potrebbe non essere accurato e/o non conforme alla normativa, comportando la stesura di un atto non conforme o incompleto. Ciò comporta la possibilità di utilizzare l'atto in un possibile procedimento penale o civile per mancanza di elementi essenziali	MB	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B	
		A causa di superficialità il verbale/relazione potrebbe non essere conforme agli esiti dell'attività ispettiva	MB	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (risultati dell'audit sui fascicoli)	B	
			A	NO	corsi di formazione regionali/aziendali dedicati al servizio SPISAL	B	
			MB	NO	firma degli operatori + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio	B	
	Notifica verbale	A causa di mancanza di esperienza si potrebbero verificare errori formali nella procedura di notifica, errori di valutazione nella scelta dei tempi concessi per la regolarizzazione. Ciò comporta l'annullamento del documento emesso		A	No	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio.	B
				A	no	corsi di formazione regionali/aziendali dedicati al servizio SPISAL	B
				M	NO	obbligo di presenza di 2 persone obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata	B
	Verifica adempimenti	Sopralluogo di verifica	A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza si potrebbe eseguire un sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa	A	No	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B
A causa di errore umano si potrebbe eseguire un controllo fuori dai termini previsti rendendo l'atto annullabile			A	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B	

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Verifica adempimento Documentale	A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza si potrebbe eseguire una verifica documentale non conforme rispetto a quanto previsto da normativa / fuori dai termini previsti	A	NO	obbligo di valutazione da parte di 2 operatori. verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio.	B
			A	No	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B
	Ammissione al pagamento	a causa di superficialità o mancanza di esperienza si potrebbero commettere errori nel calcolo della sanzione pecuniaria da comminare	B	NO	firma degli operatori + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio	B
	Verifica pagamento - la ditta deve inviare una copia dell'avvenuto pagamento che viene allegato in fascicolo	a causa di mancata verifica o un mancato rilevamento di difformità tra la cifra prevista e quella pagata, comporta un ulteriore aggravamento dei tempi nell'iter amministrativo	MB	NO	Controllo da parte dei 2 tecnici titolari su ciascuna pratica + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio.	B
Chiusura pratica	Per tutte le sanzioni di tipo penale: Invio atti in Procura	a causa di superficialità/ svista/inesperienza ci potrebbe essere un invio di fascicolo privo di elementi sostanziali o formali (allegati, firme) con conseguente allungamento iter	B	NO	Controllo da parte dei 2 tecnici titolari su ciascuna pratica + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio Controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione informatica pratica	a causa di superficialità/svista si potrebbe verificare un'archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, con la conseguente mancata chiusura	B	NO	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione fisica pratica	a causa di superficialità/svista l'archiviazione potrebbe avvenire in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento, con la conseguente difficoltà di ricerca a posteriori	B	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B

## P019 - CERTIFICAZIONI SANITARIE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricezione richiesta o prenotazione	Inserimento in calendario	Non corretto inserimento in calendario L'operatore può inserire in precedenza richieste dietro compenso	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Preparazione cartella clinica	Verifica precedenti in archivio	Mancato rilevamento di precedenti in archivio e del loro contenuto informativo	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Apertura nuova cartella e rilevamento dati anamnestici generali	Errori materiali nella intestazione della cartella; incompletezza nella assunzione delle informazioni anamnestiche	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Pagamento prestazione	Verifica pagamento prestazione	Mancata verifica del pagamento della prestazione; imputazione di voci di pagamento errate per la prestazione prevista	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Esecuzione visita medica	Visita medica	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Accertamenti strumentali	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Compilazione certificato o relazione	Compilazione certificazione	Errori materiali nella compilazione del certificato; errori formali rilevanti ai fini del valore legale del certificato	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Consegna certificato	Consegna certificazione	Errori materiali nella consegna del certificato	B	NO	Firma di trasmissione del Dirigente/Direttore	B
Chiusura prestazione	Archiviazione cartella ambulatoriale/pratica	Errori fisici nella archiviazione della cartella ambulatoriale	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B

## P020 - RILASCIO AUTORIZZAZIONI / PARERI PREVENTIVI (NON CORRELATI ALLA PERSONA)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istanza	Presenza in carico diretta della pratica da parte dell'operatore che accede ai Sistemi Informatici Comunali (SUAP) o consegna brevi manu	Mancato o ritardato avvio della pratica	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
		pratica gestita da personale in conflitto di interessi	MB	NO	segnalazione dei conflitti di interesse (indicazione di fare una mail)	B
	Verifica della presenza di tutti gli elementi necessari all'avviamento della pratica (ad es. Protocollo aziendale)	Avvio della pratica con documentazione incompleta.	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Sopralluogo (solo per distributori carburanti).	Modalità di effettuazione del sopralluogo (ove previsto)	Irregolarità amministrative nelle modalità di effettuazione del sopralluogo (orario di lavoro o fuori, compensi, autorizzazioni)	MB	NO	Autorizzazione del Direttore/Ufficio Personale	B
	Controlli tecnici e misure in corso di sopralluogo	Mancata verifica/registrazione parametri o situazioni rilevanti	MB	NO	formazione e confronto tra operatori specializzati	B
	Verifica delle prescrizioni previste da precedenti sopralluoghi	Mancata verifica del rispetto delle prescrizioni previste da precedenti sopralluoghi	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Rilascio autorizzazione/parere/certificato	Stesura parere	Rilascio autorizzazioni/pareri in assenza di idoneità normativa.	MB	NO	Controllo del contenuto e della forma del parere da parte del dirigente di area e firma del direttore	B
	Invio parere	Rilascio autorizzazioni/pareri fuori dei termini previsti	MB	NO		B
Richiesta pagamento bollettino e incasso (solo per distributori carburanti e linee vita)	Richiesta pagamento	Mancata richiesta pagamento del bollettino	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Accertamento cifre da pagare	Pressioni al personale al fine di richiedere il pagamento del bollettino con tariffe diverse rispetto al servizio erogato (condizioni sfavorevoli per l'azienda)	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Verifica avvenuto pagamento	Pressioni al funzionario al fine di non esigere l'incasso del bollettino richiesto ma non incassato per il rilascio di pareri	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Chiusura pratica	Archiviazione informatica pratica	Archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, mancata chiusura	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Archiviazione fisica pratica	Archiviazione in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B

## P023 – GESTIONE DELL'INVENTARIO

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Analisi del fabbisogno aziendale	analisi delle esigenze aziendali ambito edilizia e impiantistica	inserimento di interventi non previsti dal programma dei lavori pubblici triennale o viceversa	MB	no	verifica che tutti i gli interventi previsti dal programma triennale siano inseriti nel piano investimenti	B
	analisi delle esigenze aziendali ambito hardware e software	inserimento di interventi non correlati ad obiettivi a livello regionale o interno	B	sì		B
	analisi delle esigenze aziendali ambito attrezzature sanitarie	inserimento di acquisti che non tengono conto delle tempistiche necessarie per l'iter da espletare e del tempo tecnico di consegna, degli eventuali interventi edili/impiantistici necessari	MB	sì		MB
	analisi delle esigenze aziendali ambito ambulanze e mezzi di soccorso	inserimento di acquisti che non tengono conto delle tempistiche necessarie per l'iter da espletare e del tempo tecnico di consegna, degli eventuali interventi edili/impiantistici necessari	MB	sì		MB
	analisi delle esigenze aziendali ambito altri beni	mancato inserimento di acquisti necessari considerata la vetustà dei beni presenti/avvio di nuovi servizi		B	sì	

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
valutazione e verifica delle proposte, con particolare riferimento alle risorse	consolidamento delle proposte arrivate ai singoli referenti da parte dell'uo contabilità e bilancio	mancato / errato inserimento di proposte	B	sì		B
	valutazione delle proposte sulla scorta delle fonti di finanziamento conosciute di derivazione regionale, nazionale, vincolate o da terzi o aziendali	errata individuazione delle fonti di finanziamento	B	sì		B
Piano investimenti e autorizzazioni di spesa	programmazione triennale attraverso il piano triennale degli investimenti allegato al bilancio preventivo annuale. Lo stesso in particolare per l'edilizia è la declinazione di quanto già previsto nel programma dei lavori pubblici. Ogni riga del piano investimenti è identificata da un codice univoco e ad ogni riga possono essere associate più autorizzazioni di spesa (tante quante le fattispecie di fonte di finanziamento)	errata rendicontazione e contabilizzazione del piano investimenti - errato controllo dello stato avanzamento degli interventi previsti nel piano investimenti	M	no	utilizzo del codice univoco della riga del piano investimenti per raccordare piano investimenti e qualità	MB
	identificazione dei cespiti cui associare i lavori di manutenzione o di nuova costruzione	La non corretta scelta del cespite a cui assegnare l'intervento comporta, con il collaudo, un incremento del valore contabile del cespite e di conseguenza un incremento del corrispondente valore di ammortamento e, in caso di demolizione o vendita o dismissione, una differente valorizzazione della minusvalenza/plusvalenza che si va ad ottenere	M	no	applicazione della corretta procedura per l'individuazione / creazione del cespite, come da procedura aziendale	MB
	inserimento manuale schede cespite	errato inserimento delle informazioni richieste dalla scheda cespite	MB	sì		MB
ordine e carichi cespiti mobili	procedura di prenotazione del cespite	a causa della mancata applicazione della procedura di prenotazione del cespite è	MB	sì		MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		possibile che ci sia una mancata quadratura tra libro cespiti e contabilità generale				
	arrivo merce cespiti mobili	non corretta registrazione dell'arrivo merce e caricamento del tipo operazione (nuovo carico, completamento, manutenzione straordinaria)	MB	sì		MB
ordine e carichi cespiti immobili	registrazione dell'incremento dei cespiti immobili mediante l'utilizzo dei codici fase come da procedura	l'errato utilizzo del codice fase comporta una non corretta contabilizzazione delle fatture	MB	sì		MB
verifiche di quadratura tra cespiti e contabilità generale	raccordo fra piano investimenti e autorizzazioni di spesa	mancato inserimento in piano investimenti di interventi non previsti nel bilancio economico preventivo	MB	sì		MB
	riscontro degli importi capitalizzati e immobilizzazioni in corso	errata contabilizzazione	MB	sì		MB
	chiusura delle liquidazioni	errata contabilizzazione	MB	sì		MB
gestione dei trasferimenti dei cespiti mobili	il consegnatario dei beni di ciascuna uu.oo., previa autorizzazione dei responsabili delle aree tecniche di riferimento, segnala il trasferimento all'ufficio inventario mediante apposito modulo	errata registrazione contabile della collocazione fisica del cespite mobile	M	si		M
	in caso di apparecchiature radiologiche, il referente per le comunicazioni all'inail effettuerà apposita comunicazione	sanzione amministrativa da parte dell'inail	M			M
gestione dei fuori uso	valutazione dello stato di conservazione dei beni assegnati all'u.o. e proposta all'ufficio inventario di ritiro per fuori uso	messa in fuori uso di beni ancora utilizzabili	MA	no	l'ufficio inventario trasmette all'area tecnica di competenza la richiesta di parere sulla proposta di fuori uso	B
	predisposizione e approvazione della delibera "fuori uso" e registrazioni contabili conseguenti	errata contabilizzazione del fuori uso	M	no	verifica della corretta registrazione dei fuori uso in navision	#VALORE!
gestione eventuali cessioni	per apparecchiature funzionanti: predisposizione e pubblicazione dell'avviso di alienazione	errori/omissioni nella predisposizione dell'avviso	M	no	l'avviso di alienazione è pubblicato nel sito internet aziendale per 15 giorni	#VALORE!

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	comunicazione al bilancio dei dati per l'eventuale emissione della fattura attiva e relativa emissione => Processo P007 - Fatturazione attiva					
	qualora non vada a buon fine l'avviso di cessione a titolo oneroso, destinazione alla solidarietà internazionale o donazione ad organizzazioni senza scopo di lucro					
gestione furti / smarrimenti	il consegnatario dovrà presentare tempestiva denuncia all'autorità competente	la denuncia non è tempestiva	M	Sì		M
	denuncia del sinistro all'assicurazione	risarcimento sottostimato / mancato risarcimento	M	Sì		M
	comunicazione all'ufficio inventario e registrazioni conseguenti	errata registrazione in nav	M	Sì		M

#### P024 – AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI ESECUZIONE DEI LAVORI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
<b>Fase: Programmazione</b> Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	Analisi dei fabbisogni	Attribuzione di priorità di opere pubbliche finalizzata a favorire un determinato operatore economico	M	no	Intervento di più soggetti nel procedimento per la definizione dei documenti di programmazione di cui all'art. 21 del D.lgs. n. 50/2016	B
		Definizione dell'importo a base di gara in modo da eludere le norme sull'evidenza pubblica (ad esempio artificioso frazionamento)	M	no	Controlli RUP su progetti effettuati dai tecnici e Intervento di più soggetti nel procedimento	B
		Scelta di procedura negoziata senza bando e affidamento diretto/affidamento d'urgenza al di fuori dei casi previsti dalla normativa	M	no	Attestazione dell'avvenuta verifica che non sussistono al momento sia dell'indizione che dell'aggiudicazione convenzioni attive stipulate	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					dalla centrale di committenza regionale e/o da Consip s.p.a.	
	Redazione/Aggiornamento/Adozione/Pubblicazione del programma triennale dei lavori pubblici	Programmazione non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	M	no	Definizione della programmazione condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma annuale dei lavori da avanzare alla Direzione Generale	B
		Inserimento di interventi straordinari non previsti nel piano degli investimenti o interventi ordinari non previsti nel BEP	M	no		B
	Pubblicazione Programma triennale dei lavori	Mancata pubblicazione del Programma lavori nel sito aziendale "Trasparenza" e/o nel sito del MIT Non rispetto del Piano degli Investimenti approvato dalla Direzione Generale	M	no	Pubblicazione annuale del Piano degli Investimenti	B
<b>Fase: Progettazione:</b> La scelta dei soggetti qualificati (interni o esterni) per la redazione delle progettazioni è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici	Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti del Gruppo Tecnico	Nomina del responsabile del procedimento (RUP) e dei Componenti del Gruppo Tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la terziarietà e l'indipendenza	MB	no	Procedure interne che individuino criteri di competenza nella nomina del RUP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso. Costituzione Gruppo Tecnico con figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento (affidamento di servizi di ingegneria e architettura/supporto al RUP/verifica), come previsto dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse e cause di incompatibilità in relazione allo specifico oggetto della procedura di affidamento. Monitoraggio dei lavori di redazione degli atti di gara.	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti con improprio utilizzo di sistemi di affidamento o tipologie contrattuali per favorire un operatore. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione	MB	no	Motivazione nell'atto di indizione, in ordine sia alla scelta della procedura, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		del valore stimato del contratto al fine di eludere disposizioni su procedure			Consig/Centrale di Committenza Regionale o il ricorso all'utilizzo di strumenti di acquisto quali l'e-procurement	
	Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare ricorso alla procedura negoziata. Affidamenti diretti in economia	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa. Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire un'impresa	M	no	Applicazione del Regolamento acquisti e lavori in economia. Utilizzo di sistemi informatizzati attivati presso le centrali di committenza per l'individuazione degli operatori da consultare	B
	Procedure negoziate	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi consentiti dalla legge	M	sì		M
	Procedure negoziate/Affidamenti in esclusiva	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo dell'affidamento diretto al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa	M	no	Utilizzazione di modelli e clausole <i>standard</i> conformi alle prescrizioni normative e tenuto conto della procedura da affidare (sopra/sotto soglia, oggetto del contratto) - Bandi Tipo Anac	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di evidenza pubblica, con improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara d'appalto	M	no	Verifica della situazione di fatto che si intende affidare; solo nel caso in cui ne ricorrano i presupposti (ad es. carenza di finanziamenti per completare un'opera pubblica) si potrà utilizzare lo strumento della concessione di costruzione e gestione (es. partenariato pubblico-privato, <i>project financing</i> e <i>leasing</i> immobiliare)	B
	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione. Predisposizione del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Obbligo di dettagliare nel bando di gara, in modo trasparente e congruo, i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta. Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					Previsione in tutti i bandi, avvisi e lettere invito o nei contratti adottati, di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze nelle clausole contenute nel Protocollo di Legalità o Patto d'Integrità Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai Bandi Tipo redatti dall'Anac e il rispetto della normativa anticorruzione	
	Definizione dei criteri di partecipazione/requisiti di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnici economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa. Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	M	no	Predisposizione della documentazione di gara standardizzata per tipologia di procedura d'appalto predisposta in conformità alle prescrizioni del Codice. Rispetto delle prescrizioni del Codice in merito all'indicazione di criteri e punteggi nella <i>lex specialis</i> di gara. Distinzione dei requisiti di qualificazione/elementi di valutazione, salvo casi eccezionali, espressamente previsti dalla giurisprudenza, di utilizzo ai fini di valutazione di elementi attinenti l'esperienza e la capacità maturate	B
	Verifica Progettazione/Validazione	Progetto posto a base di gara senza verifica approfondita/senza specifiche prescrizioni per agevolare determinate imprese. Servizio svolto da soggetti non previsti dall'art. 26 del D.Lgs.50/2016	M	no	Individuazione dei verificatori tra figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento, come previsto dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida	B
<b>Fase: selezione del contraente.</b> Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice,	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Pubblicità inadeguata o non conforme a quanto previsto dalla normativa. Mancata messa a disposizione dei concorrenti della documentazione integrativa dal bando, disciplinare lettera d'invito	M	no	Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari entro i termini	B
	Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Utilizzo di tempistiche molto strette e accelerate al fine di favorire la partecipazione solo di alcuni operatori. Concessione di proroghe al termine	M	no	Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte. Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione delle offerte	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica		previsto per la presentazione delle offerte non motivata da ragioni oggettive.				
	Trattamento e custodia della documentazione di gara	Mancata custodia della documentazione di gara presentata dai concorrenti che può permettere una alterazione dei documenti presentati. attenzione con le gare svolte tramite piattaforme digitali il rischio è pressoché' azzerato il rischio pertanto è trasferito alle aziende che gestiscono le piattaforme.	M	no	Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta. Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione	B
	Nomina della commissione di gara	Mancato rispetto del procedimento che regola la nomina commissione di gara.	M	no	Rispetto delle prescrizioni di legge e delle Linee Guida Anac relative alla nomina delle Commissioni Giudicatrici. Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di astensione ai sensi dell'art. 84 del Codice degli Appalti e art. 51 del Codice di Procedura Civile (conflitto di interessi). Sottoscrizione da parte dei componenti la Commissione Giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti d'interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti	B
	Gestione delle sedute di gara/Verifica dei requisiti di partecipazione	Esclusione di partecipanti alla gara senza che sussistano le motivazioni previste dalla normativa vigente. Mancato ricorso al soccorso istruttorio per sanare carenze documentali o ricorso al soccorso istruttorio per carenze sanabili.	M	no	Puntuale verbalizzazione di ogni seduta Check List di controllo dei documenti previsti dal bando di gara	B
	Valutazione delle offerte	Carenza delle motivazioni in base alle quali si sono attribuiti i punteggi. Valutazioni approssimative e prive di fondamento.	M	no	Utilizzo delle formule di aggiudicazione come riportate nella documentazione di gara (si vedano Bandi Tipo e Linee Guida Anac). Apertura in seduta pubblica delle offerte tecniche Composizione della Commissione Giudicatrice con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Verifica di anomalia delle offerte	Mancato rispetto del procedimento di verifica dell'anomalia indicato dall'art. 97 del codice.	M	no	Supporto degli uffici della S.A. al RUP per la valutazione delle giustificazioni all'anomalia dell'offerta. Valutazione dell'anomalia dell'offerta affidata alla Commissione Giudicatrice o ad hoc (nel caso di procedura di gara da aggiudicare con il criterio dell'OEPV Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia	B
	Annullamento della gara Revoca del bando Non aggiudicazione	Utilizzo improprio degli istituti di annullamento della procedura di gara, di revoca della procedura. Ritardi e/o mancata aggiudicazione.	M	no	Acquisizione del parere sulla revoca del bando da parte della Direzione Generale Espressa motivazione, nel caso di specie, della revoca del bando o di annullamento o non aggiudicazione della gara	B
<b>Fase: Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</b> La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Mancata/errata verifica dei requisiti e omissione dei controlli previsti per legge.	M	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Utilizzo delle piattaforme informatiche preposte e del sistema AVCPass	B
	Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni	Mancato rispetto delle regole relative alla pubblicità degli esiti di gara stabiliti dalla normativa.	M	no	Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice	B
	Formalizzazione dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	M	no	Verifica della motivazione addotta per il ritardo nella stipula	B
	Individuazione Direttore dei Lavori	Mancato rispetto delle norme che regolano la nomina dell'ufficio di Direzione lavori. Ricorso improprio a professionisti esterni.	MB	no	Procedura di scelta del professionista esterno: definizione dei criteri di scelta e verifica delle condizioni di incompatibilità	B
			M	no		B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
<b>Fase: Esecuzione del Contratto</b> momento in cui l'esecutore pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto	Autorizzazione al subappalto	Carenze istruttorie nella procedura di autorizzazione al subappalto, errori di valutazione.	MB	no	Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. Applicazione del Protocollo di Legalità	B
	Ammissione delle varianti/modifiche (ai sensi dell'art. 106 del D.lgs. 50/2016)	Approvazione di una modifica contrattuale non ammessa dalla normativa vigente	M	no	E' prevista una pubblicità degli atti e la comunicazione all'Osservatorio degli Appalti e all'Autorità di Vigilanza	B
		Utilizzo di modifiche contrattuali per scopi diversi da quelli stabiliti dalla normativa per coprire eventuali errori progettuali o remunerare l'Appaltatore.	MA	no	Rispetto delle prescrizioni del codice degli appalti relative alla redazione delle varianti che dovranno essere autorizzate con provvedimento dell'amministrazione adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative. Previsione negli atti di gara dell'eventuale possibilità di ricorso a modifiche del contratto e, in caso di attuazione, pubblicazione come dà indicazioni del Codice di Contratti	B
	Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o errata effettuazione di controlli previsti dalla normativa I controlli sono: tecnici: tutti i controlli specifici all'aspetto tecnico svolti in relazione alle prescrizioni dei capitolati speciali descrittivi e prestazionali e le normative tecniche di settore; amministrativi: sono controlli volti ad accertare la conformità degli atti; contabili: controlli finalizzati a verificare l'esatta quantificazione economica delle prestazioni eseguite. Carenza di controlli sull'esecuzione dei lavori	MA	no	Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti attraverso indicatori specifici Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto	B
	Verifica disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel PSC/DUVRI <i>Attenzione questa attività sono regolate e sanzionate anche penalmente non so se dobbiamo inserirle</i>	MB	no	Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. Applicazione delle misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)					
	Gestione delle riserve formulate dall'Appaltatore	Carente istruttoria nella gestione delle riserve, accoglimento di riserve non riconoscibili, o rigetto generico di riserve che hanno fondamento	M	no	Verifica ai sensi dell'art. 26 del D.lgs. 50/2016 della progettazione a base di gara	B
	Gestione delle controversie Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Ricorso agli istituti previsti per la risoluzione delle controversie fuori da casi stabiliti dalla normativa vigente	M	no	Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo all'applicazione dell'Accordo Bonario. Indicazione degli atti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati	B
	Liquidazione dei corrispettivi dovuti agli appaltatori	Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010. Ritardi nei pagamenti che possono generare richieste di interessi	MB	no	Predisposizione di modulistica specifica, in condivisione col S.E.F., e acquisizione dei dati in sede di gara	B
<b>Fase: Rendicontazione del contratto</b> L'Amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori	Nomina del collaudatore/o della commissione di collaudo	Mancato rispetto delle norme che regolano la nomina dei collaudatori	M	no	Rispetto degli artt. 36, 102 e 157 del D.lgs. 50/2016	B
	Rilascio del certificato di collaudo o del Certificato di regolare esecuzione	Ritardi nell'emissione del Collaudo o del CRE	M	no	Definizione di specifica procedura per verifica dell'esecuzione dei contratti	B
		Mancata o errata effettuazione delle verifiche ed dei controlli previsti dalla normativa e dalle regole tecniche che regolamentano la materia. Compiti collaudatore o DL verificare e certificare che l'opera o il lavoro sono stati eseguiti a regola d'arte e secondo le regole tecniche prestabilite, in conformità del contratto, delle varianti e conseguenti atti di sottomissione debitamente approvati;	MB	no	Liquidazione rata a saldo dei lavori a seguito di collaudo positivo	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- verificare che i dati risultanti dalla contabilità e dai documenti giustificativi corrispondono tra loro e con le risultanze di fatto; Comprende altresì tutte le verifiche tecniche previste da leggi di settore.</li> <li>- esaminare le riserve dell'appaltatore sulle quali non sia intervenuta una risoluzione definitiva in via amministrativa, qualora iscritte nel registro di contabilità e nel conto finale nei modi e termini prescritti</li> </ul>				

## P038 - GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE (DCR)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ricezione ricette		accettare numero di ricette/promemoria difformi dal dichiarato	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra numero di ricette rosse SSN, AIR - Assistenza Integrativa Regionale (diabete IVA al 22% e dietetici) e di promemoria consegnate dalle farmacie rispetto a quanto dichiarato in DCR	B
		accettare numero di fogli di registro ordinari e di disservizio difformi da quanto dichiarato	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero di fogli di registro ordinari e di disservizio consegnati e quanto dichiarato in DCR	B
		accettare numero di ricette DPC (Distribuzione Per Conto) difforme da quanto indicato nella fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette DPC (Distribuzione Per Conto) e il numero indicato nella fattura cartacea	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		accettare numero di ricette DPC (Distribuzione Per Conto) difforme da quanto indicato nella fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette/moduli AIR Diabete IVA al 4% e il numero indicato nella fattura cartacea	B
		accettare un numero di ricette/moduli Sjiogren difforme da quanto dichiarato in fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette/moduli Sjiogren e il numero indicato nella fattura cartacea	B
registrazione dei dati principali della DCR previsti dalla piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale per la successiva produzione dei mandati di pagamento	inserimento manuale dei valori economici e del numero di ricette/promemoria e fogli di registro (ordinari e di disservizio) previsti, oltre ai dati relativi all'AIR diabete IVA al 4% e dietetici	imputazione errata dei valori economici e numero di ricette/promemoria e/o fogli di registro	M	no	doppio controllo, ossia due amministrativi (a volte anche un dirigente in caso di necessità), provvedono a inserire i valori dalla DCR nel file Excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista controllo da parte di un altro operatore del successivo report scaricabile dalla piattaforma	B
	inserimento delle rettifiche contabili in accredito o in addebito e degli acconti in dare o avere	errata imputazione dei valori economici	M	no	l'operatore verifica da documenti differenti i valori immessi verificando il corretto risultato complessivo (vengono verificati gli importi dei valori immessi attraverso il confronto con altri file in precedenza prodotti e pure con documenti cartacei) controllo da parte di un altro operatore del successivo report scaricabile dalla piattaforma	B
registrazione dei dati principali delle fatture DPC (IVA al 22%) e AIR diabete (IVA al 4%) per la successiva produzione della statica da trasmettere in regione che concorrono a determinare il rispetto dei tetti di spesa	inserimento manuale dei valori economici, del numero di ricette e dei pezzi (solo per la DPC) relativi all'AIR diabete IVA al 4% e DPC sia nella piattaforma della ditta (solo per la DPC) sia in file Excel	imputazione errata dei valori economici, numero di ricette e/o pezzi per la DPC con alterata statistica per la Regione del Veneto	M	no	due amministrativi (a volte anche un dirigente in caso di necessità) provvedono a inserire i valori dalla DCR in due distinti fogli Excel e si confrontano i dati economici inseriti nel file Excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista un operatore confronta a livello centrale (aziendale) i file Excel provenienti dai distretti	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
registrazione dei dati principali della DCR previsti dalla piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale per la successiva produzione dei mandati di pagamento	validazione dei dati importati nella piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale che risultano così bloccati per la successiva fase di produzione dei mandati di pagamento	errata verifica della DCR con il dato presente in piattaforma	M	no	chi valida le DCR inserite nella piattaforma è un altro operatore rispetto a colui che ha inserito i dati tramite importazione (la validazione delle DCR presenti nella piattaforma, a seguito dell'importazione del foglio Excel predisposto, è eseguita verificando, da un operatore diverso, il dato evidenziato dalla piattaforma con i valori presenti nelle singole DCR cartacee presentate dalle farmacie)	B
download di file massivi con tutte le informazioni utili per la produzione dei mandati di pagamento		errata validazione delle DCR e conseguentemente errata produzione dei mandati di pagamento	M	no	l'operatore che verifica per l'intera azienda è una differente persona rispetto a chi svolge la fase 2 (si verificano i dati complessivi delle singole voci principali (valore economico netto) presenti in DCR sia per distretto sia per l'intera azienda ulss, confrontandoli con i file prodotti dai singoli distretti)	B
download dei due file HTML complessivi da trasmettere al tesoriere aziendale (banca)		errati valori dei file da trasmettere alla banca e/o esclusione di alcune farmacie	M	no	verifica il dato complessivo in termini di importo netto e di numero di farmacie (eventuale esclusione di determinate farmacie se soggette a provvedimenti di ingiunzione del tribunale o per precedenti verifiche risultate positive in termini di inadempienza nei confronti di Equitalia) dei file html prodotti per la trasmissione in banca, confrontandoli con i dati ottenuti nei file Excel trasmessi dai singoli distretti e dai file ricavati dalla piattaforma	B
produzione della comunicazione per il SEF per il seguito di competenza e per la produzione della lista di trasmissione in Navision	Predisposizione della lettera con tutte le voci necessarie concordate con il SEF per il seguito di competenza e per la produzione della lista di trasmissione in Navision	errato invio al SEF	M	no	l'invio della mail avviene con formato standard istruzioni contenute nel vademecum creato per gli amministrativi del servizio farmaceutico	B
upload dei due flussi HTML nella piattaforma della banca	upload dei due flussi HTML nella piattaforma del tesoriere aziendale (banca), per i successivi pagamenti alle farmacie secondo le date di valuta indicate nello stesso file	IBAN e importo modificato e non corrispondente al dovuto	M	no	l'upload viene effettuato da un operatore diverso rispetto all'operatore che effettua il download report da parte della banca quale resoconto dei pagamenti effettuati alle varie farmacie resoconto dalla piattaforma alle farmacie relativamente agli importi liquidabili	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	HTML e download delle comunicazioni prodotte da tale piattaforma a conclusione delle due operazioni					
produzione della comunicazione per il tesoriere ed il SEF per la creazione del mandato	Predisposizione della lettera con voci necessarie definite dal tesoriere (nome flusso, importo, numero farmacie, data di valuta, mese di competenza) per il seguito di competenza, trasmessa per pec	errata indicazione dei valori economici	M	no	predisposizione della comunicazione da parte del dirigente e successiva verifica da parte di un operatore dei dati riportati prima di inviare la pec con firma digitale	B

**P039 - ACQUISTO DI SERVIZI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (ACCREDITATI)**

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Accreditamento delle strutture	Ricerca e verifica provvedimenti di autorizzazione esercizio / accreditamento istituzionale	A causa di mancanza di comunicazione di informazioni circa l'autorizzazione/ accreditamento si potrebbe verificare erroneamente i provvedimenti di autorizzazione giungendo a remunerare strutture non legittimate	MB	no	Procedura Servizio Qualità e Accreditamento e DAT per disciplinare le comunicazioni inerenti i provvedimenti di aggiornamento dell'autorizzazione dell'esercizio e dell'accREDITamento delle strutture	B
					Un operatore registra in un file Excel disponibile nella share i provvedimenti di autorizzazioni all'esercizio/accreditamento trasmessi con la relativa scadenza. L'operatore addetto alla liquidazione verifica periodicamente la validità delle autorizzazioni/accreditamenti segnalando alla struttura accreditata/Servizio Qualità e AccREDITamento i provvedimenti di prossima scadenza e non ancora rinnovati. Set up dell'applicativo informatico deputato alla ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali trasmessi dalle strutture alle	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					sole prestazioni/branche specialistiche accreditate e alle validità indicate nei provvedimenti regionali	
	Ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali	Si potrebbe verificare un inserimento errato in easycat, assegnando prestazioni non accreditate alla struttura	MB	no	Un altro operatore controlla la correttezza dell'inserimento nell'applicativo informatico deputato alla ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali trasmessi dalle strutture dei codici delle prestazioni/branche specialistiche accreditate e delle validità indicate nei provvedimenti regionali	B
	Verifica validità della comunicazione/informazione antimafia preventivo alla stipulazione dell'accordo di budget	A causa di pressioni dall'esterno l'operatore potrebbe omettere di inserire la richiesta nel portale del ministero giungendo a remunerare prestazioni a strutture non legittimate	MB	no	Il direttore verifica l'esistenza di un protocollo di ingresso dell'inserimento della richiesta nel portale del ministero nel report o attraverso l'acquisizione della copia della richiesta/esito della dichiarazione antimafia	B
Recepimento Budget da Azienda Zero	Recepimento Budget da Azienda Zero	A causa dell'inserimento manuale del dato ci potrebbero essere errori nella stesura della delibera aziendale per il recepimento del budget	B	no	Determinazione dell'impegno di spesa scorporandolo dell'incidenza del ticket e di eventuali scontistiche concordate	B
Contrattazione del budget	Verifica esistenza di incompatibilità per il personale che, a qualsiasi titolo, lavora presso le strutture	A causa di: - errori di inserimento/comunicazione di dati forniti da parte della struttura - mancanza di aggiornamento del database regionale si potrebbe erroneamente non rilevare profili di incompatibilità e si potrebbe giungere alla risoluzione del contratto/revoca accreditamento	M	no	Modello uniforme per la rilevazione dei dati del personale delle strutture	B
	Contrattazione e stipula accordo di budget sul mix di prestazioni e della scontistica da effettuare	Pressioni al soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget al fine di proporre assegnazione di prestazioni secondo criteri non oggettivi	MA	no	Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti); - riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche; - localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta; - dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					apparecchiature); - contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre Ulss.	
	Contrattazione e stipula accordo di extra budget su mix delle prestazioni e della scontistica da effettuare	Pressioni al soggetto interessato dalla negoziazione del budget al fine di assegnare un numero di prestazioni elevato di extra budget	MA	no	Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti); - riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche; - localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta; - dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature); - contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre Ulss.	MB
Monitoraggi o del budget assegnato	Estrazione delle prestazioni erogate e confronto della proiezione al 31/12 con il budget contrattato	se non viene monitorato costantemente il livello di utilizzo delle prestazioni contrattate con ciascun erogatore accreditato, potrebbe non esserci un'efficiente allocazione delle prestazioni con un conseguente allungamento (o mancato contenimento) delle liste di attesa	MB	no	verifica sui totali riportati nei report: - delle prestazioni rispetto al budget deliberato - dei totali rispetto ad easycat	B
	Segnalazione dei casi di scostamento dal 1/12 (mensile) del budget assegnato (10% per gli ambulatoriali, 15% per gli erogatori ospedalieri)	mancato rispetto delle disposizioni regionali	MB	no	verifica sui totali riportati nei report: - delle prestazioni rispetto al budget deliberato - dei totali rispetto ad easycat	B
Liquidazione prestazioni	Acquisizione delle fatture e verifica che il totale fatturato corrisponda al totale delle prestazioni inserite nell'applicativo	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	MB	no	Estrazione del report easycat "scheda fornitore" e verifica della distinta delle prestazioni addebitate, in caso di storno e riaddebito di prestazioni erogate nei mesi precedenti (previo nulla osta non bloccante del controllo di gestione e della DAT),	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	easycat e ricezione attestazione di assenza errori bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione				con verifica della quadratura del totale erogato con il totale fattura	
	Ricezione attestazione di assenza errori bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	M	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale incaricato alla liquidazione e il supervisore incaricato al controllo verificano il rispetto dell'extra budget annuo assegnato, evidenziando le eccedenze sullo stesso in proiezione al 31/12	B
	Liquidazione informatica in globe e navision delle fatture	liquidazione su cdc, conti e autorizzazioni non di competenza	MB	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale e il supervisore incaricato al controllo, verificano che le branche specialistiche incluse nelle DGRV di accreditamento di ciascun erogatore (e successive variazioni) siano correttamente associate allo stesso ed alle relative Macroree nell'applicativo Easycat	B
		Pressioni a dipendenti dell'azienda per la remunerazione di prestazioni con tariffe o scontistiche diverse da quanto stabilito negli accordi di budget ed extra budget	M	no	Un operatore effettua controllo mensile tra lo sconto risultante e lo sconto applicato in fattura dalla struttura	B

**P041 - RIMBORSI DIVERSI (Cure climatiche, medicina turistica, trapiantati, dializzati, modifiche strumenti di guida, acquisto parrucche, protesi dentarie, cure all'estero)**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istruttoria domande presentate	Verifica del rispetto dei termini di presentazione delle richieste, delle condizioni soggettive dell'assistito e dei requisiti della struttura che ha erogato le prestazioni oggetto di rimborso	Accoglimento domande fuori termine	MB	no	Il direttore UOC verifica che la presentazione della domanda sia entro i termini	B
	Verifica rispetto dei termini di presentazione delle richieste, delle condizioni soggettive	Accoglimento domande di assistiti non aventi diritto	MA	no	L'operatore DAT verifica: - nell'applicativo di anagrafe regionale se l'assistito è dell'ASL	MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	dell'assistito e dei requisiti della struttura che ha erogato le prestazioni oggetto di rimborso					
	Verifica documentazione sanitaria/contabile allegata alla richiesta di rimborso	Calcolo errato dell'importo rimborsati dovuti	MA	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'istruttoria verifica a campione la correttezza degli importi dei rimborsi	B
Adozione atto di accoglimento o rigetto dell'istanza	Predisposizione e adozione dell'atto di accoglimento o rigetto dell'istanza	Mancato rispetto dei tempi procedurali	MB	no	Creazione di un report con indicazione per ogni richiesta pervenuta, della data richiesta assistito, quella di emanazione del provvedimento/diniego richiesta e i giorni intercorsi, l'importo riconosciuto, utile anche per quantificare e quindi pianificare e controllare meglio l'attività	B
Comunicazione all'assistito dell'esito della richiesta	Comunicazione esito della richiesta all'assistito	Mancata motivazione del rigetto (parziale o totale) della richiesta dell'assistito	MB	no	IL Direttore UOC verifica la presenza della motivazione	B
Erogazione contributo	Implementazione anagrafica ruolo allegato e liquidazione spese di rimborso	Rimborso ad un soggetto non avente diritto (compreso errore IBAN)	MA	no	Il direttore dell'uoc confronta (a campione?) l'istruttoria cartacea con quella presente nella liquidazione "RUA"	MB
		Doppia erogazione del rimborso ad un unico soggetto	MB	no	Creazione di un report con indicazione per ogni richiesta pervenuta, della data richiesta assistito, quella di emanazione del provvedimento/diniego richiesta e i giorni intercorsi, l'importo riconosciuto, utile anche per quantificare e quindi pianificare e controllare meglio l'attività	B

## P042a,b - ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI MEDIANTE AFFIDAMENTO DIRETTO AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE E DEL RISCHIO?	Misura contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione e progettazione	Analisi dei fabbisogni	Non stimare correttamente il fabbisogno	M	no	Per gli acquisti successivi al primo ci si avvale di un database storico aziendale	MB
	Definizione specifiche tecniche di prodotti/servizi	Effettuare definizioni troppo mirate	M	no	Consultazioni di mercato	B
Selezione contraente	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e delle specifiche tecniche	Individuazione di un numero di operatori economici limitato e non rispondente al numero esistente sul mercato	M	no	Pubblicazione delle consultazioni su sito web	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto	Elusione delle regole finalizzate alla corretta quantificazione dell'importo di gara	MA	no	Completezza e correttezza della motivazione contenuta nell'atto amministrativo	M

## P043a,b - ESECUZIONE E MONITORAGGIO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Misura del contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Nomina del DEC	procedimento di nomina del Direttore dell'Esecuzione Contrattuale (DEC)	nomina di un DEC non adeguato	MA	sì		MA
Esecuzione del Contratto momento in cui l'esecutore (il fornitore aggiudicatario) pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto	affidamento	Individuazione di un operatore economico privo dei requisiti previsti dalla normativa vigente	MA	no	controlli ai sensi art. 80 tramite fornitore esterno aggiudicato con gara regionale (CSAMED)	B
		effettuazione di acquisti in urgenza prima della deliberazione	MA	no	attività di istruzione a colleghi e fornitori per evitare rapporti diretti	M
	approvazione di modifiche del contratto originario	approvazione non formalizzata di modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo)	M	no	Le modifiche sostanziali vanno approvate con atto	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Misura del contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
specificatamente richiesto nel contratto.	verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	scarso o inadeguato controllo in merito alle disposizioni in materia di sicurezza	MB	no	accertamenti, controlli e verifiche periodiche delle disposizioni in materia di sicurezza, in particolare del rispetto del D.U.V.R.I.; rivalutazioni rischi covid; condivisione procedure di gestione covid; audit integrati	B
	verifiche in corso di esecuzione (causa covid è cambiata la modalità e la verifica avviene soprattutto per segnalazione (ai servizi è stata sollecitata la segnalazione))	mancato monitoraggio del contratto	MA	no	report di monitoraggio dell'esecuzione	MB
	gestione delle controversie	mancata o non corretta applicazione di eventuali penali	MA	no	report di monitoraggio dell'esecuzione/ istruttoria	M
	effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010	MA	no	utilizzo di controlli informatici sui dati inseriti nell'applicativo contabile relativi ai CIG	MB
	ammissione delle varianti (incrementato causa covid soprattutto per DPI, guanti, stampanti per covid point ecc.)	abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	MA	no	istruttoria con il referente dell'area per aggiornare i fabbisogni alla luce anche delle richieste covid	MB
	Rendicontazione del contratto l'Amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori (attestazioni richieste o che devono essere fornite)	verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione	rilascio del certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite o in cambio di vantaggi economici	M	no	richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di regolare esecuzione
attività di controllo di regolare esecuzione		L'esecuzione del contratto avviene non seguendo le norme previste dalla normativa (sia quella generale che quella specifica per il singolo appalto)	M	no	controllo finale, a chiusura del contratto o in corso d'opera per eventuali certificazioni richieste dal fornitore, della corretta fornitura del bene / servizio oggetto del contratto	B
liquidazione fatture		Liquidazione senza una verifica puntuale dei requisiti richiesti	MA	no	Predisposizione di linee guida per la corretta liquidazione delle fatture	MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Misura del contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	violazione degli obblighi di pubblicità, di trasparenza	M	no	controllo pubblicazione avvenuta	B

P044 – GESTIONE DEI MAGAZZINI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
arrivo merce (scarico del tir)	Ricevimento della merce: Posizionamento area smistamento (fase 1 ricevimento merce e posizionamento in area gialla) Collocazione in area accettazione con DDT bene in vista (fase 2 controllo quali-quantitativo)	accettazione di colli non destinati all'ulss 2	MB	no	verifica correttezza destinatario indicato in DDT	B
		accettazione di colli destinati ad altro magazzino / ubicazione ulss	M	no	verifica correttezza destinatario indicato in DDT	B
		firma (sul palmare del vettore o cartacea) di un DDT anche in mancanza di corrispondenza tra nr colli consegnati e nr colli dichiarati	M	sì		M
		accettazione di beni per i quali nel corso del trasporto non sia stata rispettata la catena del freddo	MA	no	verificare il termostato presente nel mezzo	B
		accettazione di colli con imballi esterni non integri	MB	no	verifica quali - quantitativa di massima con eventuale restituzione della merce al vettore o accettazione con riserva	B
		uno o più colli non passa alla fase successiva perché viene "perso"	M	si		M
		non tempestivo spostamento in frigorifero/zona a temperatura controllata di colli soggetti a temperatura controllata	M	si		M
carico a magazzino (disfo il bancale)	suddivisione beni per tipologia gestione (farmaceutico/ economale per vittorio veneto, transito/ magazzino per tutti)	errato smistamento beni (collocazione nella zona dei transiti di un bene da allocare in magazzino e viceversa)	A	no	inventario a rotazione	MA
	abbinamento DDT con colli consegnati	i singoli prodotti ricevuti non corrispondono a quanto ordinato	MA	no	verifica corrispondenza tra ddt, ordine e prodotto effettivamente ricevuto	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
		(qualitativamente e quantitativamente) (registrazione di entrata di merce per q. tà differente rispetto a quanto richiesto)					
		per i prodotti con data di scadenza: accettazione beni con scadenza troppo ravvicinata	MA	no	verifica che i beni abbiano scadenza non inferiore ai 3 mesi	MB	
		per i prodotti con AIC: accettazione di prodotti con fustelle non annullate, con inchiostro non indelebile e non rosso	M	no	verifica che i prodotti con AIC abbiano tutte le fustelle annullate, con inchiostro rosso e indelebile	B	
	registrazione tempestiva (entro le 24h lavorative successive all'arrivo) del carico a programma con scansione della bolla	il carico informatico è ritardato	A	no	le bolle in attesa di carico devono essere conservate in appositi contenitori recanti la dicitura "in attesa di carico" per ridurre al minimo il rischio di mancato carico	MB	
		il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	inventario a rotazione prima di effettuare il carico il magazziniere verifica che le quantità riportate in giacenza del prodotto consegnato siano effettivamente presenti	MB	
		la bolla non viene scansionata e collegata al carico ritardando la liquidazione della fattura	MA	no	monitoraggio da parte dell'ufficio acquisti della tempestività di caricamento delle bolle e conseguente sollecito per i caricamenti	M	
		DDT smarrito	M	no	monitoraggio da parte dell'ufficio acquisti della tempestività di caricamento delle bolle e conseguente sollecito per i caricamenti	MB	
		errato collegamento del carico informatico alla specifica riga d'ordine (carico articolo x al posto dell'articolo y)	M	no	controllo contabile in fase di liquidazione fattura	MB	
		errato caricamento delle quantità arrivate (arrivo 8 e carico 10)	MA	no	controllo contabile in fase di liquidazione fattura	M	
			MA	no		spunta sul DDT	MB
		beni a magazzino: Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV – CF + VV econ) Veritmag (VV)	errata collocazione dei beni	MA	no	inventario a rotazione	MB
			deterioramento dei beni	M	no	inventario a rotazione - richiesta autorizzazione alla rettifica inventariale	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	la merce deve essere stoccata in modo che vengano prelevati secondo metodo primo in scadenza, primo in uscita, evitando di collocare i beni direttamente sul pavimento, vicino a fonti di calore o in spazi diversi da quelli previsti (in particolare per stoccaggi ad hoc di infiammabili, stupefacenti, antiblastici ecc. che hanno una normativa di settore specifica) FEFO (first expiry data first out): primo in scadenza, primo in uscita	errato caricamento lotto-scadenza (vertimag - AS400, verificare Treviso)	M	no	inventario a rotazione / al momento dello scarico ai reparti	B
	beni in transito: in seguito al carico vengo stampate le bolle di consegna ai reparti, per Treviso vengono stampate anche le etichette (barcode) per la gestione dei magazzini di reparto informatizzati, posizionamento nell'area di spedizione	a causa dell'utilizzo nell'ordine per indicare la destinazione del bene in transito del campo note al posto dell'utilizzo del campo cdc, non sempre viene individuata correttamente e velocemente l'u.o. destinataria del bene	M	no		M
gestione richieste da reparto	Inserimento richiesta a programma da parte delle unità operative	errato/mancato/non completo scarico delle richieste da reparto	M	sì		M
	Validazione richiesta (solo per Asolo)		M	sì		M
	Scarico richiesta con stampa e automatica registrazione dello scarico da magazzino secondo il calendario consegna		M	sì		M
	Per targatura farmaci: il farmacista crea una missione di prelievo che non genera lo scarico contabile, (solo a Vittorio Veneto viene generato lo scarico da vertimag), una volta prelevati i farmaci viene targato e scaricato contabilmente in nav		MA	no	verifica della corrispondenza tra missione di prelievo e bolla di consegna	B
	Inserimento delle richieste cartacee (richieste di farmaci non PTO/ in PTO ma che devono essere motivati) (solo Pieve)		MA	no	verifica dell'evasione di tutte le richieste cartacee pervenute	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Preparazione - gabbie - bancali - ceste con stampa della bolla di consegna secondo calendario di consegna	errata/mancata/non completa preparazione della consegna	MA	no	verifica da parte delle uu.oo. Riceventi	MB
prelievo da magazzino e consegna a reparto	Predisposizione programma consegne	calendario consegne non rispondente agli effettivi bisogni dei reparti che implica un aumento delle richieste urgenti fuori programma	M	sì		M
	Messa a disposizione ceste nell'area di carico secondo programma consegne	smarrimento / sottrazione / furto della merce	M	sì		M
	Consegna prodotti al reparto Accettazione prodotti con firma della bolla di consegna + accettazione informatica (solo CF)		M	sì		M
	Restituzione bolla firmata per stupefacenti	mancato rispetto della normativa sulla gestione stupefacenti	M	no	compilazione dei registri obbligatori per legge in ambito di gestione degli stupefacenti	B
Gestione resi da reparto	Inserimento richiesta reso a programma o preparazione modulo cartaceo	errata registrazione del reso da reparto	M	no	inventario a rotazione	MB
	Consegna prodotti al magazzino	errata registrazione del reso (utilizzo della causale di reso al posto della sistemazione delle giacenze)	MA	no	inventario a rotazione	M
	Accettazione prodotti	per i prodotti con scadenza: presa in carico di prodotti con scadenza troppo ravvicinata, senza possibilità di ricollocamento ad altri reparti	MA	no	inventario a rotazione	M
	Carico magazzino per reso reparto	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	verifica che il prodotto sia stato effettivamente scaricato dal magazzino in cui viene ricaricato - attivazione di un controllo automatico nel programma Navision che impedisca di registrare resi di prodotti mai gestiti nel magazzino	B
	Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV – CF + VV econ) Veritmag (VV)	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	inventario a rotazione	M
Gestione dei prodotti in scadenza	verifica in Vertimag di lotto e scadenza	utilizzo di farmaci o beni scaduti	MA	no	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	separazione dei farmaci e dei beni che sono in scadenza a un mese con etichettatura a parte. vengono già scaricati da sistema subito come scarico scaduto (scarico a reparto solo se derivante da richiesta specifica)	mancato utilizzo di farmaci o beni in prossima scadenza	MA	no	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	MB
Gestione dell'inventario fisico di magazzino	individuazione periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	MA	no	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	MB
	individuazione del personale addetto alla conta		MA	no	i tabulati utilizzati per il controllo delle q. tà fisiche non riportano l'indicazione delle q. tà in giacenza in magazzino	MB
	conta delle quantità fisiche		M	no	utilizzo dei cartellini inventariali per identificare gli scaffali/prodotti già contati	B
	registrazione solo delle q. tà differenti (totale), il programma in automatico registra la differenza inventariale.	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il personale che registra le q. tà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	B
	registrazione degli adeguamenti inventariali		MA	no	il responsabile del magazzino autorizza le rettifiche inventariali in caso di differenze significative - viene verificato tutto il processo a monte per recuperare eventuali carichi o scarichi mancanti	MB
Gestione dell'inventario fisico di reparto	individuazione periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	MA	no	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	B
	individuazione del personale addetto alla conta delle quantità fisiche - beni a scorta		MA	no	i tabulati utilizzati per il controllo delle q. tà fisiche non riportano l'indicazione delle q. tà in giacenza in magazzino	MB
	registrazione delle quantità rilevate		MA	no	il personale che registra le q. tà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	MB
	registrazione degli adeguamenti inventariali	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il responsabile del magazzino autorizza le rettifiche inventariali in caso di differenze significative - viene verificato tutto il processo a monte per recuperare eventuali carichi o scarichi mancanti	B

## P046 - ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Rilevazione del fabbisogno e richiesta autorizzazioni CRITE	rilevazione dei fabbisogni "d'ufficio": turnover e supplenze	a causa di un ritardo delle informazioni/informazioni non precise (es. data avvio della mobilità che slitta in avanti) non viene rilevato un fabbisogno	MB	no	comunicazioni/memo per ricordare le tempistiche in modo da poter inserire in tempo i turn over/supplenze nel piano assunzioni	B
	ricezione degli input da parte della direzione e dei direttori di uoc del fabbisogno extra turnover e per gli incarichi di struttura complessa	a causa di un ritardo nelle comunicazioni non vengono inserite figure professionali necessarie per garantire i servizi alla popolazione	MB	no	comunicazioni/memo alla direzione e ai direttori di uoc per ricordare le tempistiche in modo da poter inserire in tempo le richieste nel piano assunzioni	B
	ricezione del prospetto delle richieste di autorizzazione degli incarichi LP e dei SAI da parte degli altri uffici del servizio / aziendali	a causa di un mancato arrivo delle richieste non vengono inviate richieste	MB	no	comunicazioni/memo per ricordare le tempistiche in modo da poter inserire in tempo le richieste nel piano assunzioni	B
	predisposizione della richiesta di autorizzazione in CRITE, validazione della richiesta da parte della direzione e caricamento delle richieste in HR per invio in CRITE	a causa delle modalità di caricamento delle richieste (da file xls separati a programma HR) possono esserci degli errori di caricamento	MB	no	verifica della rispondenza tra le richieste pervenute e quelle inserite in procedura, con controllo anche delle eventuali autorizzazioni già pervenute	B
	predisposizione della reportistica sugli organici per la direzione aziendale	a causa di errore materiale la reportistica non rispecchia l'organico in essere	MB	no	verifica della correttezza della modalità di estrazione	B
	ricezione delle autorizzazioni CRITE e aggiornamento della reportistica per tenere traccia delle autorizzazioni ricevute - Obiettivo A3	a causa di errori materiali nell'aggiornamento delle autorizzazioni può comportare un sovrautilizzo di autorizzazioni o un mancato utilizzo	MB	no	verifica della rispondenza tra i dati trasmessi e i dati inseriti nella procedura	B
Utilizzo delle autorizzazioni CRITE mediante graduatorie vigenti	verifica della presenza di graduatorie vigenti	mancata/errata verifica	MB	no	verifica della rispondenza tra la figura professionale carente e la figura professionale richiesta	B
	eventuale richiesta della disponibilità di graduatorie presso altre aziende del Veneto	mancato invio della richiesta	MB	no	verifica della rispondenza tra la figura professionale carente e la figura professionale richiesta	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	se sono presenti graduatorie: invio delle richieste di disponibilità all'incarico	a causa di un errato/mancato aggiornamento dei dati di contatto degli idonei, il mancato recapito del telegramma può comportare una mancata assunzione	MB	no	lettera al candidato presente nella graduatoria richiesta	B
	in caso di utilizzo di graduatoria ulss2: se l'idoneo rinuncia, viene cancellato dalla graduatoria e, di norma, si procede allo scorrimento della graduatoria	a causa di un errore materiale si procede o non si procede allo scorrimento della graduatoria come previsto dalla normativa	MB	no	verifica della effettiva presenza/mancanza di accettazione da parte del candidato, con verifica - nel caso di assenza - anche telefonica della volontà da parte del candidato di non accettare l'incarico	B
	in caso di utilizzo di graduatoria di altra ulss, restituzione della graduatoria con comunicazione di chi è stato assunto	la mancata comunicazione all'altra ulss può indurre in errore	MB	no	verifica della effettiva trasmissione degli esiti all'azienda cedente.	B
Attivazione procedure per copertura del posto a tempo indeterminato	in caso di assenza di graduatorie: valutazione della procedura per la copertura definitiva del posto: Mobilità o richiesta indizione concorso presso Azienda Zero	Attivazione di procedura non idonea a coprire il posto in tempi coerenti con le necessità del Servizio che lamenta la carenza	MB	no	Verifica delle effettive e specifiche necessità per la copertura del posto. Ulteriore verifica sulla sussistenza delle autorizzazioni	B
	in caso di sostituzioni maternità o aspettative di lunga durata: avvio dell'avviso per tempo determinato	Errata/mancata acquisizione dell'informazione relativa all'assenza temporanea. Errata consultazione del file contenente l'elenco delle autorizzazioni per tempo determinato	MB	no	Verifica delle effettive e specifiche necessità per la copertura del posto. Ulteriore verifica sulla sussistenza delle autorizzazioni	B
Attivazione procedure per copertura del posto a tempo determinato	predisposizione dell'avviso (delibera e bando)	Errata compilazione/inserimento in procedura della proposta deliberativa/testo avviso a tempo determinato	MB	no	verifica della correttezza del bando rispetto a: - normativa nazionale - normativa regionale - esigenze aziendali	B
	trasmissione al BUR dell'estratto per la pubblicazione	Mancata/errata trasmissione al BUR	MB	no	verifica della correttezza dei dati trasmessi al BUR con quanto deliberato	B
	predisposizione del portale per la ricezione delle domande	Mancata/errata predisposizione del portale	MB	no	verifica della correttezza dei dati inseriti e dei campi predisposti rispetto al bando	B
	Apertura del portale per iscrizione concorsi	Mancata/errata apertura del portale	MB	no	verifica della effettiva possibilità di presentare domanda	B
	Inserimento nel portale e in sito istituzionale del bando di avviso	Mancata/errato inserimento nel portale	MB	no	verifica della visibilità e fruibilità dei contenuti da parte dell'esterno	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	prestare assistenza alle richieste che pervengono sul portale	Mancata/errato riscontro alle richieste di potenziali candidati sul portale	MB	no	Verifica della chiusura della segnalazione nei termini previsti dal bando	B
Chiusura della presentazione delle domande	Importazione dei dati delle domande nel portale per la gestione della procedura concorsuale	Errata importazione dei dati	MB	no	verifica di eventuali errori di importazione	B
	Trasmissione al protocollo dell'elenco dei candidati che hanno presentato la domanda nei termini previsti	Mancata trasmissione a protocollo dell'elenco dei candidati	MB	no	verifica di eventuali errori di trasmissione e corrispondenza con i dati scaricati	B
	Verifica dei requisiti di ammissione dei candidati	Errata/mancata verifica dei requisiti	MB	no	rispondenza tra titoli dichiarati e titoli richiesti dal bando	B
	Nel caso di avvisi per comparto: predisposizione determina per ammissione candidati	Errata valutazione dei requisiti di ammissione allo specifico bando	MB	no	verifica della correttezza dei dati inseriti rispetto agli effettivi richiedenti	B
	Convocazione candidati ammessi (anche con riserva) alla procedura	Errore nella pubblicazione sul sito web della convocazione - o nella trasmissione ai singoli candidati	MB	no	verifica della correttezza dei dati inseriti rispetto agli effettivi ammessi	B
	Espletamento avviso	Errori procedurali nell'espletamento dell'avviso	MB	no	verifica della correttezza formale degli step da seguire secondo quanto previsto dalla normativa e da eventuali circolari integrative (ad esempio protocollo covid)	B
	Predisposizione e inserimento in procedura delibera approvazione atti	errori nella procedura di inserimento	MB	no	controllo della correttezza di quanto inserito in delibera con quanto effettivamente risultante dagli atti del concorso/avviso	B
Acquisizione delle risorse	Verifica delle autorizzazioni regionali all'assunzione disponibili con aggiornamento file autorizzazioni	Errato aggiornamento della reportistica relativa alle autorizzazioni	MB	no	Obiettivo A3: condivisione software con office 365 e/o implementazione base dati condivisa con CED	B
	Trasmissione dei telegrammi con richiesta di disponibilità	Errore nella trasmissione (tipicamente errore di indirizzo o errore nel testo telegramma)	MB	no	verifica anagrafica	B
	Ricezione delle disponibilità all'assunzione	Errato smistamento delle disponibilità all'assunzione	MB	no	n. di telegrammi inviati uguale n. dei candidati in graduatoria	B
	Determinazione assegnazione e decorrenze assunzioni	Errate indicazioni ricevute da parte degli uffici che gestiscono i nuovi assunti	MB	no	verifica della corretta assegnazione delle risorse alle autorizzazioni pervenute e ai reparti di destinazione - A3	B
	Lettera di stipula e predisposizione contratti di lavoro	Errori nel contratto di lavoro	MB	no	coerenza dati delibera - dati contratto	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Trasmissione a mezzo posta elettronica della documentazione relativa all'instaurazione del rapporto di lavoro	Errori/problemi di trasmissione	MB	no	contratto firmato (da momento della firma parte la trasmissione/consegna contratto di lavoro).	B
	Aggiornamento report autorizzazioni con indicazioni nuovo assunto	errori nell'aggiornamento del report autorizzazioni	MB	no	Obiettivo A3: condivisione software con office 365 e/o implementazione base dati condivisa con CED	B
	Inserimento in procedura HR dei riferimenti nuovo assunto	errori in fase di inserimento	MB	no	verifica della rispondenza tra dati hr, dati assunzioni e dati contratto	B
	Trasmissione a ufficio stipendi dati per inserimento in procedura HR	errori in fase di trasmissione	MB	no	verifica dei dati in HR anagrafici, delle date di decorrenza, dei dati giuridici ed economici	B

**P047 - GESTIONE CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO PER INCARICHI INDIVIDUALI (ex comma 6, art. 7 D.lgs. 165/2001)**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
richiesta in crite delle autorizzazioni regionali degli incarichi professionali	raccolta del fabbisogno delle unità operative con file xls, aggregazione dei dati e invio all'area dotazione organica e assunzioni per il caricamento della richiesta di autorizzazione regionale in GPI L'operatore della UOC Gestione Risorse Umane – Sezione Collaborazioni Esterne verifica il rispetto della soglia di spesa per gli incarichi libero professionali a carico del bilancio sanitario aziendale e comunica il dato al Direttore della UOC Gestione Risorse Umane	mancata trasmissione del fabbisogno	MB	sì		MB
		mancato rispetto del limite di spesa	B	Sì		B
predisposizion e della procedura comparativa	in seguito all'autorizzazione regionale, avvio della procedura comparativa mediante raccolta delle informazioni di dettaglio mediante il modulo "scheda di avvio procedura", L'operatore della UOC Gestione Risorse Umane – Sezione Collaborazioni Esterne verifica la correttezza e completezza della "scheda di avvio procedura" ricevuta da parte delle UOC interessate	a causa di informazioni non complete o non corrette la procedura comparativa non va a buon fine	MB	sì		MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	predisposizione e approvazione della delibera	errori materiali all'interno della delibera/ a causa della mancanza di elementi fondamentali della delibera, essa non è valida	MB	no	iter di approvazione della delibera, verifica periodica da parte del Collegio Sindacale	B
	pubblicazione dell'avviso nel sito internet aziendale e nell'apposita area per l'iscrizione telematica da parte dei professionisti	la pubblicazione non è tempestiva o può contenere errori oppure non rispetta i termini di legge	MB	no	su Geco, verifica che le opzioni da inserire per l'iscrizione da parte del candidato siano coerenti con le richieste del bando	B
	download delle domande pervenute, verifica dei requisiti per l'iscrizione e della completezza della documentazione e ammissione dei candidati con eventuale richiesta integrazione delle informazioni, indicazione degli esclusi con le relative motivazioni	mancata ammissione di candidati che avevano i requisiti o ammissione di candidati che non hanno i requisiti	MB	sì		MB
	nomina composizione della commissione esaminatrice	mancato rispetto dell'art. 35 bis dlgs 165/2001 o con incompatibilità	MB	no	Ciascun membro della commissione firma un'autocertificazione sull'assenza di incompatibilità e di condanne penali	B
	comunicazione con le modalità previste dal bando dell'elenco degli idonei, con data luogo ed ora di convocazione per l'espletamento della procedura	mancato rispetto dei termini di preavviso per l'espletamento della procedura	MB	sì		MB
	espletamento della procedura comparativa e verbalizzazione da parte della commissione con l'elenco degli idonei	indicazione di idoneità per un candidato che non ha i requisiti	MB	sì		MB
conferimento dell'incarico	predisposizione e approvazione della delibera, dove viene approvato il verbale e assegnato l'incarico agli idonei in base agli incarichi che si possono assegnare. Eventuale successiva presa atto della rinuncia del primo designato e assegnazione al successivo	errori materiali all'interno della delibera/ a causa della mancanza di elementi fondamentali della delibera, essa non è valida	B	no	iter di approvazione della delibera, verifica periodica da parte del Collegio Sindacale	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Il candidato, convocato per la firma del contratto, è invitato a sottoscrivere il contratto, l'autocertificazione di assenza incompatibilità, l'autocertificazione assenza di condanne penali con riferimento al D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile	autocertificazione non veritiera	M	no	a campione verifica dell'autocertificazione sottoscritta dal candidato	B
	Il candidato deve inoltre comunicare i dati fiscali e bancari personali per la liquidazione del compenso e inserimento dei dati nel modulo per la codifica del fornitore - trasmissione all'uoc contabilità e bilancio della richiesta di codifica del fornitore	mancata/errata codifica del fornitore	MB	sì	il controllo sul corretto caricamento viene effettuato all'u.o.c. contabilità e bilancio	MB
<b>le successive fasi sono in fase di revisione con l'entrata in vigore del Nodo Smistamento Ordini e il completo utilizzo del workflow documentale</b>						
liquidazione e pagamento	attestazione dell'erogazione del servizio richiesto da parte dell'u.o. richiedente	l'attestazione ricevuta non è veritiera	M	Sì		M
	acquisizione delle fatture da liquidare in Navision, verifica di coerenza tra attestazione di erogazione del servizio e fattura protocollata, con eventuale richiesta nota di credito/debito	liquidazione di una fattura non corretta	M	no	l'operatore confronta quanto attestato dal responsabile con la fattura, in caso di non corrispondenza, contatta il fornitore per l'emissione di una nota di credito/debito. In caso di nota di credito, la fattura viene liquidata parzialmente e per la parte non dovuta viene sospesa in navision con la corretta causale	B
	caricamento dell'ordine interno	errato/mancato caricamento dell'ordine	MB	sì		MB
	liquidazione della fattura in navision	errata/mancata liquidazione informatica	MB	sì		MB
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						

**P048 - GESTIONE ECONOMICA E FISCALE**

In fase di mappatura si è reso opportuno definire 3 processi (Gestione economica e fiscale, Gestione dei compensi al personale non dipendente, Gestione istituti con rilevanza economica).

**Gestione economica e fiscale**

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
caricamento puntuale delle voci variabili relative a: - libera professione - progetti - accordi sindacali specifici - indennità manuali - rischio radiologico Le relative voci sono specificate nella procedura PAC "gestione giuridica, economica, fiscale e previdenziale del personale dipendente e non dipendente" In genere il caricamento è massivo, eccetto quanto il numero di persone coinvolte è limitato  Vengono registrate anche le modifiche sulla situazione del dipendente (aspettative, dimissioni, quiescenza)	ricezione da parte delle direzioni/UOC competenti della comunicazione di messa in pagamento delle quote collegate ai progetti o agli accordi sindacali specifici o alla libera professione	messa in pagamento di importi non dovuti o in assenza di copertura	M	NO	verifica esistenza delle timbrature causalizzate in modo corretto/comunicazione all'area presenze- assenza dell'addebito orario da caricare verifica corretta applicazione dell'accordo sindacale verifica contabile che siano presenti le coperture	B
	rischio radiologico: chiusura/apertura del rischio radiologico a seconda delle assegnazioni o delle registrazioni di assenze prolungate di personale avente diritto	errato/mancato caricamento	M	NO	verifica corretta registrazione dell'indennità rischio radiologico	MB
	i coordinatori delle U.O. interessate al pagamento delle voci variabili c.v. 6002 (Assistenza Domiciliare Integrata) e c.v. 30500 (Indennità Terapia Intensiva-Sala Operatoria) e c.v. 6000 (Indennità non vedenti) inviano l'elenco nominativo con relativi accessi del personale dipendente relativi al mese di competenza. caricamento delle indennità terapia intensiva manuale (es. personale suem area rossa) massiva per i dipendenti del distretto di Treviso	errato/mancato caricamento	M	no	verifica del corretto caricamento del dato cartaceo	B
	inserimento delle variazioni dello stato giuridico dei dipendenti (cessazioni, aspettative, ecc.) di competenza del mese in pagamento	mancato/errato inserimento delle informazioni	M	no	l'operatore verifica che tutte le variazioni ricevute dagli uffici competenti siano state inserite con le valorizzazioni corrette, siglando il foglio	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
chiusura dei singoli cedolini	secondo il calendario delle attività i singoli uffici effettuano il travaso dei dati	il mancato rispetto della tempistica può portare a un ritardo nella liquidazione degli stipendi	M	sì		M
	lancio del travaso dei dati	il travaso dei dati per problematiche informatiche potrebbe non funzionare	B	NO	esistono alert sull'andamento dei travasi?	B
	elaborazione provvisoria dei cedolini e verifiche sul corretto caricamento delle voci e delle variazioni giuridiche riferite ai singoli dipendenti	messa in pagamento di competenze non dovute	M	NO	vengono verificate: <ul style="list-style-type: none"> <li>- correttezza delle voci riportate nella stampa PAYB300 che riporta il riepilogo dei conguagli arretrati per dipendente del mese, suddivisi per anno di competenza</li> <li>- stampa PAYB521 riporta l'elenco delle voci variabili e del relativo importo corrisposte a personale non in servizio</li> <li>- stampa PAYB520 riporta il riepilogo dei cedolini negativi suddivisa per dipendente</li> <li>- stampa PAYB360. Tabulato per il controllo delle voci variabili eccezionalmente usate o errate</li> <li>- stampa PAYC020. Elenco voci particolari con date limite nel mese</li> <li>- verifica che               <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; i part - time scaduti siano stati modificati</li> <li>&gt; scadenziario dei tempi determinati</li> <li>&gt; passaggio da incarichi di prova, incarichi di base, ecc.</li> <li>&gt; verifica della corretta gestione dei termini delle scadenze</li> <li>&gt; incrocio tra pagamento dello stipendio e assenza nel mese di competenza</li> <li>&gt; alert di tutti coloro che hanno pagamenti superiori ai due mesi e verifica dei relativi giustificativi</li> <li>&gt; verifica dei cedolini &lt; 100€</li> </ul> </li> </ul>	B
	elaborazione definitiva	errata elaborazione degli stipendi	MB	no	ci sono degli alert predefiniti a programma che fanno bloccare la procedura (es. mancanza dell'IBAN, di una qualifica, dipendenti con classificazione funzionale	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					non corretta, dipendenti senza ritenute fiscali, codice fiscale presenti in due matricole, mancanza posizione inail, presenza di un part - time con turno a tempo pieno, ecc.)	
	blocco automatico dei cedolini	a casa della possibilità di apportare variazione, si possono modificare gli importi precedentemente quadrati	MB	no	verifica della effettiva chiusura e salvataggio dei cedolini	B
passaggio dei dati in contabilità con preparazione dei dati nella matrice e caricamento dei dati (parametri per voce stipendiale che definiscono il collegamento con conto coge e autorizzazione)	passaggio dei dati in contabilità con preparazione dei dati nella matrice e caricamento dei dati (parametri per voce stipendiale che definiscono il collegamento con conto coge e autorizzazione)	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	MB	sì	n.b. la verifica della correttezza dei dati caricati nella matrice (conto coge e relativa autorizzazione) avviene nelle successive fasi di passaggio tramite il c.d. "collegato"	MB
invio all'uoc contabilità e bilancio del file "collegato" finalizzato alla verifica della corretta imputazione in coge dei cedolini mensili elaborati in sigma	invio all'uoc contabilità e bilancio del file "collegato" finalizzato alla verifica della corretta imputazione in coge dei cedolini mensili elaborati in sigma	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	M	no	verifica puntuale e motivazione degli scostamenti	B
verifica utilizzo dei fondi e quadratura del debito verso personale dipendente	registrazione del pagato nel mese nel file di riepilogo per fondi e autorizzazione con quadratura con i dati da coge	errato utilizzo dei fondi	M	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni e contabilizzato nei singoli conti una volta chiusi gli stipendi in xls una terza persona verifica che tutti gli importi siano coerenti	B
comunicazione a consuntivo del debito	annualmente, verifica degli importi pagati / da pagare e comunicazione	errata esposizione a bilancio di costi e debiti	B	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
da accantonare con creazione / aggiornamento delle autorizzazioni	all'uoc contabilità e bilancio degli importi da accantonare a debito				presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	
	quadratura a consuntivo del debito v/personale dipendente presente in Sigma rispetto al debito registrato in contabilità	il debito v/personale dipendente esposto a bilancio potrebbe essere sovra/sottostimato	B	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	B
	richiesta all'uoc contabilità e bilancio di apertura delle autorizzazioni di spesa per singolo conto di coge interessato	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	MB	no	verifica della corrispondenza tra autorizzazioni richieste e autorizzazioni aperte in NAV	B
messa in pagamento degli stipendi per i due enti (472 dipendenti e 572 per gli esterni)	input a programma del giro stipendi con definizione della valuta	problemi informatici potrebbero causare un errore nell'estrazione dei dati da caricare in banca	MB	no	gestione dei cd "caratteri speciali" che non vengono gestiti nel caricamento di Banca Intesa	B
	Prelievo del file da sigma e caricamento in banca con prima firma digitale	il file estratto potrebbe essere manomesso prima del caricamento in banca	M	no	segnalazione da parte della banca di eventuali errori bloccanti (es. IBAN errato)	B
	seconda firma del caricamento nel portale della banca	firma non autorizzata	M	Si		M
	Trasmissione all'uoc contabilità e bilancio della lettera relativa ai bonifici messi in pagamento per l'emissione dei relativi mandati	la lettera riporta importi/mese sbagliato	MB	Si		MB
Gestione eredi	registrazione della cessazione e blocco del conto corrente	mancata chiusura con relativo indebito pagamento	M	Si		M
	individuazione degli eredi e definizione delle competenze dovute	errata individuazione	M	no	prospetti indennità sostitutiva e mancato preavviso, viene incrociato il dato tra estrazione sigma e calcolo manuale, in doppio il controllo delle ferie	B
	delibera delle spettanze dovute, inserimento degli eredi e definizione degli importi	errata definizione degli importi	M	no	verifica che il pagamento ai minorenni venga fatto su un conto dedicato	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	ricezione dell'autocertificazione e relativa verifica con Agenzia delle entrate	mancata ricezione della verifica con agenzia delle entrate	M	no	a campione verifica con l'agenzia delle Entrate della veridicità delle autocertificazioni ricevute	B
	messa in pagamento	mancata/ritardata messa in pagamento	M	no	il caricamento effettuato viene controllato da un secondo operatore	B
	emissione della CU agli eredi	errori nella CU	M	sì		M
manutenzione / aggiornamento dell'organigramma sigma	creazione o chiusura di cdc / reparti su comunicazione del controllo di gestione	mancata/errata creazione dei cdc	MB	sì		MB
	aggiornamento del responsabile dell'uoc	mancato / errato aggiornamento dei responsabili	MB	sì		MB
	abbinamento delle persone agli incarichi	mancato / errato abbinamento	MB	sì		MB
	registrazione dei cambi reparti comunicati	errata/ritardata registrazione dei cambi	MB	sì		MB
gestione pignoramenti	ricezione della richiesta da parte di un avvocato se il debitore è effettivamente dipendente	errata individuazione del dipendente	MB	no	verifica corretta individuazione del dipendente	B
	ricezione dell'istanza di pignoramento con il creditore, l'importo del debito	mancata ricezione dell'istanza	MB	sì		MB
	registrazione dell'accantonamento di 1/5 dello stipendio	errato conteggio degli importi	MB	no	verifica corretta registrazione dell'accantonamento	B
	se agenzia delle entrate/agente alla riscossione: applicazione immediata della % di trattenuta e delle indicazioni riportate nell'istruttoria	errato inserimento dell'importo	MB	no	verifica corretta registrazione dell'importo	B
	se il creditore è privato: invio dello stato di servizio in cui si evidenzia lo stato economico del dipendente	errata ricostruzione dello stato economico del dipendente	MB	no	verifica corretta predisposizione dello stato di servizio del dipendente	B
	il giudice definisce l'importo da addebitare, l'avvocato comunica tutti gli estremi, quanto accantonato viene messo in pagamento	mancata ricezione della comunicazione dell'avvocato	MB	sì		MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	imputazione in sigma di tutti gli elementi finalizzati alla trattenuta in sigma, in particolare nella griglia, nella sessione delle ritenute, viene creato un nuovo istituto che va abbinato al fornitore (creato dall'uoc contabilità e bilancio), e alla persona cui viene effettuata la trattenuta: in questo modo sigma comunica a navision il fatto che va fatta la trattenuta al dipendente.	mancato trasferimento alla uoc contabilità e bilancio delle informazioni per il pagamento	MB	no	controllo automatico sul corretto collegamento della ritenuta alla matricola e al fornitore	B
	verifica con l'avvocato di eventuali interessi e stato avanzamento dei pagamenti	errato calcolo dell'ultimo versamento	MB	no	verifica con il file dello scadenziario	B
	gestione manuale della chiusura con inserimento del saldo corretto	prosecuzione delle trattenute oltre la data di scadenza	MB	sì		MB
	gestione di eventuali sospensioni dei pagamenti per mancata capienza del cedolino	mancata/errata comunicazione al creditore della sospensione dei pagamenti	MB	sì		MB
	gestione delle comunicazioni per cessazione del dipendente	mancata/ritardata comunicazione della cessazione del dipendente	MB	sì		MB
gestione rimborsi comandi	raccolta e inserimento delle informazioni direttamente in Sigma relative al nucleo familiare del dipendente e del reddito complessivo del nucleo familiare	possibile errore nella registrazione dei dati richiesti	MB	no	uso di un file in xls con le informazioni di base necessarie, sono tutti controllati sul cartaceo con la firma di chi ha caricato e di chi ha controllato	B
		il dipendente richiede il pagamento dell'ANF nonostante sia già stato riconosciuto al coniuge	MB	no	In caso di situazioni dubbie / importi elevati in liquidazione, verifica puntuale con Inps / agenzia delle entrate	B
monitoraggio di bilancio	si parte dal BEP, con le relative tabelle che vengono compilate in sigma: - previsioni di assunzioni autorizzate a livello regionale	errata previsione di bilancio	B	sì		B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pensionamenti</li> <li>- conferma dei fondi</li> <li>- previsione di spesa degli incarichi LP</li> <li>- previsione degli universitari</li> <li>- direzione strategica</li> <li>- comandi</li> </ul> suddivisione tra sanitario/sociale e verifica del rispetto del limite di spesa					
	trimestralmente la situazione viene aggiornata con tutte le informazioni che sono andate a formarsi, con continua verifica del limite di spesa	mancato rispetto degli obiettivi del limite di spesa	B	no	vengono costantemente monitorati i dati di costo, soprattutto a partire dal secondo semestre dell'anno	B
gestione personale comandato/in distacco c/o Regione o ORAS	registrazione dell'assegnazione del personale comandato/distaccato agli appositi centri di costo	mancata/errata registrazione dei comandi/distacchi	MB	sì		MB
	entro il 15 di gennaio vengono inviate all'uoc contabilità e bilancio le richieste di rimborso che tengono conto delle persone con verifica delle competenze del periodo di comando e dei relativi oneri per il caricamento in Poste R	il mancato invio entro i termini impedisce il corretto caricamento in posteR dei crediti v/regione (?)	M	sì		M
	per ORAS: comunicazione ad ORAS dei dati per una verifica, poi invio all'uoc contabilità e bilancio dei dati per una fatturazione	mancata/errata fatturazione	M	sì		M
	gestione della produttività: se si tratta di distacchi il costo è a carico ulss per quanto riguarda i comandi: l'importo è definito dalla Regione, per cui tutti i mesi viene caricato un acconto, quando la Regione comunica l'importo della	errato riconoscimento dell'importo	MB	no	il caricamento dell'importo da riconoscere come produttività è controllato da un secondo operatore che sigla sulla nota della Regione l'avvenuto controllo	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	produttività, vengono recuperati gli acconti ed è caricato l'importo completo					

#### Gestione dei compensi a personale esterno non dipendente (lavoratori autonomi occasionali)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione e caricamento in SIGMA dell'incarico al professionista	Ricezione della modulistica compilata dall'ufficio che ha dato l'incarico al professionista e suo inserimento in procedura - l'operatore dell'uo gestione parte variabile e personale non dipendente controlla la completezza della compilazione della scheda anagrafica e contatta il servizio che ha deliberato l'incarico per reperire eventuali dati mancanti	errato inquadramento dell'incarico	MB	sì		MB
	caricamento nella contabilità di sigma dei dati economici per il pagamento, con scorporo degli oneri e dell'irap e imputazione del conto e autorizzazione di spesa	errato/mancato pagamento	MB	no	L'operatore dell'ufficio U.O. Gestione Parte Variabile e Personale non Dipendente, in seguito all'elaborazione provvisoria del singolo cedolino, controlla e verifica la correttezza/completezza dei dati inseriti a sistema Sigma nel cedolino stesso. L'operatore verifica la corrispondenza dell'importo del compenso nel cedolino rispetto a quello riportato nella scheda inviata dal professionista tramite l'Ufficio che con delibera ha conferito l'incarico al professionista stesso	B
	disattivazione delle posizioni	errato pagamento di un occasionale che ha terminato l'incarico	B	Sì		B
	giro definitivo degli stipendi degli enti 472 e 572, archiviazione documentazione e invio cedolino	mancato o errato pagamento	B	no	Controllo che i cedolini stampati di prova corrispondano con i cedolini definitivi	B

trasmissione per pagamento	Al termine, l'operatore dell'ufficio U.O. Gestione Parte Variabile e Personale non Dipendente, compila e invia agli Uffici Trattamento Economico, Previdenza e Contabilità e bilancio, un prospetto con 'cognome e nome del professionista, numero protocollo, importo liquidato, numero conto e numero autorizzazione di spesa, con relativo codice voce	mancato versamento dei contributi, errata contabilizzazione	B	sì		B
reportistica e monitoraggio	Una volta storicizzato il mese, vengono effettuate le stampe PAYS768 e PAYS767 riguardanti Inail, Inps e Enpapi, per il relativo controllo, e le voci verranno inserite in un file Excel, che mensilmente ci darà la spesa sostenuta e ci permetterà di avere un riscontro dello speso	errata rendicontazione (Conto Annuale - Cepa - ecc.)	B	Sì		B

Gestione istituti con rilevanza economica

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione revoche e deleghe OOSS personale dipendente	raccolta delle adesioni e inserimento in HR Suite della adesione ricevuta	mancato rispetto della normativa sulla gestione delle adesioni sindacali, in particolare per quanto riguarda la riservatezza e la segretezza	MB	sì		MB
		errore nel caricamento nella procedura HR	MB	sì		MB
		iscrizione a più di un sindacato non compatibile	MB	no	verifica periodica della corretta attribuzione dei sindacati tra comparto e dirigenza le codifiche delle organizzazioni sindacali in sigma sono suddivise in modo chiaro tra dirigenza e comparto	B
	gestione del valore delle quote sindacali	errore nel caricamento nella procedura HR	MB	no	giro di prova per verificare se a cedolino viene inserito l'importo corretto	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione prestiti Inps e cessioni del V a personale dipendente	ricezione richiesta da parte della finanziaria delegata dal dipendente e gestione della pratica (la richiesta di codifica della finanziaria come fornitore viene gestita come una normale richiesta di codifica fornitore)	l'importo della rata mensile non viene trattenuto o è errato, oppure non viene versato correttamente al finanziatore	MB	no	mail alla finanziaria con l'elenco delle trattenute effettuate ai nostri dipendenti (dipendente e importo)	B
	comunicazione della eventuale cessazione, aspettativa, trasferimento del dipendente	mancata sospensione	MB	no	comunicazione alle finanziarie di tutte le modifiche intervenute (cessazioni, aspettative ecc.)	B
	INPS: inserimento della domanda nel portale Inps per convalida da parte del dipendente	errato/mancato inserimento	MB	no	stampa di controllo a chiusura degli stipendi che evidenzia la differenza delle trattenute tra un mese all'altro	B
	caricamento in sigma delle trattenute	errato/mancato caricamento	M	no	Sigma ha un controllo automatico sulle trattenute richieste. Vedono in INPS quali sono i crediti che INPS ha verso l'ULSS, quadrano con i debiti che sono registrati a programma, viene inserito il nulla osta alla chiusura, si trasmette alla ragioneria per i pagamenti	B
Gestione congedi parentali	ricezione della certificazione dello stato di gravidanza	mancata ricezione della certificazione da parte del dipendente - assenza ingiustificata del dipendente	M	no	verifica da parte della dipendente del cartellino verifica cartellino timbrature da parte delle presenze-assenze e della caposala	B
	caricamento del dato in HR suite - GPI	errore nel caricamento del dato che comporta un mancato rispetto delle tempistiche di congedo previste dalla normativa	M	sì		M
	riconoscimento del congedo parentale	il congedo parentale viene fruito con cumulo da parte di entrambe i genitori mancato o errato riconoscimento del congedo parentale	M	sì		M
			M	sì		M
	registrazione dell'interruzione	mancata comunicazione da parte del dipendente	M	sì		M
riconoscimento indennità di maternità (riconosciuta alle dipendenti madri che cessano durante il periodo di tutela della maternità - scadenza del contratto per i tempi determinati)	errato riconoscimento dell'indennità di maternità	M	sì		M	

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	gestione malattia bambino	errato inserimento della malattia	M	no	richiesta originale del certificato medico allegata alla richiesta del permesso	B
Denunce Inail (infortuni e malattia professionale)	ricezione del certificato di infortunio emesso dal PS / MMG / INAIL	mancata ricezione del certificato - mancato rispetto del termine delle 48 ore per la trasmissione del certificato di infortunio	MB	no	controllo sulle motivazioni delle assenze	B
	registrazione dell'assenza come infortunio (se l'Inail non riconosce l'infortunio viene modificata in malattia)	mancato / errato caricamento in HR	MB	sì		MB
	ricezione del questionario per la raccolta dei dati per la denuncia	mancata / errata raccolta dati necessari per la denuncia Inail	MB	sì		MB
	trasmissione all'ufficio che segue il recupero crediti (per il personale) per eventuale avvio della procedura di ristoro del periodo di ritardo nella trasmissione del certificato da parte del dipendente	mancato recupero del credito per la parte di mancato rimborso da parte dell'Inail per il ritardo della trasmissione	MB	sì		MB
	registrazione nel registro interno degli infortuni	la mancata registrazione di eventi (es. punture da ago) anche di eventi che non implicano infortuni non permette di ricostruire eventuali malattie professionali	MB	no	quadratura con infortuni registrati in Inail	B
	caricamento della denuncia di infortunio nel portale Inail	errato caricamento dei dati nel portale Inail	MB	sì		MB
	caricamento delle successive proroghe (registro interno e HR)	mancato o errato caricamento delle proroghe	MB	sì		MB
	ricezione del prospetto di liquidazione con riscontro al sef per l'incasso	mancato/errato incasso	MB	no	quadratura con registro infortuni interno	B
	denuncia malattia professionale (da qui parte SPP)	mancata denuncia della malattia professionale	MB	sì		MB
gestione borse lavoro sil	ricezione da parte del SIL di 3 file per ciascun distretto, su format concordato che contengono: - dei nuovi utenti che verranno pagati il mese successivo - dell'elenco degli utenti che hanno	inserimento di una posizione non autorizzata	M	no	L'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U. verifica che a fronte dell'inserimento di una nuova posizione lavorativa, sia presente un'autorizzazione formale (comunicazione della convenzione stipulata) e che tutti i dati richiesti siano stati forniti	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	avuto un progetto nel mese da pagare - dell'elenco degli utenti che hanno avuto proroghe, cessazioni programmate o cessazioni anticipate					
	Per ciascun utente nuovo, ricezione da parte del SIL della scheda anagrafica con IBAN, % di invalidità, detrazioni fiscali sia per i nuovi utenti sia per gli utenti che hanno avuto interruzioni maggiori di 2 mesi e loro inserimenti in sigma, con attribuzione in HR - ente 572 - di una nuova matricola solo per i nuovi utenti che hanno avviato un progetto di inserimento nel mese da pagare	mancato/errato inserimento della scheda anagrafica in sigma che comporta errato pagamento (se IBAN sbagliato), pagamento di IRAP non dovuta o mancato pagamento dell'IRAP se dovuta (se % di invalidità errata)	MA	no	Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite verifica che il numero di matricola non sia già stato attribuito. Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite verifica che il codice fiscale della nuova matricola non sia uguale a quello di un'altra matricola presente a sistema Sigma attraverso un warning. Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite effettua delle verifiche di congruità della composizione del codice fiscale attraverso degli algoritmi di calcolo preimpostati	MB
	inserimento di variazioni (IBAN accredito borsa, altre variazioni anagrafiche)	modifica del conto di accredito non autorizzata	M	no	tutte le variazioni sono trasmesse formalmente dal Servizio che ha stipulato la convenzione (mediante comunicazione scritta siglata dallo stesso) all'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U., che provvede alla modifica a sistema HR Suite di GPI all'archiviazione della documentazione trasmessa	B
	ricezione di 3 file, entro il 10 del mese successivo a quello da pagare: matricola (vuota se non ancora assegnata) data inizio - data fine importo caricamento in procedura ed elaborazione	la mancata/errata ricezione dei file (suddivisi per i 3 distretti) comporta il ritardo o il mancato pagamento delle borse agli utenti	M	no	verifica della quadratura tra dati comunicati e elaborazione provvisoria in sigma	B
	reinvio al SIL della elaborazione provvisoria delle borse da pagare per validazione da parte del servizio	errore nel caricamento manuale degli importi presenti nella lista di trasmissione definitiva	M	no	Il sistema Navision blocca la liquidazione in assenza di quadratura perfetta dei dati tra Sigma e Navision.	B
	elaborazione cumulativa dei pagamenti da effettuare con il giro stipendi	errori nella elaborazione degli stipendi	M	no	Il sistema Navision blocca la liquidazione in assenza di quadratura perfetta dei dati tra Sigma e Navision	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	liquidazione delle borse lavoro	liquidazione a non aventi diritto o con frequenza diversa da quella stabilita dal responsabile del servizio inviante	M	no	L'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U., mensilmente verifica la posizione lavorativa dei soggetti con borsa lavoro. Se il rapporto di lavoro è terminato, l'operatore disattiva la posizione lavorativa del soggetto mediante l'indicazione della data di termine del rapporto di lavoro; altrimenti se il rapporto di lavoro è stato prorogato la mantiene aperta	B
gestione ticket restaurant	ricezione dall'economato delle tessere di ticket restaurant dall'economato	mancato monitoraggio del DHL e perdita delle tessere	B	sì		B
	richiesta di attivazione di una nuova tessera da parte del responsabile del servizio o dell'ufficio assunzioni (matricola, nome e cognome, sede di assegnazione, nr rientri previsti, luogo dove preferisce ritirare il ticket - dg - Pime - cf)	attivazione di una tessera a un dipendente che non ne ha diritto	B	sì		B
	convocazione del dipendente per caricamento dell'importo	se l'importo fosse già precaricato alla consegna, in caso di perdita della tessera l'importo potrebbe essere utilizzato da chiunque	MB	sì		MB
	gestione degli utilizzi quotidiani	il dipendente potrebbe utilizzare la tessera senza rispettare le regole disposte dall'azienda con la delibera 994/2019	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
	verifica settimanale sugli importi utilizzati (importi inferiori a 4 buoni) ricarica delle tessere riferite a matricole che hanno maturato il diritto	messa a disposizione di ticket restaurant senza che sia rispettato il regolamento aziendale	MB	no	verifica maturazione del diritto ad avere i ticket	B
	addebito in busta paga dei buoni ricaricati con apposita voce stipendiale mediante download e upload di file	il file scaricato potrebbe essere non corretto o manomesso	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
	eventuale blocco tessera	pur non rispettando il regolamento, al dipendente non viene bloccata la tessera	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
rimborsi spese missioni	il dipendente carica la richiesta di autorizzazione nell'angolo del dipendente con inoltro al responsabile che autorizza (tutto via angolo del dipendente)	caricamento di una richiesta non motivata	B	no	la richiesta del dipendente viene validata dal responsabile	B
	il dipendente carica la richiesta di rimborso (angolo del dipendente) - km percorsi (al netto dei km fatti per andare alla sede di lavoro)	richiesta di rimborso di un numero di km superiore a quanto effettivamente percorso/da percorrere	M	no	verifica dei km inseriti (da sede municipale a sede municipale)	B
	- se uso di mezzo pubblico, caricamento dell'importo, il dipendente deve trasmettere anche gli originali del biglietto e l'originale dello scontrino del pasto se la missione supera le 8 ore	caricamento di biglietti non inerenti alla missione	M	no	verifica dell'arrivo degli originali dei biglietti e degli scontrini prima dell'approvazione	B
	approvazione o rettifica degli importi che entrano direttamente in sigma HR	approvazione di rimborsi non spettanti	M	no	verifica che non si tratti di rimborso di formazione	B
	gestione delle richieste cartacee per gli spostamenti più frequenti	mancato riconoscimento delle missioni rimborsate con documentazione cartacea	M	no	controllo eventuali doppioni: verifica sulle timbrature e viene data comunicazione di eventuali sovrapposizioni	B

## P050 – GESTIONE ORARIO DI LAVORO

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Rilevazione presenze - assenze	il singolo dipendente deve registrare le ore di presenza tramite la lettura del badge a terminale	la rilevazione della presenza non è corretta	M	no	a ciascun dipendente è stato consegnato un unico badge personale, in caso di smarrimento il badge sostitutivo viene fatto con un altro numero e il numero precedente viene bloccato. Viene fatto un controllo mensile delle timbrature non assegnate, c'è una stampa di controllo delle timbrature effettuate non assegnate a matricole	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	travaso dei dati dai timbratori al sistema HR	a causa di problemi informatici i dati rilevati nei terminali non transitano nel sistema HR	B	sì	ciascun timbratore è in rete (le timbrature vengono salvate su un server) ma ha anche una memoria interna propria, in caso di mancato travaso immediato il servizio per l'informatica è in grado di recuperare i dati non passati in tempo reale	B
	I dipendenti (tramite l'angolo del dipendente) o i responsabili (tramite planner) inseriscono i giustificativi informatizzati relativi alle assenze, possono procedere all'inversione delle timbrature, all'inserimento delle mancate timbrature, alla causalizzazione delle stesse. qualora inserite dai dipendenti, sono validati dal responsabile (tramite l'angolo del dipendente o tramite planner), l'ufficio presenze - assenze recepisce il tutto	validazione di giustificativi non veritieri	B	no	mensilmente viene verificato che non ci siano interventi su sé stesso	B
	ricezione e inserimento dei giustificativi non informatizzati (es. donazioni sangue, elezioni, permessi per cariche pubbliche, scioperi, assemblee sindacali)	errato o mancato inserimento del giustificativo	B	no	L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze, per la parte di propria competenza, mensilmente verifica la documentazione a supporto delle assenze da giustificare	B
			B	no	L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze mensilmente verifica che l'orario riconosciuto nei cartellini non sia superiore al timbrato e che il riconoscimento venga fatto secondo l'accordo aziendale sull'orario di lavoro (arrotondamento 15 minuti, pausa pranzo, ecc.)	B
manutenzione / aggiornamento dell'organigramma sigma	creazione o chiusura di cdc / reparti su comunicazione del controllo di gestione		B	sì		B
abilitazione in Angolo del dipendente	abilitazione del singolo dipendente	mancata abilitazione	B	sì		B
	creazione iter nell'angolo del dipendente	errata/mancata creazione dell'iter, con	M	sì		M

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	aggiornamento iter in seguito a comunicazione di cambio reparto o assegnazione di incarico (direttore uoc, coordinamento ecc)	a causa del mancato/errato aggiornamento dell'angolo del dipendente, le richieste dei dipendenti non possono essere autorizzate da chi di competenza	MB	sì		MB
gestione dei permessi Legge 104	ricezione della documentazione e verifica della sussistenza dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione	mancata ricezione della documentazione	B	no	L'angolo del dipendente riconosce quanto richiesto dal dipendente e autorizzato dal responsabile solo se entro i limiti di diritto. L'ufficio Area presenze-assenze, a fine anno, effettua la stampa di controllo sui residui delle assenze e sul rispetto dei limiti massimi delle stesse	B
	inserimento nei "limiti individuali" del diritto a fruire dei permessi L 104	errato inserimento del diritto a fruire la L.104	B	sì		B
	recepimento delle richieste di assenza per L 104 dall'angolo del dipendente	validazione di giustificativi non veritieri	B	sì		B
Gestione dei turni di pronta disponibilità	dopo l'iter di concessione della pronta disponibilità, l'area presenze - assenze carica sulla procedura HR il turno di pronta disponibilità del reparto	errato / mancato inserimento del turno di pronta disponibilità	MB	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B
	per la dirigenza: il reparto mensilmente invia le persone che sono state inserite in turno per la pronta disponibilità e l'area presenze - assenza carica in HR	aumento del costo della pronta disponibilità dovuto alla scorretta gestione dei turni (spezzettamento rispetto alle 12 h previste dal contratto)	M	no	una seconda persona, diversa da chi ha fatto il caricamento, controlla la correttezza del caricamento in HR delle persone autorizzate al turno di pronta disponibilità	B
	per il comparto: i coordinatori inseriscono in planner i turni di pronta disponibilità	aumento del costo della pronta disponibilità dovuto alla scorretta gestione dei turni (spezzettamento rispetto alle 12 h previste dal contratto)	M	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B
	scarico delle timbrature, che vanno in pagamento se timbratura con causale 1, o recupero ore se causale 9	(rientra nella fase "travaso dei dati dai timbratori al sistema HR")				

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
assenza temporanee: assenze (es. per ferie, permessi o recupero ore) che vengono usate dai coordinatori per la gestione di turni	riconduzione delle assenze temporanee caricate in planner da parte dei coordinatori a vere e proprie assenze con giustificativo inserite nel cartellino di HR	errato / mancato riconoscimento di giustificativi assenze	B	NO	verifica che non ci siano assenze temporanee in Planner entrate in HR, qualora presenti, si convertono nel reale motivo di assenza	B
autorizzazione degli orari eliminati	il programma propone per ciascun dipendente un orario valido a seconda del turno inserito. Qualora vi fossero timbrature per un orario eccedente, la differenza va ad alimentare la colonna "eliminato" del cartellino, che, per essere riconosciuta come orario lavorato, deve essere autorizzata dal responsabile	il responsabile in fase di autorizzazione dell'eliminato potrebbe inserire un valore sbagliato (in più o in meno)	MB	NO	verifica che l'orario eliminato sia coerente con l'autorizzazione di orario lavorato	B
gestione degli straordinari	L'eccedenza oraria risultante dalle ore effettivamente lavorate dal dipendente può essere convertita in ore di straordinario, utilizzata a 'copertura' di un debito orario o lasciata temporaneamente in sospenso. Per il comparto: entro 60 giorni dalla chiusura del mese il dipendente può far richiesta al proprio responsabile di autorizzazione di messa in pagamento dello straordinario risultante dal cartellino presenze, per un totale di ore mensili, il responsabile autorizza il pagamento entro il limite contrattuale (180 h/annue per persona)	il responsabile potrebbe autorizzare ore in più rispetto a quelle effettivamente timbrate	MB	no	in fase di controllo dell'autorizzato, controllo che l'autorizzato non sia maggiore dell'eliminato, le segnalazioni sono corrette. Il programma, nel momento in cui vengono fatti i travasi, se nel mese precedente sono andate in pagamento, in automatico va in recupero dello straordinario eccedente pagato.	B
	la richiesta autorizzata entra direttamente in procedura	(rientra nella fase "travaso dei dati dati dai timbratori al sistema HR")				

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	per il comparto, ricezione e caricamento delle richieste cartacee riferite a periodi precedenti l'entrata in funzione dell'angolo del dipendente o anteriori ai 60 giorni, per la dirigenza, ricezione e caricamento di tutte le richieste di autorizzazione dello straordinario	errato / mancato caricamento in HR della somma mensile da liquidare (per il comparto), mentre per la dirigenza medica caricamento nel giorno in cui viene effettuata la guardia	MB	no	quando sono stati inseriti tutti i dati, la stampa "travaso voci variabili" viene sputata con tutto il cartaceo a supporto dei dati caricati, in modo da avere la giustificazione di tutto quello che è presente nella stampa con il cartaceo pervenuto	B
		caricamento/manutenzione delle liste di persone in part time o con incarico di funzione sulla base di estrazione dati dall'area economica	errato / mancata manutenzione della lista	MB	no	confronto dell'estrazione dall'economico con l'inserimento nella lista di riferimento e con la comunicazione di tutte le variazioni del part time avvenute nel mese
	Chiusura dei cartellini a 60 gg su angolo del dipendente e su Planner	verifica che i coordinatori abbiano correttamente autorizzato tutte le richieste	mancata autorizzazione delle richieste da parte del dipendente	B	Sì	
verifica di corretto passaggio delle informazioni tramite il travaso	verifica di quali sono le voci che in fase di passaggio all'economico sono state bloccate dal travaso	errato/mancato pagamento di voci stipendiali	M	no	tramite un'estrazione verifica di quali sono le voci che sono state bloccate e delle relative motivazioni (es. ore di straordinario superiore al massimo contrattuale previsto)	B
	salvataggio generale dei cartellini riferiti al mese andato in pagamento	mancata possibilità di ricostruire le motivazioni che hanno portato alla liquidazione di determinate voci variabili per interventi successivi alla liquidazione	M	no	verifica creazione backup di salvataggio	B

## P052 - PRESTAZIONI PER ANZIANI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricezione delle richieste degli utenti e valutazione ai fini dell'aggiornamento della graduatoria	Ricezione richiesta	Smarrimento della richiesta / mancata registrazione	MB	Sì		MB
		Ricevimento di documentazione errata o incompleta o non conforme alla normativa	M	NO	verifica della presenza di tutte la documentazione necessaria al momento della predisposizione del calendario UVMD	B
	Convocazione UVMD, valutazione e compilazione Svama	Mancato rispetto della composizione dell'U.V.M.D.	MB	NO	in fase di caricamento delle valutazioni viene verificata la composizione dell'UVMD	B
		Errata valutazione in UVMD	MB	NO	in fase di caricamento delle valutazioni il gestionale verifica la coerenza dei punteggi assegnati	B
		Condizionamento nei soggetti che effettuano la valutazione al fine di procurare benefici al valutato contrari agli interessi dell'azienda e ledendo i diritti di altri soggetti	M	NO	L'uvmd è sempre composta almeno dal minimo dei professionisti previsti dal regolamento regionale, le singole valutazioni che compongono la svama vengono condivise e riportate nel verbale uvmd	B
		Mancata/ errata/ non tempestiva compilazione della scheda S.Va.M.A. (cartella S.Va.M.A., sociale, sanitaria, cognitiva e funzionale)	M	NO	controllo periodico sulla presenza in graduatori di tutti gli assistiti che hanno presentato la domanda, sollecito della valutazione	B
		Pressioni ai soggetti che predispongono la scheda S.Va.M.A. al fine di compilare la stessa con informazioni non conformi alla realtà al fine di procurare benefici al valutato ledendo i diritti di altri soggetti	M	NO	L'uvmd è sempre composta almeno dal minimo dei professionisti previsti dal regolamento regionale, le singole valutazioni che compongono la svama vengono condivise e riportate nel verbale uvmd	B
Emissione delle impegnative di residenzialità/ semi residenzialità	Aggiornamento graduatoria nel RUR	Mancato/ errato/ non tempestivo aggiornamento della graduatoria RUR	M	Sì		M
		Condizionamenti ai soggetti che aggiornano la graduatoria al fine di alterare i dati per procurare benefici al valutato ledendo i diritti di altri soggetti	M	NO	la graduatoria è output diretto del gestionale (non presente in Asolo)	MB
	Comunicazione dell'esito di valutazione	Mancata / errata/ non tempestiva comunicazione degli esiti della	M	NO	Pieve: invio con raccomandata AR Treviso - Asolo da verificare	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	all'utente e a tutti i soggetti interessati	valutazione all'utente e a tutti i soggetti interessati				
	Individuazione assegnatario impegnativa	Condizionamenti nell'individuazione dell'utente	MA	NO	verifica coerenza tra utente chiamato e rimanenti in graduatoria	M
	Emissione dell'impegnativa di residenzialità / semi residenzialità all'utente avente titolo	Emissione dell'impegnativa per un valore diverso rispetto al profilo di gravità accertato in sede di Svama	M	NO	una volta inserita la valutazione il gestionale dal profilo di inserimento	B
		Emissione impegnativa in assenza di disponibilità economica nel fondo specifico	MA	NO	monitoraggio periodico su assegnato ipotesi di avvio nel gestionale del controllo mediante budget	M
	Trasmissione dell'impegnativa di residenzialità / semi residenzialità a struttura esterna	Trasmissione dell'impegnativa in assenza di autorizzazione per posto non accreditato per il profilo dell'utente (es. posti liberi per 2° livello mentre l'utente ha un IDR per 1° livello)	MB	sì		MB
		Mancata trasmissione dell'impegnativa alla struttura esterna	MB	NO	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	B
		Trasmissione dell'impegnativa a cds diverso rispetto al cds assegnatario (rispetto all'ingresso dell'utente)	MB	NO	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	B
Verifica dell'erogazione del servizio	Controllo restituzione impegnativa di residenzialità / semi residenzialità con data di ingresso dell'utente nella struttura	Impegnativa di residenzialità/semi residenzialità restituita errata dalla struttura esterna errata indicazione della data di entrata dell'utente presso la struttura	B	NO	raccolta delle impegnative assegnate per cds, periodicamente viene fatta la verifica delle mancanti	B
Liquidazione delle fatture e invio flusso FAR	Ricezione e controllo dell'elenco assistiti presso la struttura	Errori da parte del soggetto che verifica la correttezza delle fatture al fine di non segnalare eventuali importi superiori rispetto agli importi realmente dovuti	MA	NO	quadratura con i dati caricati nel gestionale nel gestionale SIT del distretto di TV: blocco al 20 del mese successivo della possibilità di registrare le assenze degli utenti da parte delle udo.	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	M	NO	verifica della presenza di tutte le fatture e sollecito delle fatture mancanti	MB
	Controllo e liquidazione fatture delle quote sanitarie e di attività di riabilitazione	Liquidazione delle fatture da parte di personale non autorizzato	M	NO	profilazione utenti Navision e crednet	B
		Omissioni nell'attività di controllo fatture al fine di procurare benefici ai centri di servizi a danno dell'azienda	M	NO	spunta dei controlli, richieste di emissione note di credito / debito, ricezione della nota di credito/debito richiesta	B
		Mancata/ errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	MA	NO	gestione delle liste di protocollo in modo da verificare sempre tempestivamente le fatture e poterle liquidare	M
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						
Liquidazione delle fatture e invio flusso FAR	Predisposizione, controllo e invio alla Regione del flusso FAR	Mancato/ errato/ non tempestivo invio del Flusso FAR	M	NO	verifica del tracciato inviato	MB

## P053 - PRESTAZIONI PER LA DISABILITÀ

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Definizione dell'Accordo Contrattuale con l'ente gestore del Centro Diurno, della Comunità Alloggio o della RSA / affidamento tramite gara	Definizione dell'Accordo Contrattuale con l'Ente Gestore del Centro Diurno, della Comunità Alloggio o della RSA	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	M	no	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto, aggiornamento dello scadenziario degli accreditamenti per gli affidamenti tramite gara si fa riferimento al provveditorato	B
	Approvazione delibera per autorizzazioni di spesa - richiesta ampliamento delle autorizzazioni di spesa	se non vi è tempestività nella richiesta dell'autorizzazione di spesa si rischia un ritardo nelle liquidazioni delle fatture	M	no	settimanalmente viene analizzato lo scaduto e viene mandato a tutte le P.O.	MB
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio,	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione					
	Acquisizione del visto da parte dell'UOC Disabilità	Mancata/ errato/non tempestivo visto sulle fatture	MA	no	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture - settimanalmente viene analizzato lo scaduto e viene mandato a tutte le P.O.	B
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						
Gestione fatturazione attiva compartecipazione alla spesa come da regolamento	Raccolta dei dati per trasmissione nota all'utente con importo da versare	Errore materiale nella comunicazione dell'importo	MB	no	verifica su elenchi	B
	Emissione documento contabile (accertamento) per l'incasso della compartecipazione	Mancata emissione documento contabile	MB	no	verifica su elenchi	B
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	no	verifica su elenchi	B
<b>segue le regole: P007 - Fatturazione attiva</b>						
<b>da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>						

## P054 – PRESTAZIONI DI PSICHIATRIA

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione accordi contrattuali con strutture accreditate e deliberazioni	Definizione del contratto con l'ente gestore delle strutture accreditate	venir meno dei requisiti di accreditamento con possibile	M	NO	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
annuali attività DSM con impegno di spesa		provvedimento di sospensione dello stesso				
	Predisposizione deliberazioni annuali attività DSM con impegno di spesa su richiesta del Direttore del DSM	errore materiale nella quantificazione dell'impegno di spesa che comporta un possibile ritardo nel pagamento delle fatture	M	NO	Verifica dell'istruttoria e della relazione presentata dal Direttore del DSM	B
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	MB
	Acquisizione del visto da parte del DSM	Mancata/ errato / non tempestivo visto sulle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	MB
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						
Gestione fatturazione attiva compartecipazione alla spesa come da regolamento	Raccolta dei dati per trasmissione nota all'utente con importo da versare	Errore materiale nella comunicazione dell'importo	MB	NO	verifica su elenchi	B
	Emissione documento contabile (accertamento) per l'incasso della compartecipazione	Mancata emissione documento contabile	MB	NO	verifica su elenchi	B
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	NO	verifica su elenchi	B
<b>segue le regole: P007 - Fatturazione attiva</b>						
<b>da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>						

## P055 – PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
definizione del contratto con l'ente gestore della comunità terapeutica e relativo impegno di spesa	definizione del contratto con l'ente gestore della comunità terapeutica (di norma triennale, non presente per gli extraregione), e delibera annuale per impegno di spesa per comunità terapeutiche ulss, extra ulss ed extraregione	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	M	no	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto, aggiornamento dello scadenziario degli accreditamenti	B
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture	B
	Acquisizione del visto da parte del Serd inviante	Mancata/ non tempestivo visto sulle fatture	MA	no	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture	B
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						
Emissione fattura attiva trimestrale per ospiti extraulss	Scarico da Geky degli importi da fatturare alle ulss di provenienza degli ospiti inseriti in strutture ulss e valutazione dell'iva da applicare	errore materiale nello scarico dei dati da Geky	MB	sì		MB
		errore materiale nella valutazione dell'iva da applicare	MB	no	controllo di coerenza tra forma giuridica della struttura ospitante e iva da applicare	B
	comunicazione trimestrale all'uoc contabilità e bilancio degli importi delle fatture da emettere (elenco delle aziende ulss e importi da addebitare)	errata mancata/non tempestiva comunicazione	MB	sì		MB
<b>segue le regole: P007 - Fatturazione attiva</b>						
<b>da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>						

## P060 - FORMAZIONE INTERNA DEL PERSONALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione piano formativo - macro progettazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiesta fabbisogno dalle diverse UO;</li> <li>- ricevuta autorizzazione da parte del direttore di struttura;</li> <li>- valutazione delle proposte da parte del comitato scientifico;</li> <li>- verifica fabbisogni analoghi nelle diverse UO;</li> <li>- gestione delle proposte fuori piano;</li> <li>- approvazione direzione strategica</li> </ul>	Indicazioni al dirigente per l'attivazione di corsi non coerenti con gli obiettivi aziendali o al di fuori del piano formativo o al di fuori del regolamento aziendale	B	no	<p>Esistenza di una procedura per la redazione del piano</p> <p>Ai responsabili e coordinatori di u.o. vengono date indicazioni sugli elementi da considerare per la corretta analisi dei bisogni, unitamente ad una scheda di supporto. Inoltre, il requisito di accreditamento della struttura - legge 22 - GEN SAN AC. 414.7 prevede "forme di coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività formative". La uosd formazione ha dato indicazioni in merito segnalando la necessità della evidenza. Previsione di più livelli di autorizzazione: le proposte formative raccolte dalla analisi dei bisogni delle u.o. vengono inviate alla valutazione dei direttori di struttura (dipartimento di prevenzione, ospedale, territorio, servizio professioni sanitarie). Le sole proposte ritenute idonee vengono valutate dal comitato scientifico. Le sole proposte approvate dal comitato vengono sottoposte alla direzione aziendale per l'adozione della delibera del Piano formativo</p> <p>Le proposte fuori piano formativo prevedono la valutazione del direttore di u.o. di dipartimento, di struttura, quella del coordinatore del comitato scientifico e della direzione</p>	B
Microprogettazione attività	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuazione docente e compensi;</li> <li>- definizione dei contenuti del corso nel dettaglio, del compenso, della prova finale</li> <li>- gestione segreteria organizzativa e iscrizione</li> </ul>	<p>Indicazioni al dirigente affinché scelga un fornitore (ente formatore/ dipendente) senza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rispetto di criteri di valutazione oggettivi;</li> <li>- il rispetto dei parametri/ obiettivi economici aziendali definiti dal regolamento/procedura</li> </ul>	MA	no	<p>Esistenza di una procedura per la microprogettazione che comprende anche i limiti di spesa aziendali definiti.</p> <p>Esistenza di una modulistica standardizzata che riporta i costi totali del progetto e le caratteristiche dello stesso in termini di durata, attività, materiale didattico, questionari etc. Il progetto deve essere approvato preventivamente dal direttore di uo proponente, dal direttore di dipartimento e dal direttore di struttura e dal direttore della uosd formazione. Le modifiche successive al progetto, in termini economici, sono tracciate. Sono presenti quindi diversi livelli autorizzativi.</p> <p>Il direttore di uo individua i docenti interni ed esterni, sulla base del curriculum professionale e della esperienza.</p> <p>Gli incarichi alle ditte per importi superiori ai 15.000,00 € è prevista la richiesta di più preventivi. Gli incarichi oltre i 40.000,00</p>	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					vengono affidati a seguito procedura di gara da parte del provveditorato	
		Parcellizzazione degli incarichi al fine di non superare il limite di 40000 euro nell'anno, oltre al quale dovrebbe essere effettuata una gara	MA	no	Esistenza elenco incarichi per il controllo del limite dei 40.000,00 €	B
Erogazione della formazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rilevazione presenze docenti e discenti</li> <li>- gestione organizzativa aula</li> <li>- controllo, in base alle norme ecm, della congruità del corso erogato rispetto alla progettazione</li> </ul>	Perdita di fogli firme con conseguente difficoltà di rendicontare il corso	MB	no	vengono date indicazioni precise alle segreterie organizzative tramite lettera a protocollo interno. Le criticità evidenziate vengono risolte con incontri ad hoc	B
		Firme di presenza non congruenti con gli orari effettiva partecipazione al corso	MA	no	gli orari di presenza vengono caricati mediante file massivo dalle risorse umane. Esiste un sistema di segnalazione delle incongruenze in prospettiva previsto un collegamento diretto al cartellino orario integrazione tra il gestionale sigma e tom (cod. 90)	B
		non congruenza della erogazione con la progettazione e conseguente violazione della normativa in vigore per i corsi ecm	M	no	viene inviata una lettera ai responsabili scientifici ed alla segreteria organizzativa con il riepilogo dei requisiti oggetto di controllo	B
Liquidazione del compenso al docente / ente formatore	<ul style="list-style-type: none"> <li>-raccolta e verifica documentazione del corso</li> <li>-liquidazione compenso</li> </ul>	Liquidazione di compensi per corsi non erogati / non autorizzati	MA	no	esistenza della modulistica di progettazione e della evidenza delle variazioni economiche successive Esistenza lettera di incarico al docente/ditta riportante il compenso pattuito Esistenza di fogli firma docenti la liquidazione delle competenze avviene dopo la verifica della sopracitata documentazione	B
		Liquidazione di compensi ai formatori diversi da quelli stabiliti o di rimborsi per spese non documentate	M	no	la liquidazione delle competenze avviene dopo la verifica della presenza della documentazione e la notula viene registrata dal sef	B

## P061 - GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Avvio istruttoria e individuazione partecipante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicazione disponibilità a sponsorizzare da parte della ditta</li> <li>- Invio richiesta di designazione del partecipante al resp. UO/dipartimento/struttura individuata</li> <li>- Individuazione partecipante da parte del resp. UO/direttore dipartimento/struttura</li> </ul>	Frequenza a corsi sponsorizzati in cambio di prescrizione farmaci o acquisto attrezzature	MA	no	Analisi dei dati di prescrizione e/o acquisto attrezzature del singolo sanitario che partecipa a corsi sponsorizzati	B
		Mancato criterio della rotazione del personale che partecipa ai corsi sponsorizzati	M	no	Limite massimo annuale di 2 partecipazioni a corsi sponsorizzati per dipendente, con una stessa ditta, come previsto dal regolamento aziendale (delibera 1230 del 19/07/2018); adozione di un provvedimento autorizzativo della direzione per l'autorizzazione alla partecipazione a corsi sponsorizzati	B
		Presenza di situazioni di conflitto di interesse per il direttore di UO o il dipendente individuato	M	no	In base al regolamento aziendale (delibera 1230 del 19/07/2018) è previsto che il direttore di UO ed il dipendente che partecipa ai corsi sponsorizzati attestino l'assenza di conflitto di interessi con apposita dichiarazione che viene conservata agli atti dalla uosd formazione	B
Identificazione partecipante e comunicazione alla ditta	Designazione responsabili di struttura tecnico-funzionale comunicazione designazione alla ditta	La nomina viene effettuata senza il rispetto delle procedure previste dal regolamento	M	no	Verifica della presenza della firma del responsabile di struttura tecnico funzionale di riferimento	B

## P063 - GESTIONE DEI SINISTRI E GESTIONE DIRETTA DELL'AUTOASSICURAZIONE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ATTIVITA' PRELIMINARE	(Ufficio Protocollo) acquisita /ricevuta la RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI/segnalazione la assegna all'UOC Affari generali					

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ATTIVITA' PRELIMINARE	verificare effettiva legittimazione (attiva del denunciante, passiva dell'azienda) ed eventuale prescrizione diritto al risarcimento	presa in carico e denuncia di un sinistro non di competenza dell'azienda o per il quale è maturata la prescrizione	MB	no	l'ufficio verifica la competenza dell'azienda e l'eventuale prescrizione della richiesta	B
ATTIVITA' PRELIMINARE	comunicare al denunciante carenza di legittimazione (attiva o passiva) o l'intervenuta prescrizione del diritto, chiudere il procedimento ed archiviare documentazione	a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta il denunciante promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente	MB	si		MB
APERTURA SINISTRO	verificare se sussiste (o meno) copertura assicurativa ed i limiti di questa (SIR, franchigia)	gestione diretta di un sinistro che (invece) è sopra SIR	MB	no	l'ufficio verifica se il sinistro rientra o meno tra i casi da gestire direttamente	B
APERTURA SINISTRO	aprire sinistro e caricare dati in GSRC con automatica attribuzione codice identificativo regionale	non si hanno dati aggiornati: - per la denuncia trimestrale - a fini statistici - ai fini delle verifiche di azienda Zero	M	no	verifica incrociata tra le richieste di risarcimento pervenute e caricate in un file Excel ed i dati caricati in GSRC	B
APERTURA SINISTRO	attribuzione PRIMA STIMA sinistro (ai sensi della procedura dell'Azienda Zero) e caricamento dato in GSRC	non si hanno dati aggiornati relativamente alle riserve	B	no	al momento della redazione del bilancio consuntivo, estrapolazione dal GSRC di tutti i sinistri caricati e verifica di quali tra questi non hanno la riserva valorizzata	B
APERTURA SINISTRO	comunicare apertura sinistro al denunciante e chiedere a questi mandato, ed inviare informativa privacy, documentazione integrativa ed eventuali precisazioni	a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta il denunciante promuove un'azione giudiziale	B	no	verifica che nel file Excel contenente i sinistri pervenuti sia stata caricata la data di riscontro a controparte	B
ISTRUTTORIA	Richiedere agli uffici competenti di trasmettere tutta la documentazione necessaria e/o utile per gestire il sinistro	a fronte della mancata tempestiva gestione del sinistro il denunciante promuove un'azione giudiziale	B	si		B
ISTRUTTORIA	caricare in GSRC la documentazione acquisita	incompleto caricamento della documentazione necessaria ad una corretta gestione del sinistro da parte di tutti gli uffici coinvolti	MB	si		MB
ISTRUTTORIA	comunicare all'UUS la chiusura dell'istruttoria	omessa/tardiva comunicazione all'ufficio unico sinistri della chiusura dell'istruttoria	MB	si		MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
GESTIONE SINISTRO	ATTIVITA' dell'UUS (trattative)		B	si		B
GESTIONE SINISTRO	acquisito da UUS il parere del CVS su definizione sinistro (rigetto o avvio trattative ed importo massimo entro il quale trattare) predisporre provvedimento approvazione/ NON approvazione da parte del DG del parere del CVS	a causa di errori/omissioni nella predisposizione del provvedimento gestione di sinistri in mancanza della necessaria autorizzazione	MA	no	più di una persona collabora (e verifica) alla predisposizione del testo delibera	B
GESTIONE SINISTRO	comunicazione all'UUS dell'adozione della delibera e caricamento di questa nel GSRC	mancata tempestiva gestione del sinistro con conseguente promozione da parte del denunciante di un'azione giudiziale	M	NO	notifica automatica all'UUS della pubblicazione della delibera dal programma delibere	B
GESTIONE SINISTRO	<b>in caso di sinistro rigettato:</b> ricevuta la comunicazione da parte dell'UUS del rigetto del sinistro comunicato alla controparte, in GSRC aggiornare i dati ed azzerare riserve (o mettere il diverso importo indicato dal CVS), chiudere il sinistro ed archiviare la documentazione	dati non corretti caricati in GSRC ed in particolare per quanto riguarda le riserve	MB	si		MB
GESTIONE SINISTRO	<b>in caso di autorizzazione di avvio alle trattative:</b> inviare agli Esercenti Professioni Sanitarie (EPS) individuati dal CVS la comunicazione prevista dall'art.13 della legge n.24/2017	mancata tempestiva comunicazione agli EPS con conseguente mancato avvio tempestivo delle trattative da parte dell'UUS e promozione da parte del denunciante di un'azione giudiziale	MB	si		MB
GESTIONE SINISTRO	comunicare all'UUS che possono procedere all'avvio delle trattative (per scadenza del termine o comunicazione dell'intenzione dell'EPS di non partecipare alle trattative)	mancato tempestivo avvio delle trattative da parte dell'UUS con conseguente promozione da parte del denunciante di un'azione giudiziale	MB	si		MB
LIQUIDAZIONE SINISTRO	ATTIVITA' dell'UUS (predisposizione quietanza)					
LIQUIDAZIONE SINISTRO	acquisita la quietanza, verificarne contenuto, sottoscrizione e allegati	erroneo pagamento da parte dell'Azienda	MA	no	più di una persona verifica la quietanza	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
LIQUIDAZIONE SINISTRO	predisporre provvedimento con il quale il DG autorizza la liquidazione sinistro	a causa di dimenticanza, ci può essere un ritardo o un'omissione nell'adozione del provvedimento, con conseguente mancato tempestivo pagamento da parte dell'Azienda	MB	no	presenza di uno scadenziario condiviso	B
LIQUIDAZIONE SINISTRO	chiedere al bilancio "apertura nuovo codice fornitore e relativa lista di trasmissione" e provvedere agli adempimenti necessari per la liquidazione utilizzando il programma Navision	a causa di un errore, indicazione di importo o beneficiario errati	M	no	segregazione delle attività (anche in Navision) non solo tra operatori afferenti ad unità operative diverse (UOC contabilità e bilancio - UOC affari generali) ma anche all'interno della stessa UOC affari generali ("segreteria - verificatore - responsabile")	B
COMUNICAZIONI E ADEMPIMENTI SUCCESSIVI ALLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	in GSRC chiudere sinistro, adeguare riserve ed archiviare fascicolo	a causa di dimenticanza/errore, mancata chiusura del sinistro e/o adeguamento della riserva	MB	no	Verifica CRO Bonifico prima di chiudere il sinistro. Estrapolazione periodica dati caricati in GSRC.	B
COMUNICAZIONI E ADEMPIMENTI SUCCESSIVI ALLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	OGNI QUATTRO MESI fare alla Corte dei Conti la comunicazione dei sinistri liquidati (di importo superiore ai 5.000,00€ ovvero, tra i 1.001,00 € ed i 5.000,00 € se ravvisati profili di responsabilità per colpa grave degli EPS)	A causa di assenza di procedure automatizzate ci può essere una errata o mancata comunicazione nei termini previsti alla Corte dei Conti	M	no	Controllo incrociato tra dati in Navision ed elenco predisposto dall'ufficio e salvato in cartella condivisa dei sinistri liquidati	B

## P064 - GESTIONE DEL CONTENZIOSO

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ATTIVITA' PRELIMINARE	ACCETTAZIONE NOTIFICA ATTO GIUDIZIARIO	ricezione/presa in carico di un atto giudiziario notificato all'azienda in luogo diverso dalla Sede Legale dell'Ente	M	no	comunicazione scritta al personale addetto alle portinerie delle sedi periferiche (ed in particolare dei luoghi ove avevano sede le disattivate ULSS 7 e ULSS 8) che documenta/giustifica l'irregolarità delle notifiche di atti giudiziari effettuate in luogo diverso dalla sede legale dell'ente	B
ATTIVITA' PRELIMINARE	(Ufficio Protocollo) acquisito /ricevuto l'ATTO GIUDIZIARIO regolarmente notificato, lo assegna all'UOC Affari generali	errata assegnazione del protocollo	B	si		B
ATTIVITA' PRELIMINARE	verificare se sussiste (o meno) copertura assicurativa ed i limiti di questa (SIR, franchigia)	l'azienda fa fronte direttamente delle spese di una causa che sarebbero invece a carico di un'assicurazione	M	no	l'ufficio verifica che effettivamente non vi sia una copertura assicurativa con riferimento alla causa promossa	B
SCELTA LEGALE	individuare il legale cui (eventualmente) conferire l'incarico	mancata applicazione del regolamento	MA	no	consultato il file "incarichi conferiti" salvato in cartella condivisa che documenta tutti gli incarichi conferiti (con relativo importo e se scelti dall'azienda e/o da una assicurazione) dall'ULSS 2 nel corso dell'anno	MB
SCELTA LEGALE	trasmettere al legale individuato l'atto notificato all'azienda e chiedere a questi un preventivo (in base ai minimi tariffari)	richiesta, in corso di causa, da parte dell'avvocato di un compenso superiore ai minimi tariffari (o comunque eccessivo) senza una documentata giustificazione (es sopravvenuta complessità della causa) da parte di questi	MA	no	verificare che il preventivo inviato sia conforme ai minimi tariffari utilizzando il relativo file in cartella condivisa (o strumento analogo)	MB
SCELTA LEGALE	chiedere al legale individuato curriculum vitae	conferire l'incarico ad un avvocato che non sia in possesso della documentata competenza necessaria in relazione alla complessità del caso	MA	no	acquisire il curriculum vitae e verificare la coerenza tra l'esperienza da questo documentata e l'incarico da conferire	MB
SCELTA LEGALE	chiedere al legale individuato dichiarazione sostitutiva atto notorietà "assenza incompatibilità"	conferire l'incarico ad un avvocato che sia in conflitto di interessi e/o in situazione di incompatibilità con l'azienda	MA	no	acquisita la dichiarazione sostitutiva, verificare che da quanto in questa dichiarato non emergano situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'azienda	MB
GESTIONE CAUSA	monitoraggio delle scadenze ed esame della	non produrre/fornire la documentazione e/o le informazioni al nostro legale tempestivamente (e	MA	no	tutte le comunicazioni inerenti la causa trasmesse dall'avvocato vengono protocollate ed assegnate al	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	documentazione depositata in causa	comunque entro i termini previsti a pena di decadenza)			Responsabile dell'istruttoria che provvede a "monitorare" gli adempimenti	
GESTIONE CAUSA	aggiornare gli accantonamenti per cause civili ed oneri processuali (PBA020) e per contenzioso personale dipendente (PBA030)	le somme accantonate dall'azienda non sono congrue rispetto a quanto potrebbe dover sborsare in caso di soccombenza nella causa	MA	no	annualmente viene richiesto al legale di comunicare lo stato dell'arte della causa e la probabilità o meno di soccombenza	B
CONCLUSIONE CAUSA	pagare a controparte quanto dovuto in caso di soccombenza	non pagare tempestivamente e spontaneamente quanto dovuto	MA	no	quando arriva la comunicazione da parte dell'avvocato del (definitivo) esito sfavorevole della causa viene predisposta la delibera che autorizza il pagamento di quanto dovuto e si procede con i conseguenti adempimenti	B

**P071 - GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA (ESCLUSO LE RICERCHE CLINICHE)**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Presentazione del progetto da parte del Responsabile di progetto	Presentazione del progetto da parte del Responsabile di progetto	Il finanziatore induce il Responsabile di progetto a presentare e finanziare un progetto al fine di ottenere dei vantaggi economici / non economici	M	no	il CdG provvede a una valutazione di possibili conflitti di interesse in caso di sponsorizzazioni da privati profit	MB
		Il Responsabile di Progetto porta il finanziatore a finanziare un progetto in cambio di vantaggi economici / non economici	MA	no	il CdG provvede a una valutazione di possibili conflitti di interesse in caso di sponsorizzazioni da privati profit	M
Valutazione del progetto	Valutazione e approvazione del progetto	Nel caso in cui il progetto non sia stato presentato in risposta a un bando, il Responsabile di Progetto potrebbe indurre i soggetti valutatori alla positiva valutazione del progetto	M	no	Per i progetti a bando, il rischio è azzerato dalla presenza di una procedura di valutazione esterna, con criteri già individuati a priori ed esplicitati nel bando. Per i progetti non a bando si propone che la valutazione sia effettuata dalla Direzione Strategica sulla base di una griglia predisposta dal CdG che evidenzia per ogni proposta coerenza con obiettivi aziendali, applicabilità e sostenibilità	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		Progetto non viene sottoposto alla valutazione da parte del Comitato Etico, nonostante presenti le caratteristiche di studio clinico	M	no	Il Nucleo di Ricerca Clinica, preventivamente all'approvazione del progetto finanziato, effettua un controllo al fine di verificare se lo stesso deve essere sottoposto all'iter di valutazione e approvazione da parte del Comitato Etico	B
Avvio del progetto	Avvio del progetto: Acquisizione di beni/servizi per il progetto	Il Responsabile di Progetto potrebbe acquisire beni/servizi diversi da quanto programmato	MB	no	Il CdG, in sede di ricezione della richiesta, verifica la coerenza tra quanto programmato e quanto richiesto. Eventuali variazioni delle voci di spesa devono essere notificate al finanziatore per eventuale approvazione (scostamenti significativi)	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per fornire informazioni all'acquisto beni e servizi da un particolare fornitore	M	no	Il CdG verifica che la richiesta di beni e servizi (specifiche tecniche o requisiti necessari) sia formulata dal Responsabile Progetto in modo puntuale, senza identificare uno specifico fornitore, ad eccezione dei casi in cui beni e servizi abbiano carattere di esclusività. La richiesta viene poi inoltrata ai Servizi competenti che si occupano degli step necessari all'acquisizione	B
	Avvio del progetto: Acquisizione di risorse umane per il progetto	Pressioni al Responsabile di Progetto per fornire informazioni all'acquisizione di risorse umane diverse da quelle programmate (profilo)	MB	no	L'Ufficio Progetti Finanziati verifica la coerenza tra quanto programmato e quanto richiesto da parte del Responsabile di Progetto. Per quanto riguarda i finanziamenti a bando il rispetto delle voci di spesa è più stringente. Inoltre l'Ufficio Progetti Finanziati propone il progetto solo nel caso in cui siano identificate in modo univoco le risorse e le relative caratteristiche. Eventuali variazioni delle percentuali di voci di spesa devono essere notificate al finanziatore per l'eventuale approvazione (scostamenti significativi). L'Ufficio Progetti Finanziati, in sede di monitoraggio del progetto, verifica che le risorse richieste (beni/servizi/umane) corrispondano a quelle approvate nel piano di spesa iniziale e riportate nel file excel di monitoraggio	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per definire un compenso maggiore per il personale dedicato al progetto	M	no	L'Ufficio Progetti Finanziati verifica la coerenza tra quanto definito dal Responsabile di Progetto per il personale dedicato, rispetto al compenso medio percepito dal personale dipendente per la stessa qualifica professionale (anche mediante confronto con Servizio Personale). In caso di scostamenti elevati viene richiesta la revisione del compenso	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		Pressioni al Responsabile di Progetto per favorire l'assunzione di determinate risorse esterne	MB	no	Il CdG verifica la coerenza tra la qualifica ed esperienza professionale richiesti dal Responsabile di progetto, rispetto agli obiettivi e alle attività previste dallo stesso. Si verifica altresì che tali specifiche siano idonee alle procedure regolamentate dalla UOC Gestione Risorse Umane per l'avviso pubblico di selezione avviato e gestito dalla succitata UOC	B
Monitoraggio del progetto con eventuale invio rendicontazioni periodiche	verifica SAL e invio rendicontazioni e periodica (se necessaria)	Pressioni al Responsabile di Progetto per presentare stati di avanzamento non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività	MB
	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale esterno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	MA	no	Il CdG mensilmente verifica per i soggetti esterni:- il rispetto dei compensi massimi stabiliti inizialmente dal progetto, - la coerenza tra l'importo fatturato dal soggetto esterno e il periodo oggetto di fatturazione, e rispetto alle attività fatturate,- la presenza della sigla del Responsabile di progetto ad attestazione dell'attività svolta	B
	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale interno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	M	no	L'Ufficio Progetti Finanziati periodicamente (intermedia e/o finale) verifica per i soggetti interni:- la richiesta da parte del responsabile,- il rispetto delle ore stabilite inizialmente dal progetto,- la presenza delle ore causalizzate o in eccedenza oraria (verificate dal Servizio Personale), - l'eventuale validazione della Direzione Strategica ove necessario. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti (Servizio Personale)	B
		Viene autorizzato il pagamento al personale interno di prestazioni svolte in orario istituzionale (specifico per progetti obiettivo)	M	no	Il Servizio Personale verifica per i soggetti interni, la presenza delle ore causalizzate o in eccedenza oraria	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	autorizzazione e verifica per il pagamento di servizi/attività	Viene autorizzato il pagamento di servizi / attività non effettuate o superiori a quanto autorizzato inizialmente	M	no	Ad ogni tranche di pagamento, il CdG verifica per i servizi il rispetto dei compensi massimi stabiliti, coerenza tra importo fatturato e attività dichiarate, periodo oggetto di fatturazione, presenza sigla del Responsabile di progetto nella relazione di attività svolta. Eventuali aumenti di importo devono essere richiesti e motivati al CdG, ai fini di permettere verifica su disponibilità economica, e successivamente vengono trasmessi ai Servizi che si occupano di ordini e fatture per l'estensione del contratto nei limiti stabiliti dal Regolamento aziendale in vigore. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti	B
Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Il Responsabile di Progetto redige una relazione finale riportante risultati non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività	B
		Il Responsabile di Progetto potrebbe non richiedere nei termini previsti la proroga del progetto	MB	no	I SAL periodici assieme al Responsabile Scientifico permettono di monitorare l'andamento delle attività progettuali, e di individuare tempestivamente eventuali rallentamenti o difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi nei termini inizialmente previsti. Ciò permette di valutare e attivare la procedura di proroga rispettando le tempistiche stabilite dall'ente finanziatore	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per rifinanziare il progetto oltre l'importo definito inizialmente	MB	no	La richiesta motivata di rifinanziare il progetto deve essere inoltrata al CdG che verifica la disponibilità economica residua. La ripianificazione del progetto deve essere successivamente autorizzata dall'ente finanziatore. Tutti i rifinanziamenti sono infine autorizzati con DDG	B

## P072 - GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI E RICERCHE CLINICHE (PROFIT E NO PROFIT)

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Supporto al Principal Investigator (P.I.) in qualità di promotore nella compilazione della documentazione necessaria per lo studio		A causa di mancata/errata compilazione della documentazione, il Promotore/Principal Investigator potrebbe classificare lo studio in maniera scorretta e, quindi, non verrebbe stipulata la polizza assicurativa a copertura dei rischi derivanti dallo studio	MA	no	In fase di verifica della fattibilità locale, l'URC si accerta che la classificazione dello studio sia corretta rispetto agli obiettivi dello studio. Lo studio, nei casi previsti, una volta confermata la fattibilità positiva, viene inoltrato al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto (CET ANV), che procede ad una propria valutazione, anche in merito alla tipologia di studio Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di mancata/errata compilazione della documentazione, il Promotore/Principal Investigator potrebbe non evidenziare eventuali costi di prestazioni diagnostico/strumentali aggiuntive correlate allo studio, che, pertanto, potrebbero gravare sui costi del servizio sanitario nazionale (SSN)	MA	no	In fase di verifica della fattibilità locale, l'URC si accerta che quanto previsto dal Protocollo di studio corrisponda a quanto indicato dal PI nel modulo di fattibilità. Lo studio, nei casi previsti, una volta confermata la fattibilità positiva, viene successivamente inoltrato al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto, che procede ad una propria valutazione. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di mancata/errata compilazione della documentazione, il Promotore/Principal Investigator potrebbe non rispettare la normativa vigente (es. protezione dati personali) e le procedure aziendali in essere con il rischio di incorrere in sanzioni	M	no	L'URC, ai fini della verifica di fattibilità, analizza la documentazione pervenuta e si accerta della correttezza rispetto a quanto previsto dalla normativa e dalle procedure aziendali. Lo studio, nei casi previsti, una volta confermata la fattibilità positiva, viene inoltrato al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto, che procede ad una propria valutazione. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC e sulla privacy.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		A causa di pressioni sugli uffici URC da parte del Principal Investigator, si potrebbero non attribuire ai fondi derivanti dalla ricerca clinica i costi aggiuntivi relativi agli studi clinici no profit privi di contributi che prevedono prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, facendoli in tal modo gravare sui costi del SSN	M	no	<p>1) La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dall'URC (nella fase istruttoria, prima di sottoporre lo studio al Comitato Etico)</p> <p>2) la sperimentazione viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CE, dal CET ANV garantendo un'oggettività di valutazione, anche con riferimento alla congruità economica e alle autorizzazioni di copertura dei costi a carico dei fondi derivanti dalla ricerca clinica</p> <p>3) gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie</p> <p>4) a fine anno, o alla conclusione dello studio, gli uffici URC chiedono con mail agli sperimentatori di dichiarare se per gli studi no profit con costi aggiuntivi sono state effettuate le prestazioni extraroutinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi</p> <p>5) in fase di rendicontazione dei fondi derivanti dalla ricerca clinica al fine degli accantonamenti a bilancio, il Referente amministrativo URC effettua un controllo sulle mail e sui prospetti relativi all'utilizzo dei fondi in modo da individuare possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti.</p> <p>Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.</p>	B
Iter autorizzativo dello studio	Valutazione di fattibilità da parte dell'URC (incontro URC)	A causa di pressioni da parte dello sperimentatore/ promotore, l'URC potrebbe avallare una quota paziente diversa (eccessiva/bassa) rispetto al livello di mercato e al volume di attività previste dallo studio in rapporto all'attività istituzionale con il rischio che i costi delle prestazioni/esami aggiuntive gravino sul SSN	MA	no	<p>La quota paziente viene analizzata rispetto al valore delle prestazioni da tariffario SSN e al volume di attività previste dallo studio in rapporto all'attività istituzionale dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e, nei casi previsti, viene valutata dal CET ANV costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione.</p> <p>Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.</p>	MB

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		A causa di pressioni da parte dello sperimentatore/Promotore/Sponsor, l'URC potrebbe avallare una classificazione scorretta della sperimentazione (osservazionale/interventistico, profit/no profit) e, quindi, non vengono messi in atto tutti gli adempimenti previsti per ogni tipologia di studio (es. stipula assicurazione, pagamento quota CET...) previsti dalla normativa e/o da procedure aziendali	M	no	La sperimentazione, e relativa classificazione, viene analizzata rispetto alla normativa vigente dall'URC nella fase istruttoria e, nei casi previsti, viene valutata dal Comitato Etico costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Nel caso di studi che hanno ottenuto il parere unico favorevole del CE coordinatore nazionale, essendo valido su tutto il territorio nazionale, non è necessaria ulteriore valutazione. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di interpretazioni diverse che si possono dare alla normativa gli studi potrebbero non essere classificati in modo non corretto e quindi si potrebbe avallare una classificazione scorretta della sperimentazione (osservazionale/interventistico, profit/no profit) e, quindi, non vengono messi in atto tutti gli adempimenti previsti per ogni tipologia di studio (es. stipula assicurazione, pagamento quota CET...) previsti dalla normativa e/o da procedure aziendali	M	no	La sperimentazione, e relativa classificazione, viene analizzata dall'URC rispetto alla normativa vigente (nella fase istruttoria, e, nei casi previsti, viene valutata dal Comitato Etico costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Nel caso di studi che hanno ottenuto il parere unico favorevole del CE coordinatore nazionale, essendo valido su tutto il territorio nazionale, non è necessaria ulteriore valutazione. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di pressioni all'URC, da parte del Promotore, si potrebbe effettuare una valutazione di fattibilità non oggettiva approvando uno studio potenzialmente rischioso per i pazienti con effetti nefasti per la loro salute	A	no	La sperimentazione viene analizzata dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e, nei casi previsti, viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal proprio Regolamento, dal Comitato Etico Territoriale costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Per la validazione è previsto un numero legale di componenti. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	provvedimento autorizzativo degli studi	A causa di errore involontario/dimenticanza/negligenza, l'URC potrebbe non procedere con gli atti successivi al parere positivo espresso dal CET ANV o nazionale (DDG, firma contratto, comunicazione autorizzazione), determinando ritardi nell'avvio dello studio e quindi, il paziente potrebbe perdere la possibilità di beneficiare di trattamenti che potrebbero giovare alla sua salute	MB	no	L'URC ha predisposto delle procedure operative per definire e standardizzare la documentazione e le operazioni da compiere ai fini dell'avvio dello studio. L'URC inoltre monitora costantemente le richieste di studi tramite un file excel condiviso. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
Individuazione dei pazienti arruolabili da parte del Principal Investigator (P.I.)		A causa di pressioni allo sperimentatore, da parte del paziente, si potrebbe arruolare un paziente che riceverebbe la cura sperimentale pur non avendo i requisiti necessari per rientrare nello studio con conseguenze peggiorative sulla sua salute, o comunque, sottoponendolo a trattamenti inutili	MA	no	Il monitor del Promotore/CRO Contract Research Organisation (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione. Ulteriori controlli sul rispetto dei criteri di inclusione sono svolti dal data manager inserito all'interno dell'UO.  L'Unità Ricerca Clinica ha standardizzato e regolamentato la gestione degli studi clinici in compliance alla normativa vigente, al fine di garantire supporto uniforme a tutte le UU.OO. impegnate in ricerca e implementare le attività di ricerca clinica profit e no profit (con particolare attenzione agli studi con farmaci innovativi). Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di pressioni allo sperimentatore da parte del Promotore, viene riconosciuto al paziente un rimborso di spese vive maggiore rispetto ai costi effettivamente sostenuti dallo stesso.	M	no	L'ufficio competente del promotore/CRO segnala al personale dell'URC la quota da riconoscere al centro sperimentale sulla base delle verifiche eseguite in fase di monitoraggio dal monitor di studio. L'URC verifica che le richieste di rimborso siano pertinenti con la sperimentazione e corrispondenti a quanto dichiarato nel modulo di fattibilità e nel contratto. E' stato predisposto un modulo aziendale specifico per le richieste di rimborso. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Avvio e monitoraggio del processo di sperimentazione		A causa di pressioni da parte del PI, il data manager potrebbe oscurare parte dei dati derivanti dallo studio o registrare dati non veritieri con la conseguenza che vengano pubblicati dati non corretti e che, quindi, i pazienti vengano sottoposti a terapie per loro gravose o che non vengano sottoposti a terapie che potrebbero essere migliorative delle loro condizioni di salute	M	no	Dove presente, il monitor della CRO nominata dal Promotore effettua controlli periodici con i dati riportati nel database e le cartelle cliniche dei pazienti.  Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di errore involontario/dimenticanza/negligenza il data manager potrebbe non registrare correttamente i dati dello studio con la conseguenza che vengano pubblicati dati non attendibili	M	no	Il Promotore o, dove presente, il monitor della CRO nominata dal Promotore effettua controlli periodici con i dati riportati nel database e le cartelle cliniche dei pazienti.  Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
		A causa di pressioni agli uffici URC, da parte del Promotore, l'attività contabile relativa agli studi potrebbe non venire avviata o essere interrotta con incidenze negative sul bilancio aziendale	M	no	Lo sperimentatore periodicamente chiede agli uffici URC notizie relative ai pagamenti delle quote pazienti derivanti da studi for profit o dei contributi derivanti da studi no profit. Gli uffici URC dispongono di più persone che svolgono l'attività contabile, le quali periodicamente controllano - nel database aziendale degli studi clinici (FmP) e/o nella piattaforma informatica regionale - che per gli studi for profit e no profit con contributi siano registrate le emissioni di fatture. Gli uffici URC procedono all'analisi della documentazione relativa a ciascuno studio per il quale non risultano fatture nell'ultimo periodo di riferimento o non risultano pagate le fatture alla scadenza, per verifica delle motivazioni. Il Referente amministrativo URC, o un suo delegato, controlla periodicamente i report ricavati da FmP, relativi all'emissione di fatture, e le richieste inviate ai promotori (mail) di procedere con l'attività contabile in caso di mancata fatturazione o di ritardo nei pagamenti.	B
Conclusione del processo di sperimentazione		A causa di pressioni allo sperimentatore, da parte del Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati	M	no	Gli studi clinici più rilevanti (in particolare le sperimentazioni con farmaco o dispositivo) sono multicentrici: alterare gli esiti della ricerca richiede pressioni rivolte a tutti i centri coinvolti o la maggior parte, ipotesi difficilmente realizzabile.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
e formulazione di dati		all'esito della ricerca, con conseguente immissione/diffusione nel mercato di nuovi farmaci/dispositivi medici che potrebbero essere dannosi per i pazienti			Il monitor del Promotore/CRO (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio. Nei reparti con maggiore volume di attività di ricerca è prevista la presenza di data manager, che verifica l'esito della ricerca. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	
		A causa di pressioni al data manager, da parte del Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati all'esito della ricerca con conseguente immissione/diffusione nel mercato di nuovi farmaci/dispositivi medici che potrebbero essere dannosi per i pazienti	M	no	Gli studi clinici più rilevanti (in particolare le sperimentazioni con farmaco o dispositivo) sono multicentrici: alterare gli esiti della ricerca richiede pressioni rivolte a tutti i centri coinvolti o la maggior parte, ipotesi difficilmente realizzabile. Il monitor del Promotore/CRO (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio. Per gli studi più strutturati lo sperimentatore convalida i dati inseriti nella CRF dal data manager. Nel corso del 2024 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori circa l'attività di supporto alla ricerca svolto dall'URC.	B
Rendicontazioni periodiche per la ripartizione delle quote derivanti della sperimentazione	Riconoscimento economico agli sperimentatori per attività derivanti da ricerca clinica	Per errore operativo e organizzazione dell'attività (tempistica fra emissione di fattura e pagamento dello sperimentatore), gli uffici URC potrebbero autorizzare l'attribuzione dei compensi in assenza di ore aggiuntive rispetto all'attività istituzionale con conseguente danno erariale per l'Amministrazione.	MB	no	Il Referente amministrativo URC effettua un controllo sugli importi da liquidare, al fine di verificare la congruità del monte ore ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione; può inoltre verificare nella cartella informatica relativa alla contabilità dello studio se l'operatore ha richiesto la situazione oraria dello sperimentatore. La UO Gestione Risorse Umane, prima di liquidare il compenso, verifica che il dipendente abbia le ore aggiuntive a fronte dei compensi da erogare.	B
		A causa di pressioni da parte degli sperimentatori, gli uffici URC potrebbero autorizzare l'attribuzione dei compensi in assenza di ore aggiuntive rispetto all'attività istituzionale con conseguente danno erariale per l'Amministrazione.	MB	no	Il Referente amministrativo URC effettua un controllo sugli importi da liquidare, al fine di verificare la congruità del monte ore ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione; può inoltre verificare nella cartella informatica relativa alla contabilità dello studio se l'operatore ha richiesto la situazione oraria dello sperimentatore. La UO Gestione Risorse Umane, prima di liquidare il compenso, verifica che il dipendente abbia le ore aggiuntive a fronte dei compensi da erogare.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Rendicontazione delle attività extraroutinarie studio specifiche	A causa di errore operativo, in caso di studi for profit o no profit con contributi, vengono rendicontate prestazioni diverse da quelle effettivamente sostenute per la sperimentazione o classificate prestazioni extra routinarie come prestazioni di normale pratica clinica, determinando un danno economico per l'Azienda.	MB	no	<p>Gli operatori degli uffici URC verificano che le prestazioni da rendicontare corrispondano a quanto previsto dal contratto e a quanto segnalato nel modulo di fattibilità e salvano nella cartella informatica relativa alla contabilità dello studio la documentazione contabile e la mail dello sperimentatore o del data manager di UO che conferma le prestazioni da rendicontare, al fine di consentire al Referente amministrativo un controllo di coerenza ed individuare possibili anomalie, prima di procedere alla richiesta di emissione fattura.</p> <p>Gli studi clinici vengono registrati da un ulteriore operatore dell'URC nella piattaforma informatica regionale e viene data evidenza di tutte le prestazioni previste e della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie. La presenza di prestazioni non routinarie viene registrata anche nel database aziendale.</p> <p>Periodicamente (ogni 6 mesi) il Referente amministrativo URC può effettuare un controllo sul prospetto riepilogativo riferito alle fatture incassate nel corso dell'anno e alle relative ripartizioni, per verificare che siano stati contabilizzati i costi relativi a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, e lo confronta con quanto registrato nei database di ricerca clinica relativamente alle prestazioni non routinarie, per verificarne la coerenza.</p>	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		A causa di pressioni da parte dello sperimentatore, rendicontazione di prestazioni diverse da quelle effettivamente sostenute per la sperimentazione o classificazione di prestazioni extra routinarie come prestazioni di normale pratica clinica con conseguente errata rendicontazione.	MB	no	<p>Il monitor del Promotore/CRO verifica le prestazioni nella scheda raccolta dati (CRF) rispetto a quanto previsto da protocollo e da contratto. Ulteriori controlli sulla congruenza delle prestazioni effettuate e registrate in CRF sono svolti dal data manager dell'UO (se presente).</p> <p>Gli operatori degli uffici URC verificano che le prestazioni da rendicontare corrispondano a quanto previsto dal contratto e a quanto segnalato nel modulo di fattibilità e salvano nella cartella informatica relativa alla contabilità dello studio la documentazione contabile e la mail dello sperimentatore o del data manager di UO che conferma le prestazioni da rendicontare, al fine di consentire al Referente amministrativo un controllo di coerenza ed individuare possibili anomalie, prima di procedere alla richiesta di emissione fattura.</p> <p>Gli studi clinici vengono registrati da un ulteriore operatore dell'URC nella piattaforma informatica regionale e viene data evidenza di tutte le prestazioni previste e della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie. La presenza di prestazioni non routinarie viene registrata anche nel database aziendale.</p> <p>Periodicamente (ogni 6 mesi) il Referente amministrativo URC può effettuare un controllo sul prospetto riepilogativo riferito alle fatture incassate nel corso dell'anno e alle relative ripartizioni, per verificare che siano stati contabilizzati i costi relativi a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, e lo confronta con quanto registrato nei database di ricerca clinica relativamente alle prestazioni non routinarie, per verificarne la coerenza.</p>	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		Per errore materiale, si potrebbero non imputare ai fondi derivanti dalla ricerca clinica i costi aggiuntivi relativi agli studi clinici no profit privi di contributi che prevedono prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, facendoli in tal modo gravare sul SSN	MB	no	<p>La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CET, dal Comitato Etico costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione, anche con riferimento alla congruità economica e alle autorizzazioni di copertura dei costi a carico dei fondi derivanti dalla ricerca clinica.</p> <p>Gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie.</p> <p>A fine anno, o alla conclusione dello studio, gli uffici URC chiedono con mail agli sperimentatori di dichiarare se per gli studi no profit con costi aggiuntivi sono state effettuate le prestazioni extraroutinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi.</p> <p>In fase di rendicontazione dei fondi derivanti dalla ricerca clinica al fine degli accantonamenti a bilancio, il Referente amministrativo URC effettua un controllo sulle mail e sui prospetti relativi all'utilizzo dei fondi in modo da individuare possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti.</p>	B
	Ripartizione delle quote derivanti dalla ricerca clinica	A causa di errore operativo, si potrebbero ripartire le quote derivanti dalla ricerca clinica secondo percentuali diverse da quanto previsto dal Regolamento URC, con conseguente errata imputazione delle quote ai fondi derivanti dalla ricerca.	MB	no	<p>Il Regolamento URC stabilisce specifiche quote di ripartizione.</p> <p>Le percentuali di ripartizione degli introiti sono dettagliate in fattibilità secondo lo schema previsto dal Regolamento URC e vistrate non solo dal PI ma anche dai Responsabili delle UO coinvolte.</p> <p>In fase di richiesta di emissione fattura alla UOC Contabilità e Bilancio, l'URC dettaglia le quote da attribuire a fondi e compensi che vengono verificate dall'ufficio ricevente.</p> <p>Nelle fasi di incasso delle fatture emesse per lo studio clinico, le attribuzioni ai fondi avvengono secondo le quote definite nella fattura. In fase di comunicazione degli accantonamenti alla UOC Contabilità e Bilancio, il Referente amministrativo verifica la corrispondenza di quanto indicato nel prospetto riepilogativo delle fatture emesse e relative ripartizioni con quanto indicato dal regolamento URC e dalla fattibilità.</p>	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		A causa di pressioni da parte dello sperimentatore, si potrebbero ripartire le quote derivanti dalla ricerca clinica secondo percentuali diverse da quanto previsto dal Regolamento URC, con conseguente errata imputazione delle quote ai fondi derivanti dalla ricerca e attribuzione di compensi non dovuti.	MB	no	<p>Il Regolamento URC stabilisce specifiche quote di attribuzione ai fondi di reparto e limita la percentuale massima di destinazione degli introiti a compensi degli sperimentatori.</p> <p>Le percentuali di ripartizione degli introiti sono dettagliate in fattibilità secondo lo schema previsto dal Regolamento URC e viste non solo dal PI ma anche dai Responsabili delle UO coinvolte.</p> <p>La fattibilità viene verificata dall'URC e (se applicabile) successivamente dal CET ANV costituito da 20 componenti.</p> <p>In fase di richiesta di emissione fattura alla UOC Contabilità e Bilancio, l'URC dettaglia le quote da attribuire a fondi e compensi che vengono verificate dall'ufficio ricevente.</p> <p>Nelle fasi di incasso delle fatture emesse per lo studio clinico, le attribuzioni ai fondi avvengono secondo le quote definite nella fattura. In fase di comunicazione degli accantonamenti alla UOC Contabilità e Bilancio, il Referente amministrativo verifica la corrispondenza di quanto indicato nel prospetto riepilogativo delle fatture emesse e relative ripartizioni con quanto indicato dal regolamento URC e dalla fattibilità.</p>	B
Gestione fondi per la ricerca	Utilizzo dei fondi no profit e URC	Per ottenere dei vantaggi personali o a favore di terzi, vengono attribuiti costi non pertinenti ai fondi no profit e URC con conseguente danno economico a carico dei fondi.	M	no	<p>La responsabile URC preventivamente autorizza l'accesso al fondo no profit o al fondo URC e verifica la congruità e la pertinenza delle richieste.</p> <p>Il Referente amministrativo verifica e firma la richiesta all'UOC competente al fine di procedere al rimborso.</p> <p>L'UOC interessata effettua un controllo sull'appropriatezza delle richieste.</p>	B

## P075 - GESTIONE RECUPERO CREDITI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Estrazione base dati	Ricezione dati da azienda zero e controllo di gestione (autocertificazioni) (nel caso di 7R2)	Errata/mancata/incompleta ricezione dei dati	M	si		M
		Errata assegnazione della competenza della circolare	MB	si		MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Estrazione sulla base dei criteri definiti con il software dei dati dagli applicativi aziendali di cup - cassa ecc.	i dati estratti contengono posizioni già pagate oppure non contengono posizioni da sollecitare	MB	si		MB
Elaborazione dei dati e invio dei solleciti	Invio dei solleciti secondo regolamento aziendale	Errato o ritardato invio del sollecito	M	no	Un soggetto diverso dall'incaricato all'istruttoria verifica l'operato dello stesso	MB
			M	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B
	In determinati casi (es. mancate disdette), valutazione delle singole posizioni secondo regolamento aziendale e secondo la normativa prima dell'invio, tenendo conto: - della valutazione del reparto che codifica la mancata disdetta o la mancata erogazione della prestazione - la valutazione da parte dell'operatore amministrativo delle codifiche che sono state inserite	Errata/incompleta valutazione delle posizioni	M	no	Verifica massiva: - dei giustificativi presenti per ogni posizione (mancate disdette); - della fondatezza delle richieste pervenute dalle UOC negli applicativi CUP Cassa (omesso pagamento ticket); - dello stato dell'assistito tramite richiesta ai Centri per l'Impiego e verifica presso Anagrafi Comunali (mendaci)	MB
Chiusura delle posizioni creditorie e gestione dei contenziosi	pagamento da parte dell'utente nelle diverse forme previste dall'ulss e smistamento da parte del bilancio dei pagamenti per posta e banca che interessano la chiusura dei gestionali di CUP/CASSA	Mancata trasmissione dei pagamenti alle casse in quanto non riconoscibili	MB	si		MB
	gestione da parte delle casse dei pagamenti trasmessi dal bilancio	mancata trasmissione flusso 730 / ritrasmissione del sollecito di pagamento per una posizione che doveva essere già chiusa	M	si		M
	Se l'utente presenta ricorso: valutazione della fondatezza dell'istanza con annullo della pratica o emissione del sollecito	la valutazione delle controdeduzioni portate dall'utente a supporto del mancato pagamento può essere errata o incompleta e portare alla chiusura di	MA	no	La documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		posizioni che invece devono essere incassate				
	Se l'utente dimostra di aver già pagato la prestazione: valutazione della documentazione trasmessa a supporto	chiusura non corretta della pratica	MA	no	La documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	MB
invio secondo sollecito	Invio del secondo sollecito direttamente dall'ulss o tramite equitalia	viene sollecitata una pratica già chiusa / non viene sollecitata una pratica da sollecitare	MB	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B
	caricamento della pratica ai fini della riscossione coattiva o trasmissione agli affari generali (in caso di importo rilevante) per incarico a un legale	mancato recupero del credito	MB	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B

## P077 - ATTIVITÀ IN REGIME DI LP

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Autorizzazione all'esercizio della libera professione e inserimento dei relativi dati (anagrafica, tariffario, quote, ecc.) nei gestionali	autorizzazione del medico /equipe	Autorizzazione di medici in assenza dei requisiti previsti da normativa (esempio: tempo pieno, rapporto esclusivo, ecc.)	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP verifica che il medico abbia i seguenti requisiti: - sia un dipendente a rapporto esclusivo oppure sia personale convenzionato (esempio: specialista ambulatoriale interno o professore universitario) - abbia un rapporto di lavoro a tempo pieno (solo per il personale dipendente) - presti l'attività libero professionale nella disciplina di appartenenza o diversa secondo le modalità previste dal Regolamento Aziendale.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	definizione delle tariffe da applicare alle singole prestazioni/ricoveri autorizzati	applicazione di una tariffa inferiore a quella istituzionale / applicazione di una quota azienda non remunerativa	M	no	L'operatore dell'Ufficio deputato alla gestione della libera professione (di seguito Ufficio LP) verifica che le tariffe siano superiori a quelle previste dalle vigenti disposizioni a titolo di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni. Il controllo è svolto in sede di autorizzazione.	B
		applicazione di una tariffa inferiore a quella istituzionale / applicazione di una quota azienda non remunerativa	M	no	L'operatore dell'Ufficio deputato alla gestione della libera professione verifica la corretta applicazione quanto previsto dall'articolo 14 del Regolamento aziendale.	B
	gestione della tipologia di prestazioni / ricoveri da autorizzare	Autorizzazione di ricoveri libero professionali non coerenti con l'attività istituzionale	M	no	Il Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza del medico, in sede di autorizzazione, verifica che le procedure chirurgiche siano eseguibili anche in regime istituzionale. In seguito la richiesta di autorizzazione viene trasmessa alla Direzione medica di presidio che verifica l'appropriatezza del DRG individuato per il ricovero. L'esito del controllo è formalizzato tramite parere favorevole da parte della Direzione medica di presidio.	B
		Autorizzazione di prestazioni libero professionali non coerenti con l'attività istituzionale	M	no	Il Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza del medico, in sede di autorizzazione, verifica quanto previsto all' art 16 lett e ) del regolamento aziendale l.p. In seguito la richiesta di autorizzazione viene trasmessa alla Direzione medica di presidio per le successive verifiche di coerenza. L'esito del controllo è formalizzato tramite parere favorevole da parte della Direzione medica di presidio.	B
	approvazione della delibera di autorizzazione	Rilascio di autorizzazioni senza l'effettuazione dei controlli	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, in sede di autorizzazione verifica la correttezza dell'iter.	B
	ricezione e gestione delle comunicazioni di variazioni	Mancato o errato inserimento / variazione nei gestionali di: - anagrafiche medici / equipè - tariffario ricoveri - quote di ripartizione	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi.(SPECIALISTICA )	B
			M	no	L'operatore dell'Ufficio Lp verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi.(RICOVERI)	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		Pressioni al soggetto che inserisce i dati nei gestionali al fine di effettuare inserimenti o variazioni di prestazioni non autorizzate			L'operatore dell'Ufficio Lp verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi	B
	accettazione ed emissione della fattura	Errato incasso della tariffa dovuta per il ricovero / prestazione	M	no	Il medico verifica, prima dell'erogazione della prestazione, l'avvenuto e corretto pagamento della stessa comprovato dalla consegna della fattura di pagamento	B
		Mancato/errato pagamento incassato	M	no	L'operatore dell'ufficio L.P. verifica la ricevuta di pagamento inviata dal paziente con la fattura e la reversale SEF	B
		Mancato incasso della tariffa dovuta per il ricovero			L'operatore dell'Ufficio LP verifica mensilmente in sede di ripartizione degli incassi, che l'importo incassato comunicato dall'ufficio competente, corrisponda al preventivo emesso per la successiva fatturazione.	B
		Mancato incasso della tariffa dovuta per il ricovero			attivazione procedura recupero	B
	gestione rimborsi	Riconoscimento di rimborsi non dovuti al fine di procurare benefici agli utenti	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP verifica le richieste di rimborso e ne analizza le motivazioni.	B
Ripartizione incassi e gestione fondi	liquidazioni mensili	Erogazione di ricoveri / prestazioni libero professionali in orario istituzionale o nei periodi non consentiti da normativa (esempio: ferie, permessi, ecc) anche al fine di procurarsi benefici privati (compensi non dovuti)	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP, mensilmente in sede di ripartizione delle fatture incassate, verifica: - eventuali sovrapposizioni orarie tra l'attività libero professionale e l'attività istituzionale del medico- eventuali sovrapposizioni orarie tra l'attività libero professionale e i periodi di assenza del medico (esempio: ferie, permesso, aspettativa).	B
		esecuzioni di interventi da parte di medici non autorizzati nell'equipe			L'operatore dell'ufficio L.P. verifica attraverso prometeo eventuali nuovi inserimenti dei medici nelle equipe	B
		Prescrizione di prestazioni mediante utilizzo di ricettari SSN durante le visite libero professionali	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP monitora l'utilizzo del ricettario da parte dei medici durante l'esercizio della libera professione, attraverso l'incrocio informatico tra le date di esercizio della libera professione e le date di prescrizione delle impegnative istituzionali ai medesimi pazienti. Le anomalie sono analizzate e successivamente condivise con l'Organismo Paritetico.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	ripartizione degli incassi	Ripartizione di ricoveri/prestazioni non incassate o ripetute	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP tramite il gestionale LP verifica che: - i soli ricoveri/prestazioni specialistiche incassati siano ripartiti ai medici - non siano presenti nel file degli incassi ricoveri/prestazioni ripetuti - non siano presenti nel file degli incassi ricoveri/prestazioni già ripartiti. - i ricoveri/prestazioni ripartiti a medici cessati siano giustificati	B
		Pressioni da parte del medico per la manomissione del file dei compensi derivanti dalla ripartizione degli incassi	MA	no	l'operatore verifica la quadratura tra l'importo del compenso ripartito tramite gestionale LP e l'importo del file dei compensi inseriti nel gestionale SIGMA.	MB
	comunicazione dei fondi da accantonare (attribuzione dei costi per competenza)	Mancata/errata comunicazione delle quote da accantonare nei fondi	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, annualmente comunica gli importi dei fondi risultanti dal gestionale LP (esempio: quota fondo perequazione, quota fondo "Balduzzi", ecc) al Bilancio.	B
	gestione delle cessazioni	Mancata registrazione della cessazione del medico nei gestionali	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP, mensilmente in sede di ripartizione delle fatture incassate, verifica all'interno del file la presenza di medici che risultano cessati in anagrafica e ne analizza le motivazioni (esempio: pagamenti arretrati).	B
	utilizzo dei fondi accantonati	Utilizzo dei fondi non conforme a normativa	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, verifica il corretto utilizzo del fondo le motivazioni secondo quanto previsto da normativa/regolamenti /disposizioni (esempio: Decreto Balduzzi).	MB
business performance review	adempimenti in materia prevenzione della corruzione	Mancato attuazione delle misure di prevenzione della corruzione	M	no	Annualmente il Responsabile del Servizio effettua una valutazione dei rischi corruzione ulteriori rispetto a quelli indicati in matrice e definisce le relative misure di prevenzione alla corruzione relative al processo. L'analisi svolta viene formalizzata in un report, il quale viene condiviso con il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT).	B
	adempimenti in materia di trasparenza	Mancato monitoraggio degli adempimenti in tema di trasparenza	M	no	Annualmente il Responsabile del Servizio verifica il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza (ref. D.lgs. 33/2013). L'esito dell'analisi svolta viene formalizzato in un report, il quale viene condiviso via email con il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT).	B

## P078 - CONSULENZE/VENDITA DI PRESTAZIONI ESTERNE IN LP (INCLUSA VENDITA DI PRESTAZIONI A ULSS/AO PER PROPRI RICOVERATI IN SSN)

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e preparazione della convenzione ( la richiesta parte del centro)	<p>verifica possesso requisiti dirigenti (esclusività r.l. , tempo pieno, consulenza indicata nel bando)</p> <p>verifica requisiti struttura sanitaria (no accreditata, autorizzazione comunale, composizione societaria)</p> <p>raccolta parere D.G.</p>	autorizzare medici o strutture non in possesso dei requisiti previsti	MB	no	l'operatore dell'ufficio LP verifica che la struttura sanitaria sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e che il medico sia autorizzato a svolgere attività in LP	B
ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la struttura e fatturazione	<p>controllo del numero degli accessi (in rispetto alla normativa)</p> <p>controllo, effettuato dall'ufficio personale, di verifica che gli accessi siano stati effettuati al di fuori dell'orario istituzionale (no infortunio, malattia, ecc.)</p>	liquidare ai medici gli accessi non rispettando il limite previsto dalla normativa o accessi effettuati in orario istituzionale.	M	no	l'operatore dell'ufficio LP verifica la congruità oraria degli accessi effettuati dal medico e la corretta fatturazione con il numero degli accessi	MB
ripartizione incassi ai dirigenti	liquidazione tramite programma navision	con potenziamento in navision non si rileva più rischio	M	no		MB

## P079 - GESTIONE DELLE CONVENZIONI CON TERZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e convenzione	<p>verifica possesso requisiti</p> <p>raccolta pareri del direttore U.O.C. interessata e del D.F.O.</p> <p>predisposizione atto deliberativo e convenzionale</p>	autorizzare terzi non in possesso dei requisiti	MB	no	mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e dal turn over del personale	B

ricezione e trasmissione del resoconto delle attività effettuate nel corso dell'anno dai terzi	trasmissione dei resoconti, ricevuti dai terzi, sia al Direttore dell'U.O.C. interessata che al D.P.O per acquisire il benessere alla liquidazione.	trasmissione da parte dei terzi di resoconti non veritieri	M	no	Mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turn over del personale	B
		rilascio di benessere di regolarità anche se non veritiero	M	sì		M
liquidazione delle attività effettuate	la nota di liquidazione viene emessa dalla D.A. e inviata all'U.O.C. contabilità bilancio per il seguito di competenza	rimborsare a terzi spese/contributi/rimborsi non realmente sostenuti	M	no	mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turn over del personale	B
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						

**P080a,b - ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA-SOGGETTO AGGREGATORE**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Misura del contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
PROGRAMMAZIONE	analisi dei fabbisogni	non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa	MB	no	Indicazione nel piano biennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza	B
ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ...) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale	mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il bisogno	M	NO	definizione e monitoraggio di tempi e modalità standard per l'adesione/recepimento	B
ESECUZIONE CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni	mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; effettuazione di acquisizione di prestazioni complementari che modificano sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalla centrale	M	NO	monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC	B
	comunicazioni con la centrale di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo,	mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza inficiando la corretta gestione degli accordi e delle	M	NO	monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC	B

	di outcome,...) che la stessa pone in essere	convenzioni da parte della centrale; conseguente giustificazione di autonome acquisizioni sovrapponibili a quelle della centrale				
--	--	--	--	--	--	--

## P081a,b - AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
PROGRAMMAZIONE  L'insufficiente attenzione alla fase di programmazione o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione costituiscono una delle principali cause dell'uso distorto delle procedure che può condurre a fenomeni corruttivi	analisi dei fabbisogni	definizione di un fabbisogno rispondente ad esigenze non veritiere o dirette a privilegiare un certo tipo di fornitura o servizio realizzate da un operatore economico, a scapito di altri	MA	no	Pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato	B
		non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa	MB	no	Indicazione nel piano biennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza	B
	Redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	intempestiva redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	MB	no	Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali	B
		l'eccessivo ricorso a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	A	no	Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali	MA
	Individuazione del responsabile del procedimento	Individuazione di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità (es. utilizzatori abituali del bene/servizio) con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) tale da non assicurare terzietà e indipendenza	A	no	Individuazione di Responsabili del procedimento diversi dai soggetti abitualmente utilizzatori (es. personale sanitario) e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	MB
		Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti previsti dal Codice	M	no	Preventiva verifica dei curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza) del responsabile del procedimento e sottoscrizione di	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
					una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse		
PROGETTAZIONE  L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato	MA	no	Pubblicazione dei contributi pervenuti dagli stakeholders	B	
	individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad es. concessione in luogo di appalto)	A	no	Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, sia in ordine alla scelta della procedura sia in ordine alla scelta dei criteri di affidamento adottati ovvero alla tipologia contrattuale e pubblicazione di un'indagine di mercato	MB	
	Individuazione degli elementi essenziali del contratto	abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di progettazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive	M	no	affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato	B	
	determinazione dell'importo del contratto		Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	M	no	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico	B
			Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte	M	no	Per determinare la base d'asta si deve tener conto dei valori di riferimento OPRVE o ANAC o dei prezzi risultanti all'esito di indagine di mercato oltre che di quelli attuali	B
	predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	M	no	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83	B	

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		prescrizioni nei documenti di gara finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Predisposizione di modelli di documentazione di gara differenziati secondo la tipologia di acquisto e confronto dei disciplinari di gara con il bando tipo ANAC	B
		prescrizioni nel capitolato tecnico finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato	B
		Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara del capitolato tecnico	M	no	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse	B
	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Formulazione di criteri di valutazione che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore, ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	M	no	nelle gare più complesse possibilità di prevedere una validazione di secondo livello dell'elaborato formulato dai progettisti	B
		la previsione di criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto	M	no	Affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari	B
	SELEZIONE DEL CONTRAENTE Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico	Publicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione	MA	no	Adozione di indicazioni operative per l'espletamento delle pubblicazioni e utilizzo della check list per le procedure sopra soglia
fissazione dei termini per la ricezione delle offerte		Pressioni al dipendente al fine di accettare la documentazione oltre i termini o immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	M	no	Utilizzo della piattaforma telematica per tutte le procedure di gara. La concessione della proroga deve essere valutata almeno dal RUP (oppure dal soggetto richiedente la fornitura/servizio, qualora diverso dal RUP) e dal Dirigente dell'U.O.C. Proveditorato. La motivazione della proroga deve rientrare nei presupposti indicati dalla normativa (art. 79 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.) e deve essere inserita nel fascicolo di gara.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica	gestione ricezione offerte	Pressioni al dipendente al fine di conoscere informazioni commerciali coperte da segreto tecnico, i prezzi degli articoli e le relative scontistiche in anticipo	MA	no	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	B
	nomina della commissione di gara	mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina commissione es. formalizzazione della nomina prima del termine di scadenza per la presentazione delle offerte	MA	no	Procedura aziendale sulla nomina delle commissioni	B
		nomina di commissari in conflitto di interesse o privi di requisiti	MA	no	Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni in ordine all'assenza di conflitto di interesse e possesso dei requisiti anche tramite presentazione dei curricula. Controllo in merito alla veridicità delle dichiarazioni presentate dai commissari	B
	gestione delle sedute di gara	alterazione o sottrazione della documentazione di gara	M	no	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	B
	aggiudicazione	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito e attribuzione dei punteggi discrezionali non suffragata da criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito	MA	no	Verifica puntuale dei criteri di aggiudicazione predefiniti nella documentazione di gara	B
	Valutazione delle offerte e la verifica di anomalia dell'offerte	accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	MA	no	documentare l'istruttoria in ordine alla valutazione	B
	Verifica aggiudicazione e stipula del contratto La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della	la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	A	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.
l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni		la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi	MB	no	Verifica del rispetto della procedura relativa alle comunicazioni di esclusione prevista nella documentazione di gara	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario	l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti le aggiudicazioni	la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti non aggiudicatari	MB	no	Introduzione di apposita procedura interna relativa alla fase post aggiudicazione	B
	la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto	l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.	MA	no	Introduzione di un termine standard di aggiudicazione e stipula. Utilizzo del Piano Approvvigionamenti e periodici monitoraggi dai quali risultino i motivi dell'eventuale ritardo, rispetto ai tempi standard nella aggiudicazione e/o stipula contratto	B

## P082 - ATTIVITÀ DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmi operativi di controllo	programmazione delle verifiche definite a livello aziendale in base agli obiettivi della UOC/valutazione del rischio	Pressioni sia da personale interno alla PA che esterno alla PA sugli indirizzi della programmazione	M	no	Il responsabile verifica gli obiettivi, condivide e pianifica l'attività con i collaboratori. Successivamente verifica l'attuazione di quanto pianificato.	B
	programmazione delle verifiche a seguito di segnalazioni/esposti/emergenze ambientali	Pressioni sia da personale interno alla PA che esterno alla PA (esponenti e/o interessati dagli esposti)	A	no	Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente ne dispone l'archiviazione o l'attivazione dell'ispezione in collaborazione con il coordinatore. Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione del sopralluogo concordato con il responsabile. Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile/coordinatore.	
	programmazione delle verifiche a seguito di SCIA di conformazione	Pressioni sia da personale interno alla PA che esterno alla PA (soggetti privati interessati)	M	no	Il responsabile/coordinatore verifica le SCIA, le protocolla, programma eventuali sopralluoghi/ricieste di conformazione e le assegna ai collaboratori. Le richieste per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile/coordinatore.	B
Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione dei carichi di lavoro programmati	"Assegnazione guidata/pilotata" o inconsapevolmente a personale con potenziale conflitto di interessi	M	no	Il coordinatore assegna equamente ai collaboratori il carico di lavoro evitando di assegnarle in caso di conflitto di interesse (se conosciuto). Effettua un controllo, al fine di verificare che siano stati effettuati i sopralluoghi delle pratiche assegnate con controllo dei verbali di sopralluogo. In caso di prescrizioni il coordinatore verifica che sia stato programmato un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario, garantendo così la chiusura della pratica.	B
	Attività istruttoria (analisi preliminare, acquisizione e verifica documentazione sull'azienda)	Sovravalutazione/sottovalutazione della documentazione	A	no	Il coordinatore verifica la completezza e correttezza della documentazione ricevuta, la esamina, ne discute eventualmente con il responsabile e assegna ai collaboratori. Il controllo viene formalizzato nella documentazione relativa alla programmazione.	B
Sopralluogo	svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di posticipare/non effettuare il sopralluogo	M	no	Il coordinatore settimanalmente verifica l'effettivo svolgimento dei sopralluoghi programmati e che vi sia un verbale sottoscritto dal funzionario/i e dalla ditta verificata e dai tecnici incaricati.	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	svolgimento dell'ispezione secondo i parametri previsti dalla normativa specifica	Pressioni ai tecnici interne e/o esterne al fine di effettuare un sopralluogo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa "ispezione morbida"	M	no	Il coordinatore verifica che il sopralluogo sia svolto sempre da due operatori/funzionari secondo il criterio di rotazione ed evitando eventuali conflitti di interesse (se conosciuti).	B
Stesura del verbale (di conformità, con prescrizioni, con eventuali sanzioni amm.ve, eventuale segnalazione di reato)	Redazione del verbale	Pressioni agli operatori nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo	M	no	Il verbale è redatto e sottoscritto sempre da due operatori che hanno svolto il sopralluogo e sottoposto al coordinatore che ne verifica la correttezza/appropriatezza.	B
Comunicazione dell'esito dell'attività ispettiva	Comunicazione dell'esito ai soggetti interessati (privati, enti pubblici, magistratura, forze dell'ordine, polizia locale)	Pressioni al responsabile/coordinatore al fine di "ammorbidire" l'esito	MB	no	Il coordinatore e il responsabile verificano che la "lettera" di trasmissione sia in linea con l'esito del sopralluogo ed il rispetto della normativa	B

**P085 - GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – LISTE D'ATTESA**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ANALISI DELLA DOMANDA	ANALISI DELLA DOMANDA	A causa di una inadeguata interpretazione dei dati si potrebbe sottostimare o sovrastimare la domanda e quindi potremmo avere un aumento delle spese di gestione e/o costi inaspettati	M	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	MB
INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	A seguito di conflitto di interessi e della mancanza di criteri oggettivi nella selezione di erogatori, si potrebbe agevolare un erogatore piuttosto di un altro provocando uno sbilanciamento dell'offerta	M	no	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
NEGOZIAZIONE CON I DIRETTORI DI U.O. AZIENDALI PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	NEGOZIAZIONE CON I DIRETTORI DI U.O. AZIENDALI PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	A causa della inadeguata pianificazione della capacità produttiva si potrebbe avere un'offerta inferiore alla domanda e ciò potrebbe provocare un aumento delle spese di gestione e un potenziale danno di immagine	MB	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	B
		A causa della inadeguata pianificazione della capacità produttiva si potrebbe ignorare parte della richiesta in attesa e ciò potrebbe portare a un danno di immagine	MA	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	M
NEGOZIAZIONE CON L'ACCREDITATO PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	NEGOZIAZIONE CON L'ACCREDITATO PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	A seguito di conflitto di interessi e della mancanza di criteri oggettivi nella selezione di erogatori, si potrebbe agevolare un erogatore piuttosto di un altro provocando uno sbilanciamento dell'offerta	MB	no	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori	B
CREAZIONE/GESTIONE DELLE AGENDE INFORMATICHE	CREAZIONE/GESTIONE DELLE AGENDE INFORMATICHE	A causa di pressioni dall'esterno e della discrezionalità dell'operazione di inserimento si potrebbero prenotare utenti senza rispettare la procedura aziendale e le priorità provocando un allungamento della lista d'attesa e possibile danno reputazionale	MA	no	Condivisione criteri di priorità e procedura aziendale	MA
PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI FUORI SOGLIA O LISTE GALLEGGIANTI	PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI FUORI SOGLIA O LISTE GALLEGGIANTI	A causa della inadeguata pianificazione della capacità produttiva si potrebbe ignorare parte della richiesta in attesa e ciò potrebbe portare a un danno di immagine	M	no	Informatizzazione delle richieste	M

## P087 - GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Inserimento/modifica dati anagrafici	Inserimento e variazione posizione anagrafica del medico nel gestionale HR	Inserimento / variazione dati anagrafici / fiscali del medico	a causa di mancanza di comunicazione da parte del medico o per errore umano si potrebbe verificare un mancato/errato inserimento dei dati anagrafici, economico-fiscali del medico nel gestionale generando cedolini e/o CU errati	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti e verifica (dopo gli stipendi) del report estratto da Hr sulle variazioni anagrafiche del mese da chiusura precedente a chiusura attuale e dei nuovi inserimenti/ cessazioni	B
Inserimento / modifica dati economico-fiscali	Inserimento e variazione posizione economico-fiscale del medico nel gestionale HR	Inserimento / variazione dati economico-fiscali del medico nel gestionale HR comprensivo di eventuali "Integrazioni economiche" (es. informatizzazione, voce 268) e relativa decorrenza della liquidazione del compenso spettante ai medici neo aderenti	a causa di mancanza di comunicazione da parte del medico o per errore umano potrebbe esserci un mancato/errato inserimento dei dati economico-fiscali del medico nel gestionale generando cedolini e/o CU errati	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
			a causa di un'errata individuazione del regime fiscale può essere attribuita al medico una tassazione non corretta	M	no	verifica regimi fiscali in sede di elaborazione degli stipendi: verifica che le comunicazioni di variazione del regime fiscale siano correttamente eseguite ed acquisite a sistema	B
	Inserimento e variazione voci contrattuali "forme associative" e "collaboratori/infermieri" nel gestionale	in HR modifica della qualifica e della sede di lavoro ed inserimento nelle voci variabili associate al ruolo ed inserimento nei DRP-integrazioni economiche delle voci spettanti con relativa decorrenza	A causa di ritardi di comunicazioni si potrebbe verificare un inserimento di voci contrattuali fisse in assenza dei requisiti agevolando così un determinato soggetto	M	no	confronto con i colleghi dell'area giuridica; un soggetto diverso da chi ha effettuato gli inserimenti procede alla verifica	B

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Adempimenti conseguenti alla cessazione del rapporto in convenzione del medico nei diversi gestionali utilizzati	in HR inserimento data cessazione rapporto, aggiornamento IBAN, variazione email (da aziendale a privata), controllo che per tutte le voci variabili sia inserita la data di chiusura	a causa di mancata comunicazione si potrebbe verificare un mancato/errato inserimento dei dati del medico nel gestionale liquidando quote non dovute (nel caso in cui il medico cessi dopo il 15 del mese) oppure provocando il mancato pagamento di quote dovute (se il medico cessa prima del 15 del mese)	M	no	confronto con i colleghi dell'area giuridica a mezzo file condiviso; un soggetto diverso da chi ha effettuato gli inserimenti procede alla verifica	B
inserimento/modifica voci stipendiali	inserimento nel gestionale delle voci relative alla parte economica delle nuove posizioni di MMG/PLS (provvisori / temporanei / definitivi)	Inserimento in HR dei dati economici dei nuovi convenzionati e dei medici cessati	a causa di mancanza di comunicazione o errore umano si potrebbe verificare un mancato/errato inserimento delle voci stipendiali del medico nel gestionale generando cedolini e/o CU errati	M	no	verifica che per i MMG/PLS di nuovo inserimento, avvenuto nel mese precedente, vengano mantenute le corrette voci stipendiali della qualifica	B
Liquidazione competenze	rilevazione delle variazioni sul numero di assistiti del MMG/PLS al 15 del mese di riferimento ("GIRO 15")		A causa di problemi di integrazione tra gli applicativi (AUR e HR) si potrebbero verificare inserimenti di dati non corretti generando recuperi di importi errati	MB	no	confronto della stampa delle variazioni che si genera in AUR con le variazioni riportate nei cedolini mensili da HR (sia variazioni nel mese che relative a periodi precedenti)	B
	cedolini manuali per medici convenzionati dopo il 15 del mese	attività da dismettere dal 01/01/2024 perché non prevista da ACN	a causa di computi e inserimenti manuali potrebbero verificarsi calcoli errati, liquidando quote non dovute oppure provocando mancato/errato pagamento di quote dovute	MA	no	calcolo effettuato a partire da ACN e controllato da una collega della stessa area	B
					no	calcolo effettuato con fogli excel con controllo della collega della stessa area	B

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	cedolini manuali per medici cessati prima del 15 del mese	Richiesta all'Area Anagrafe dei dati degli assistiti dei medici cessati prima del giorno 15 del mese per elaborare manualmente i compensi dovuti per l'attività del periodo (richiedere totale assistiti e gli assistiti suddivisi per fasce d'età a seconda dell'incarico attribuito al medico). Calcolo manuale delle competenze spettanti al medico	a causa di computi e inserimenti manuali potrebbero verificarsi calcoli errati liquidando quote non dovute oppure provocando mancato/errato pagamento di quote dovute	MA	no	calcolo effettuato a partire da ACN e controllato da una collega della stessa area	B
					no	calcolo effettuato con fogli excel	B
	liquidazione compensi direttamente al medico sostituto	richiesta dati del sostituto al medico titolare; inserimento in HR dei dati dei sostituti da pagare; valutazione della correttezza di liquidazione dei compensi direttamente al sostituto	a causa di errori di digitazione si potrebbe verificare un errato inserimento in HR della data di inizio trattamento economico generando un cedolino errato	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
	liquidazioni prestazioni aggiuntive	scarico prestazioni da PAYMED e carico in HR (PAYMED è il software in cui vengono caricate le prestazioni extra effettuate dai MMG/PLS)	a causa di una dimenticanza si potrebbe non inserire il file in HR generando pagamenti errati	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
					no	confronto importi totali paymed e Hr	B
liquidazione tamponi	scarico tamponi da Qlik regionale, creazione file massivo e carico in HR	a causa di adattamenti richiesti da HR, rispetto al file originale, potrebbe esserci un errato inserimento del file	MB	no	controllo del numero totale dei tamponi e dell'importo totale da file scaricato a file adattato per il carico in HR	B	

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
			generando un ritardo/errore nei pagamenti		no	controllo del numero totale dei tamponi e dell'importo totale da file scaricato a file adattato per il carico in HR	B
	liquidazione prestazioni aggiuntive ai medici sostituti	individuazione nel file delle prestazioni generate da Paymed delle prestazioni eseguite dal medico sostituto; manualmente si esegue lo storno delle prestazioni dal medico titolare per liquidarle al medico sostituto	a causa di individuazione manuale di periodi e/o medici sostituti si potrebbe verificare un'errata assegnazione delle prestazioni generando errati pagamenti	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
	liquidazione competenze arretrate ai medici	conteggio in HR delle competenze arretrate derivanti da rinnovi ACN e/o competenze non precedentemente liquidate	a causa di possibili conteggi errati a livello di applicativo si potrebbero verificare degli errori negli importi da liquidare generando errati pagamenti	MB	no	in caso di rinnovi contrattuali vengono effettuati controlli a campione segnalando eventuali anomalie	B
	liquidazione competenze ai MMG e CA che svolgono attività presso i Centri di Servizi	creazione del file massico e caricamento in HR delle competenze per i medici della sez.A; invio ai Servizi Sociali degli importi da liquidare calcolati per i medici di sez.E	a causa di inserimento manuale dei dati ci potrebbero essere dei calcoli errati dell'importo da liquidare con conseguenti pagamenti indebiti	M	no	verifica della completezza e correttezza dei format inviati dalle RSA con le informazioni a disposizione	B
	liquidazione rimborsi per personale MGI	Creazione del file massivo e caricamento in HR delle competenze	a causa di mancanza di blocchi automatici relativamente al tetto delle richieste di rimborso, potrebbero verificarsi delle imputazioni di ore e quindi di importi non consentiti con conseguenti pagamenti indebiti	MA	no	verifica della documentazione ricevuta dalle MGI (correttezza importi e delle ore fatturate)	B

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	liquidazione anticipo / saldo PATTO MMG-PLS-MGI	valutazione degli aventi diritto e calcolo del dovuto	a causa di conteggi manuali potrebbero verificarsi delle errate valutazioni con possibili pagamenti indebiti	MA	no	file excel a supporto dei conteggi sulla base del raggiungimento previsto del patto	MB
	liquidazione fondo ponderazione	valutazione degli aventi diritto e calcolo del dovuto	a causa di estrazione e successiva elaborazione manuale si potrebbe calcolare una quota di fondo ponderazione errata con conseguente errore nel pagamento	M	no	controllo a campione da parte di un altro operatore della stessa area	B
	liquidazione GUARDIE PEDIATRICHE	contabilizzazione presenze guardie pediatriche nei quattro distretti, creazione del file massivo ed inserimento in HR	a causa di compilazioni errate o digitazioni errate si potrebbe verificare un inserimento delle ore da liquidare o errata attribuzione al medico, generando cedolini errati	MB	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
	liquidazione turni guardia medica effettuati dai medici di base	trasformazione file excel in file massivo csv da caricare in Hr	a causa di adattamenti richiesti da HR, rispetto al file originale, potrebbe verificarsi un errato inserimento del file generando un ritardo/errore nei pagamenti	M	no	confronto effettuato in autonomia totale del file massivo rielaborato con il file excel ricevuto	B
	liquidazione COMITATI AZIENDALI / REGIONALI	valutazione degli aventi diritto derivante dall'attestazione della presenza al comitato ed inserimento manuale in HR del dovuto	a causa di mancanza di controlli automatici ci potrebbero essere delle errate attribuzioni delle presenze in comitati aziendali/regionali liquidando così importi indebiti	B	no	confronto presenze indicate nel verbale dei comitati aziendali/regionali con le presenze in servizio	B
no					confronto presenze indicate nel verbale dei comitati aziendali/regionali con le presenze in servizio	B	

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	liquidazione DISTACCHI SINDACALI	valutazione degli aventi diritto derivante dalla comunicazione inviata e controfirmata dal medico sostituto; inserimento manuale in HR del dovuto	a causa di mancanza di blocchi automatici relativamente al tetto-ore e alla presenza in servizio ci potrebbero essere delle imputazioni di ore e quindi di importi non consentiti con conseguenti pagamenti indebiti	MB	no	verifica presenza del medico in servizio e della capienza tetto-ore	B
	liquidazione VISITE PAZIENTI STRANIERI	inserimento manuale in HR dei compensi per le visite ai pazienti stranieri ed autorizzate dall'ufficio estero	a causa di possibili errori di digitazione si potrebbe verificare un errato di inserimento del codice voce generando pagamenti errati	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
	liquidazione compenso voce 333 e 335 - DGR 8 del 04.01.2022 (€ 3,50/assistito) per disponibilità all'aumento a 1800 assistiti	inserimento manuale in Hr, su comunicazione dell'area giuridica, delle "Integrazioni economiche" delle variazioni del compenso spettante ai medici che hanno dato la disponibilità all'aumento del massimale degli assistiti a 1800; al momento si inserisce anche la scadenza 31/12/2024 in attesa di eventuale proroga regionale	a causa di errori di digitazione o di mancata comunicazione si potrebbero verificare errori di inserimento di matricola e/o data di decorrenza generando cedolini errati	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede che procede alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
	liquidazione compenso "indennità collaboratore studio" VOCE 119, "indennità infermiere" "VOCE 122 e "segreteria da remoto" voce 472	inserimento manuale in Hr - "Integrazioni economiche" della decorrenza del compenso ai medici aderenti aventi diritto, su comunicazione dell'area giuridica	a causa di errori di digitazione o di mancata comunicazione si potrebbero verificare errori di inserimento di matricola e/o data di decorrenza generando cedolini errati	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede che procede alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Elaborazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	elaborazione provvisoria degli stipendi	in HR si procede all'elaborazione provvisoria dei cedolini	a causa di situazioni anomale si potrebbe procedere all'elaborazione definitiva con errori provocando pagamenti errati	M	no	verifica situazioni anomale: dopo la prima elaborazione provvisoria degli stipendi si produce, da Hr, un elenco di situazioni cd "anomale" da verificare: es. liquidazioni a medici cessati oltre 2 mesi, matricole senza Iban, stesso cod fiscale con 2 matricole diverse	B
	individuazione e comunicazione all'agenzia delle entrate dei cessati inadempienti c/o agenzia delle entrate per importi > € 5.000,00		a causa di mancanza di blocchi automatici sull'importo si potrebbe verificare un'errata individuazione dei soggetti inadempienti provocando di conseguenza una mancanza di trattenuta del quinto	MB	no	verifica dei cessati inadempienti c/o agenzia delle entrate per importi > € 5.000,00: dopo l'elaborazione provvisoria si individuano i cessati con cedolino > € 5,000 e nel sito "Acquisti in rete" si verifica se sono inadempienti, ovvero se hanno delle posizioni pendenti nei confronti dell'Agenzia delle Entrate	B
	Chiusura definitiva delle elaborazioni stipendiali	Elaborazione provvisoria dei cedolini, controllo incrociato delle attività e inserimenti svolti e successiva elaborazione definitiva	a causa di mancanza di controlli automatici si potrebbe verificare un'errata elaborazione degli stipendi generando cedolini, versamenti contributivi, previdenziali e fiscali errati	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede, seguendo la check list di controllo, alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti e verifica (dopo gli stipendi) dei cedolini a campione e della risoluzione della situazioni anomale rilevate in chiusura	B
	Contabilizzazione degli stipendi	Compilazione file per SEF in cui vengono attribuiti ai compensi liquidati le corrette autorizzazioni di spesa e relativi conti di bilancio	a causa di un potenziale errore umano si potrebbe verificare una mancata/errata contabilizzazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e	M	no	controllo da parte del SEF	B

FASI	ATTIVITA'	DESCRIZIONE ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
			fiscali con conseguenti errori sul bilancio aziendale				
Invio e liquidazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Trasmissione della lista generata in HR degli stipendi	invio al Tesoriere dei flussi stipendiali tramite collegamento telematico	a causa dell'autogenerazione delle fatture si potrebbe verificare una sequenzialità scorretta e una conseguente mancata liquidazione degli stipendi	M	no	verifica sequenzialità (numero e data fattura)	B
	invio mail a istituti esterni (sindacati)	da Hr invio massivo delle mail agli istituti esterni (sindacati/creditori) per comunicare le trattenute effettuate per loro conto	a causa del mancato invio le OOSS potrebbero non essere a conoscenza di tutte le trattenute effettuate	B	no	tramite la check list di controllo si verifica l'effettuazione	B
	Caricamento inadempienti c/o Agenzia delle Entrate per cedolini > € 5,000	Caricamento nel sito "Acquisti in rete" del file massivo creato in Hr, dopo la chiusura definitiva, con l'elenco dei cedolini con importo > € 5,000	a causa di un mancato/errato caricamento in acquisiti in rete dei soggetti si può omettere la verifica	MB	no	tramite la check list di controllo si verifica l'effettuazione	B
	invio comunicazione all'Enpam	invio all'Enpam della comunicazione delle trattenute effettuate nel mese allegando i file che si generano automaticamente in Hr dopo la chiusura definitiva	a causa del mancato/errato invio l'Enpam potrebbe non essere a conoscenza di tutte le trattenute effettuate	B	no	tramite la check list di controllo si verifica l'effettuazione	B
	invio mail e lettera al SEF	invio al SEF della documentazione necessaria per la contabilizzazione degli stipendi, con precisazione delle situazioni particolari del mese	a causa del mancato/errato invio al SEF dei documenti richiesti, potrebbero essere imputate erroneamente le voci nel bilancio aziendale	M	no	tramite la check list di controllo si verifica l'effettuazione	B
	compilazione file excel contabilizzazione stipendi	compilazione file excel della contabilizzazione mensile degli stipendi al fine di monitorare i costi	a causa di un'errata compilazione si possono generare prospetti non veritieri per monitorare i costi ed effettuare stime/proiezioni ai fini del bilancio	M	no	formule di controllo excel	B

## P088 - GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Verifica della necessità di pubblicazioni incarichi	Raccolta e formalizzazione dei fabbisogni	Mancata o discrezionale pubblicazione incarichi	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato trimestralmente, coinvolgendo due aree + il coordinatore, verifica l'esigenza di pubblicazione degli incarichi rispetto alle necessità assistenziali, tenuto altresì conto della dotazione organica del personale	B
	Monitoraggio tetto spesa/ore	Pubblicazioni incarichi oltre il tetto di spesa/orario autorizzato dalla Regione	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato trimestralmente, prima della pubblicazione dei nuovi incarichi, verifica il rispetto del tetto di spesa/ore annuali autorizzato dalla Regione	B
Individuazione SAI (effettuata dall'Azienda sede del Comitato Consultivo Zonale)	Individuazione specialista	Individuazione dello specialista non avente titolo	MB	no	Un soggetto dell'Azienda sede del Comitato Consultivo Zonale, diverso da quello che ha formato l'ordine di individuazione degli specialisti, ne verifica la correttezza rispetto ai criteri definiti da Accordo Collettivo Nazionale (ACN)	B
Conferimento incarico	Verifiche istruttorie	Conferimento di un incarico ad uno specialista che si trovi in una situazione di incompatibilità o con titoli non idonei	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato, prima del conferimento dell'incarico verifica in modo condiviso (+ colleghi): - l'effettivo conseguimento della laurea/specializzazione tramite conferma con le Università - le eventuali incompatibilità dello specialista ai sensi dell'ACN rispetto a quanto autocertificato dagli stessi. Eventuali incompatibilità devono essere risolte prima del conferimento dell'incarico	B
Gestione anagrafica (es. dati anagrafici, dati pagamento, inquadramento professionale, sede, orari, ecc.)	Inserimento dei dati anagrafici dello specialista	Errato o mancato inserimento dell'anagrafica dello specialista nei diversi gestionali (Sigma HR, Sogei-TS)	MA	no	Un soggetto diverso da quello che ha inserito le anagrafiche verifica, in occasione della prima elaborazione stipendiale, la correttezza e completezza dei dati inseriti rispetto alla documentazione a supporto (es. documentazione conferimento incarico, documenti presentati dallo specialista, ecc.)	B
Gestione giuridica e delle presenze, assenze (es. permessi)	Verifica presenze: scarico e verifica delle timbrature	Mancato svolgimento da parte dello specialista delle ore di lavoro	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato verifica i cartellini e monitora le eventuali anomalie: - la mancata o errata timbratura - la presenza delle giustificazioni a supporto delle assenze	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
retribuiti e non retribuiti)					- la corretta timbratura casualizzata nelle giornate e negli orari in cui ha svolto la libera professione - la presenza di timbrature effettuate presso sedi di lavoro non autorizzate	
	gestione delle assenze prolungate (es. 104, gravidanza, congedi, ...)	Modifiche giuridiche dello specialista in assenza dei requisiti (es. legge 104/92, gravidanza, congedo matrimoniale, ecc.)	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha curato l'istruttoria, verifica la sussistenza dei presupposti normativi / presenza dei pareri favorevoli, necessari per le modifiche ai dati giuridici dello specialista	B
Gestione economica (es. ore svolte, rimborso chilometrico, prestazioni libero professionali, premi raggiungimento obiettivi aziendali, ecc.)	Elaborazione stipendiale: caricamento voci variabili	Caricamento di voci stipendiali non dovute (libera professione)	B	no	Un sistema informatico ripartisce automaticamente gli incassi delle prestazioni erogate in libera professione dallo specialista rispetto alle percentuali previste. Verifica inoltre che le prestazioni siano state svolte al di fuori dell'orario istituzionale	B
	Elaborazione stipendiale: caricamento voci variabili	Caricamento di voci stipendiali non dovute (extramoenia, psicoterapia, rimborso km, plus orario, pronta disponibilità, reperibilità)	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato verifica la presenza dell'autorizzazione preventiva del responsabile dello specialista all'esecuzione dell'attività. Verifica inoltre la successiva validazione al pagamento delle voci variabili correlate, quali ad esempio: attività di extramoenia, attività di psicoterapia, rimborso chilometrico, plus-orario, pronta disponibilità, reperibilità ecc.	B
	Elaborazione stipendiale: caricamento voci variabili	Riconoscimento di indennità non dovute (patto/contratto aziendale)	B	no	I Servizi competenti misurano il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi annuali previsti dal patto/contratto aziendale. Il Responsabile dello specialista valuta nel complesso il raggiungimento degli stessi da parte degli specialisti e ne comunica l'esito al Servizio Personale Convenzionato per la remunerazione	B
Gestione delle variazioni	Verifica variazioni: caricamento delle variazioni anagrafiche giuridiche ed economiche	Mancate / errate variazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche	MB	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato le variazioni anagrafiche/giuridiche ed economiche, verifica l'avvenuta, corretta e completa modifica dei dati rispetto alla documentazione a supporto (es. documenti presentati dallo specialista, ecc.)	B
	Verifica variazioni: caricamento delle variazioni anagrafiche giuridiche ed economiche	Variazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche non autorizzate o richieste	MB	no	Un soggetto diverso da quello preposto alle variazioni anagrafiche/giuridiche ed economiche, verifica mensilmente le variazioni effettuate a sistema (es. IBAN, inquadramento professionale, riattivazione di posizioni cessate, ecc.) e ne verifica, a campione, la corrispondenza con la documentazione a supporto	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Elaborazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la corretta elaborazione dei cedolini degli specialisti inseriti nel mese (incaricati, provvisori, sostituti)	B
	Elaborazione stipendiale - controllo Equitalia per gli stipendi > 5.000€	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica l'elenco degli specialisti che nel mese hanno un netto a pagare superiore ad Euro 5.000,00 per il controllo di Equitalia sulla presenza di specialisti "morosi"	B
	Elaborazione stipendiale - controllo warning automatici Sigma HR	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica i warning segnalati dall'applicativo Sigma HR circa la possibile generazione di cedolini negativi, al fine di capirne le motivazioni e la correttezza	B
	Elaborazione stipendiale - caricamento dei conguagli e delle voci retributive atipiche (arretrati, progetti di ricerca, ecc.)	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica l'elenco dei conguagli e delle voci retributive atipiche, e ne verifica le motivazioni a supporto (es. adeguamenti normativi, riconoscimenti retroattivi, ecc.)	B
	Elaborazione stipendiale - elaborazione dati fiscali e contributivi	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la correttezza dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali elaborati dalla procedura sul totale imponibile, rispetto alle aliquote previste da normativa	B
	Elaborazione stipendiale definitiva	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora i cedolini degli specialisti e verifica a campione "n" cedolini con importo superiore a determinate soglie predefinite, rispetto alla documentazione a supporto.	B
	Elaborazione stipendiale di specialisti cessati	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora la stampa dei cedolini elaborati a specialisti cessati e ne analizza le motivazioni (es. pagamento arretrati, ecc.)	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Invio e liquidazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Invio stipendi e versamenti contributivi	Mancato o errato invio al Tesoriere del file degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Dirigente Responsabile del Servizio Personale Convenzionato mensilmente invia i file degli stipendi e dei versamenti, al Tesoriere/Enti previdenziali entro l'ultimo giorno utile previsto	B
Gestione delle cessazioni		Mancato o errato censimento della cessazione dello specialista nei diversi gestionali	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato la chiusura della posizione dello specialista nei diversi gestionali verifica, attraverso la check list di controllo, che sia stata effettuata correttamente tale chiusura	B
Valutazione accantonamento premio operosità		Accantonamento errato	MB	no	Definizione formula per calcolo fondo premio operosità attualizzato	B
Calcolo e comunicazione debiti residui		Debiti residui errati	B	no	Un operatore esegue l'attività e il referente di area la verifica	B

## P096 – GESTIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVE ALLE STRUTTURE INTERMEDIE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione contratti con strutture accreditate previste nella programmazione regionale	Definizione del contratto con l'ente gestore delle strutture accreditate	A causa della mancanza dei requisiti di accreditamento possibile provvedimento di sospensione del contratto	B	sì	trasferimento rischio alla struttura. Il servizio non è direttamente coinvolto nel rischio	B
Liquidazione delle fatture (parte sanitaria)	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	A causa di una dimenticanza può accadere un mancato/errato/non tempestivo smistamento delle fatture	B	sì	Registrazione delle fatture da parte del SEF, invio alle varie UOC, file settimanale con fatture scadute e in scadenza. INTERNO: verifica file excel per unità di offerta UDO	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Acquisizione del visto da parte del Distretto	A causa di una dimenticanza può accadere un mancato/errato/non tempestivo visto delle fatture	B	sì	File excel con verifica	B
	Liquidazione fatture (Navision)	A causa di una dimenticanza può accadere un mancato/errato/non tempestivo liquidazione delle fatture	B	sì	Verifica a Navision delle fatture scadute	B

## P098 – SOMMINISTRAZIONE DELLE VACCINAZIONI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione / prenotazione della vaccinazione	Pulizie delle liste, assegnazione appuntamento e spedizione invito	A causa di pressioni al funzionario o a causa di errore materiale. Omissione di un nominativo nella programmazione degli inviti.	B	no	Controllare mensilmente la lista dei non vaccinati dove le esclusioni sono diverse dai dissensi. Il controllo viene effettuato da un operatore diverso di chi ha effettuato la programmazione. L'operatore che effettua sia la programmazione che il controllo compila un apposito registro presente in ogni sede vaccinale.	B
Somministrazione vaccinazione	Colloquio (genitori/interessato) e raccolta anamnesi pre-vaccinale (Valutazione delle condizioni di rischio / controindicazioni)	Pressioni al funzionario per inserire un'esclusione/controindicazione alla vaccinazione al fine di non somministrare la vaccinazione	MB	no	L'attività viene svolta in doppio	B
	Aggiornamento scheda con dati vaccinali (registrazione vaccinazione). Somministrazione vaccino e stampa certificato vaccinale	Pressioni al funzionario per registrare la vaccinazione senza averla realmente somministrata. (Dolo far finta di vaccinare)	MB	no	L'attività viene svolta in doppio	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Preparazione, consegna e ritiro del modulo di pagamento (se dovuto)	Omissione del modulo di pagamento al fine di esentare al pagamento della vaccinazione.	B	no	L'attività viene svolta in doppio	B
Chiusura seduta vaccinale	Controllo dei lotti (verifica alla giacenza reale)	Mancato controllo o registrazione di un numero minore di lotti al fine di sottrarre un vaccino all'Azienda	B	no	L'attività viene svolta in doppio. Da procedura viene effettuato un allineamento tra magazzino SIAVr e fisico nelle varie sedi.	B

## P099 – FINANZIAMENTO CONTROLLI UFFICIALI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla gestione delle anagrafiche degli insediamenti produttivi all'applicazione della tariffa forfettaria annuale	Gestione anagrafiche degli insediamenti produttivi e classificazione del rischio	A causa di un mancato adeguamento alla normativa, scorretta interpretazione della normativa ci potrebbe essere una errata classificazione del rischio che comporta un mancato introito per l'azienda	B	no	Anagrafica compilata in maniera completa ai fini dell'applicazione del decreto 32 e stesura procedura con momento di sensibilizzazione del personale coinvolto	B
	Gestione delle autodichiarazioni, programmazione del sopralluogo e preparazione attività di controllo	A causa di un errore/dimenticanza può verificarsi un mancato invio delle richieste di autodichiarazione viene omesso/ritardata la programmazione dei sopralluoghi secondo criteri omogenei	B	no	Controllo a campione	B
	Sopralluogo/Controllo ufficiale	A causa di una sovrapposizione di attività (emergenze), errore umano, non viene effettuato un sopralluogo con relativo/i controllo/i e quindi omissione atto preventivo a tutela della salute, favoreggiamento danneggiamento di alcune az. Produttrici, omissione atti d'ufficio	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Stesura del verbale (di conformità, prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	A causa di errore umano (errata interpretazione) un controllo potrebbe essere eseguito con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Modifica e applicazione tariffa forfettaria annuale	A causa di dimenticanza/negligenza non viene modificata la categorizzazione del rischio e quindi potrebbe essere emessa una richiesta di pagamento con tariffa più favorevole per la ditta (per esempio: considerare una categoria di rischio inferiore a quella rilevata)	B	no	supervisione da parte del responsabile della check list di rilevazione della categoria del rischio	B
	Registrazione dei controlli e documenti correlati	A causa di sovrapposizione di attività viene ritardata la registrazione in data base regionale e archiviazione documenti, rendendo meno efficace la programmazione successiva	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

#### P100 – ATTIVITA' ORDINARIA DI CONTROLLO UFFICIALE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla programmazione e preparazione del controllo di attività ordinaria all'adozione di provvedimenti (art. 137/138 del Reg 2017/625/EU) in	Programmazione, sopralluogo e preparazione attività di controllo	A causa di una mancata analisi del rischio o di una mancata programmazione i sopralluoghi potrebbero essere effettuati secondo criteri non omogenei e quindi i controlli possono non essere effettuati o effettuati in modo scorretto, con conseguente danno al raggiungimento degli obiettivi del servizio, creando favoritismi	M	no	Controllo esterno basato su un'informatizzazione del sistema regionale	B
			M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Sopralluogo/controllo ufficiale	A causa di una sovrapposizione di attività (emergenze), errore umano, non viene effettuato un sopralluogo con relativo/i controllo/i e quindi omissione atto preventivo a tutela della salute, favoreggiamento danneggiamento di alcune az. Produttrici, omissione atti d'ufficio	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
caso di non conformità	Stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	A causa di errore umano (errata interpretazione) un controllo potrebbe essere eseguito con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Registrazione dei controlli e documenti correlati	A causa di sovrapposizione di attività viene ritardata la registrazione in data base regionale e archiviazione documenti, rendendo meno efficace la programmazione successiva	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Adozione provvedimento (art. 137/138 del Reg. 2017/625/UE) in caso di non conformità	A causa di incertezze valutative viene omessa temporaneamente l'adozione del provvedimento o non viene adottato	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato. Condivisione collegiale con dir. Servizio pertinente	B
	Comunicazione ad altre autorità competente qualora la situazione non sia sanabile	A causa di incertezze valutative viene omessa la comunicazione alle autorità competenti	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B

## P101– ATTIVITA' STRAORDINARIA DI CONTROLLO UFFICIALE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla ricezione di una segnalazione, programmazione di un sopralluogo e registrazione dei documenti, alla eventuale	Ricezione della segnalazione/esposto/richieste di interventi da privati o altre autorità competenti (art.2 del D. Lgs n.27/2021)	A causa di una mancata presa in carico della segnalazione non viene effettuata la programmazione del sopralluogo	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Programmazione sopralluogo	A causa di una mancata programmazione i sopralluoghi potrebbero non essere effettuati, con conseguente omissione	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
comunicazione ad altre autorità competenti	Sopralluogo/controllo ufficiale con verifica implementazioni azioni correttive a seguito di non conformità riscontrate	A causa di una sovrapposizione di attività (emergenze), errore umano, non viene effettuato un sopralluogo con relativo/i controllo/i e quindi omissione atto preventivo a tutela della salute, omissione atti d'ufficio	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Stesura del verbale (di conformità, prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	A causa di errore umano (errata interpretazione) esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Registrazione dei controlli e documenti correlati	A causa di sovrapposizione di attività viene ritardata la registrazione e archiviazione con conseguente danno economico (P102)	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Comunicazione ad altre autorità competente qualora la situazione non sia sanabile	A causa di incertezze valutative viene omessa la comunicazione alle autorità competenti	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

**P103– GESTIONE E LIQUIDAZIONE DELLE IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE (ICD) E DEL CONTRIBUTO CAREGIVER**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Presentazione e presa in carico della domanda e inserimento in graduatoria se idonea	Ricevimento della domanda previo controllo della completezza della documentazione presentata. Caricamento esito nel portale; valutazione in UVMD dove previsto e determinazione idoneità o non	A causa di una documentazione incompleta o una mancanza dei requisiti si potrebbe ricevere una domanda non idonea che potrebbe portare a un	B	no	Il controllo degli ulteriori documenti ove necessari avviene presso il Distretto o presso il Comune dove viene presentata la domanda, in base alla tipologia di contributo richiesto (ICD o Intervento Caregiver) Controllo SVAMA semplificata e ISEE	B

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	idoneità. Inserimento in graduatoria se idoneo	riconoscimento non dovuto del contributo				
Scorrimento della graduatoria	Determinazione graduatoria definitiva	A causa di errori umani o di dati inseriti in modo errato si potrebbe posizionare l'utente in graduatoria in modo sbagliato	B	no	Verifica sulle liste di controllo scaricate dal portale Prometeo in formato excel di eventuali anomalie, con richiesta di integrazioni/modifiche all'Ente responsabile delle fasi antecedenti (Distretto o Comune)	B
Assegnazione delle impegnative	Assegnazione delle ICD sulla base delle risorse disponibili	A causa di possibili pressioni da parte di un qualunque soggetto si potrebbe forzare l'assegnazione di impegnative senza rispetto della graduatoria	MB	no	Le forzature vengono effettuate inserendo una motivazione nelle note e documentandole da una comunicazione formale (es. via mail) dall'ente titolare dell'istruttoria e condividendole con l'incarico di funzione	B
Attività preventive e propedeutiche alla liquidazione	Estrazione degli aventi diritto al contributo dal portale	A causa di dati errati forniti dall'utente o istruttorie non complete si potrebbe effettuare una liquidazione di un importo sbagliato o a un soggetto non titolato	MB	no	Controllo degli IBAN e della validità degli strumenti di valutazione: SVAMA, NPI (test sulla presenza di disturbi comportamentali). Controllo del requisito ISEE. Controllo dei deceduti per acquisizione liberatorie eredi (solo per ICD). Controllo degli utenti divenuti titolari di impegnativa di residenzialità in quanto incompatibile con ICD o Interventi caregiver. Controllo sulla rendicontazione ICD nel caso in cui l'utente sia contestualmente titolare di ICD e contributo Caregiver	B
Liquidazione del contributo in base alla cadenza indicata dalla normativa regionale prevista per ciascuna linea di ICD	Importazione dei soggetti idonei in Navision per la liquidazione	A causa di estrazioni effettuate per trasferire i dati da un sistema all'altro si potrebbe modificare il destinatario e/o l'importo del contributo liquidando in modo improprio	M	no	Controllo a campione (trattandosi di oltre 6.000 utenti) che l'importo sia quello riconosciuto all'utente. Controllo degli IBAN. Il file excel estratto dal portale ed utilizzato per la liquidazione viene firmato digitalmente dal titolare di incarico di funzione e allegato tramite la funzione workflow alla liquidazione Navision per ulteriori controlli dell'UOC Contabilità e Bilancio	B



## **ALLEGATO 2**

# **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA OBIETTIVI E INDICATORI**

Misure di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2025	Target biennio 2026-2027	Unità operative / Uffici interessati
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici	Autovalutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Aggiornamento registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	10%	Owner dei processi interessati; Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo; Ufficio <i>Internal audit</i> , Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste	100%	100%	Owner dei processi interessati
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei referenti del RPCT o di altro personale individuato	Personale formato rispetto al numero dei referenti del RPCT o di altro personale individuato	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
Garantire la rotazione ordinaria del personale	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Direttore /Responsabile di unità operativa
	Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/territoriale sul numero delle ispezioni totali	100%	100%	Direttori dei servizi del Dipartimento di prevenzione in cui opera il personale tecnico della prevenzione
	Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei criteri di rotazione funzionale e organizzativa/territoriale nelle ispezioni	6	12	UOS Professioni sanitarie del dipartimento di prevenzione

Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti	Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria	Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori	100%	100%	Direttore /Responsabile di unità operativa
Rispetto e diffusione del codice di comportamento	Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%	Ufficio per i procedimenti disciplinari
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	Owner dei processi interessati
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane
Garantire il rispetto dell'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dell'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di concorso/gara nominati	100%	100%	Owner dei processi interessati
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell'anno	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%	RPCT

Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì	RPCT; Ufficio trasparenza e anticorruzione
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%	Owner dei processi interessati
Rendicontazione e diffusione	Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	RPCT
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV	Sì	Sì	RPCT
	Realizzare iniziative di coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	Invito ad iniziative	Sì	Sì	Ufficio relazioni con il pubblico, RPCT
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al RPCT	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report verifiche (a campione, audit integrati, etc ...)	Sì	Sì	RPCT; Ufficio trasparenza e anticorruzione

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>Disposizioni generali</b>	<b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9/6/2021 n. 80, il PTPCT è stato sostituito dalla sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) <u>(<a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a>)</u>	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale
	<b>Atti generali</b>	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo
	<b>Oneri informativi per cittadini e imprese</b>	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	<b>Burocrazia zero</b>	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013  (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)		Nessuno		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali		Nessuno		
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali		Nessuno		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)		Nessuno		
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie		Nessuno		

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali</b>	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Atti degli organi di controllo			Atti e relazioni degli organi di controllo	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	<b>Articolazione degli uffici</b>	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 e delibera ANAC n. 495 del 25.9.2024 allegato 2	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Organigramma  (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)			Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	<b>Telefono e posta elettronica</b>	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e delibera ANAC n. 495 del 25.9.2024 allegato 2	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Consulenti e collaboratori</b>	<b>Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</b>	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	<b>Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice</b>	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Annuale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (non oltre il 30 marzo)		

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	INCARICHI DIRIGENZIALI, A QUALSIASI TITOLO CONFERITI IVI INCLUSI QUELLI CONFERITI DISCREZIONALMENTE DALL'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO SENZA PROCEDURE PUBBLICHE DI SELEZIONE  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Annuale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Nessuno	
Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		UOC Gestione risorse umane	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Nessuno			

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso )	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso )	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Posizioni organizzative</b>	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Dotazione organica</b>	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Personale non a tempo indeterminato</b>	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Tassi di assenza</b>	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	UOC Gestione risorse umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b>	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Contrattazione collettiva</b>	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV  (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Performance</b>	<b>Sistema di misurazione e valutazione della Performance</b>	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo
	<b>Piano della Performance</b>	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Relazione sulla Performance</b>		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Ammontare complessivo dei premi</b>	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Dati relativi ai premi</b>	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi  (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
<b>Benessere organizzativo</b>	Art. 20, c. 3, d.lgs. N. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per ciascuna delle società:		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016			Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>		
				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	Art. 24, c. 2, d.lgs. N. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	
	<b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b>	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Procedimenti	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciascun Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciascun Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autoirizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. N. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. N. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2017
<b>PER CONTRATTI CON BANDI E AVVISI PUBBLICATI DOPO IL 1° GENNAIO 2024</b>						
<b>ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE</b> <small>(all. 1 della Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023)</small> <b>Ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti</b>						
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici			Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	UOC che gestiscono le procedure	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)			Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)			Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali		<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u>  Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico		<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u>  Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	UOC che gestiscono le procedure	Annuale
<b>PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI (OLTRE AL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE DATI E INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA 261/2023)</b>						
	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)  Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio		1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato  Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)		Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici		Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Affidamento	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023 )		<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u>  Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	UOC che gestiscono le procedure	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2;  D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica		Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali:  1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);  2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);  3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;  4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (art. 24 e 31 co. 2);  5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico		Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)		<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u>  1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti  2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato		Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023		Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	UOC che gestiscono le procedur	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 28 D.Lgs. 36/2023	link alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici	link alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici, nella quale sono pubblicate informazioni e dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ai sensi dell'articolo 35 ovvero secretati ai sensi dell'articolo 139	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>PER CONTRATTI CON BANDI E AVVISI PUBBLICATI PRIMA O DOPO IL 1° LUGLIO 2023 MA NON ANCORA CONCLUSI ALLA DATA DEL 31 DICEMBRE 2023</b> <b>Publicare atti e documenti come indicati nell'allegato 1 della Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera ANAC 601 del 19 dicembre 2023</b> <b>e per i dati che non vengono raccolti da SIMOG e che devono essere pubblicati in AT seguire le indicazioni sotto riportate</b> <b>(delibera ANAC 582 del 13 dicembre 2023)</b>						
			In caso di CIG acquisiti con Simog	<p>Elenco dei soggetti invitati</p> <p><i>Per tutte le fattispecie per le quali non è obbligatorio l'invio delle schede successive al perfezionamento del CIG:</i> dati relativi all'aggiudicazione/esito della procedura</p> <p><i>Per tutte le fattispecie per le quali non è obbligatorio l'invio delle schede successive all'aggiudicazione:</i> - atti di nomina del direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti della commissione di collaudo - modifica contrattuale e varianti - accordi bonari e transazioni - certificato collaudo/reg esecuzione/verifica conformità - resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</p> <p><i>Per gli affidamenti in house:</i> atti connessi agli affidamenti in house</p>	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			In caso di SmartCIG acquisiti entro il 31 dicembre 2023	Denominazione e codice fiscale dell'aggiudicatario importo delle somme liquidate tempi di completamento del contratto e resoconti della gestione finanziaria al termine dell'esecuzione	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Criteria e modalità</b>	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Sovvenzioni contributi</b>						

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) <i>link</i> al curriculum vitae del soggetto incaricato	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>Bilanci</b>	<b>Bilancio preventivo e consuntivo</b>	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio</b>	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	<b>Patrimonio immobiliare</b>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Canoni di locazione o affitto</b>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	<b>Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 e delibera ANAC n. 495 del 25.9.2024 allegato 3	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. C), d.lgs. N. 150/2009	UOC Controllo di gestione	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di gestione	Tempestivo

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	UOC Controllo di gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Organi di revisione amministrativa e contabile</b>		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Corte dei conti</b>		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Servizi erogati</b>	<b>Carta dei servizi e standard di qualità</b>	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Class action</b>	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
	<b>Costi contabilizzati</b>	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati  (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	UOC Controllo di gestione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Liste di attesa</b>	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Servizi in rete</b>	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	URP	Tempestivo	
<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	<b>Dati sui pagamenti</b>	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 e delibera ANAC n. 495 del 25.9.2024 allegato 1	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	<b>Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale</b>	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	<b>Indicatore di tempestività dei pagamenti</b>	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	UOC Contabilità e bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti				UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>IBAN e pagamenti informatici</b>	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Opere pubbliche</b>	<b>Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici</b>	Art. 38, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Atti di programmazione delle opere pubbliche</b>	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche</b>	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio  (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n.	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		33/2013	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	UOC Servizio igiene e sanità pubblica, UOC Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate  (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza  (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	UOC che gestiscono interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	UOC che gestiscono interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	UOC che gestiscono interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Prevenzione della Corruzione		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012. (MOG 231). Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9/6/2021 n. 80, il PTPCT è stato sostituito dalla sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Altri contenuti		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'AN.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	UOC Affari Generali e Legali	Semestrale
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dat.gov.it">www.dat.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	UOSD Sistemi informativi	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	UOSD Sistemi informativi	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	UOSD Sistemi informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori  (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Ciascun Responsabile di UOC	

**Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Aggiornamento anno 2024**

**Azienda**

**502 - Marca  
Trevigiana**

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI											
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie		
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento <sup>6</sup>	-	-	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.	Costo S.A.I.
				Dirigenza		Dirigenza		Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario			
				€ 479.400.888,00	€ -	€ 3.010.628,00	€ 1.568.429,00	€ -	€ -	€ 19.902.520,95	€ -	€ -	€ -	€ 14.406.017,00	€ -	€ -	€ -		
				Comparto		Comparto		Altri Profili		Altri Profili		Altri Profili		Altri Profili		Altri Profili			
				€ -	€ -	€ 172.375,00	€ 851.189,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 446.116,00	€ -	€ -	€ -		
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.191,0	203,2	€ 137.663.939,77	€ -	€ 3.010.628,00	€ 2.034.028,00	€ 771.693,00	€ 17.414.705,83	€ 3.148.367,56	€ -	€ -	€ -	€ 3.148.367,56	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	62,9	2,2	€ 6.543.815,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	180,9	91,4	€ 17.166.180,46	€ -	€ -	€ -	€ 38.255,00	€ 2.487.815,12	€ 241.453,75	€ -	€ -	€ -	€ 241.453,75	€ 2.073.931,09	€ 5.000,00	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	26,1	0,0	€ 2.828.191,89	€ 206.661,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.460,9</b>	<b>296,8</b>	<b>€ 164.202.127,40</b>	<b>€ 206.661,56</b>	<b>€ 3.010.628,00</b>	<b>€ 2.034.028,00</b>	<b>€ 809.948,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ 2.073.931,09</b>	<b>€ 5.000,00</b>	<b>€ -</b>	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.739,0	0,0	€ 171.034.855,48	€ 71.265,80	€ 172.375,00	€ 1.050.731,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale tecnico sanitario	S	451,8	5,4	€ 19.969.074,06	€ -	€ -	€ -	€ 13.194,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 57.648,45	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	411,7	0,4	€ 14.531.842,09	€ 1.968.951,87	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.400,00	€ -		
	Personale della prevenzione	S	188,1	0,0	€ 7.817.728,26	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	OSS/OTAA	SS	1.754,9	0,0	€ 60.211.004,55	€ 1.191.020,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	350,1	28,8	€ 11.783.678,70	€ 1.927.723,79	€ -	€ -	€ 5.770,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 662.845,11	€ -		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	750,2	1,4	€ 27.310.271,70	€ 635.126,50	€ -	€ -	€ 5.844,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.785,76	€ 16.000,00		
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.645,79</b>	<b>36,0</b>	<b>€ 312.658.454,84</b>	<b>€ 5.794.088,56</b>	<b>€ 172.375,00</b>	<b>€ 1.050.731,00</b>	<b>€ 24.808,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 768.679,32</b>	<b>€ 16.000,00</b>	<b>€ -</b>		
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.106,67</b>	<b>332,8</b>	<b>€ 476.860.582,24</b>	<b>€ 6.000.750,12</b>	<b>€ 3.183.003,00</b>	<b>€ 3.084.759,00</b>	<b>€ 834.756,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ 2.842.610,40</b>	<b>€ 21.000,00</b>	<b>€ -</b>	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

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.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziante utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

DIRETTORE GENERALE

**Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2025**

**Azienda**

**502 - Marca  
Trevigiana**

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI											
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento <sup>6</sup>	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie		
				Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie											
				Dirigenza	Dirigenza	Dirigenza	Dirigenza	Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario											
				€ 471.597.612,00	€ -	€ 3.010.628,00	€ 1.568.429,00	€ -	€ 19.902.520,95	€ 14.406.017,00									
				Comparto	Comparto	Comparto	Comparto	Altri Profili											
				€ 172.375,00	€ -	€ 851.189,00	€ -	€ 446.116,00											
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=H+L+M+N	P	Q	R
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.201,04	204,2	€ 135.020.001,09	€ -	€ 3.010.628,00	€ 2.034.028,00	€ 944.472,00	€ 17.414.705,83	€ 3.148.367,56	€ -	€ -	€ 102.431,00	€ 3.250.798,56	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	62,90	2,2	€ 6.387.605,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	180,88	91,4	€ 16.756.399,66	€ -	€ -	€ -	€ 38.255,00	€ 2.487.815,12	€ 241.453,75	€ -	€ -	€ -	€ 241.453,75	€ 2.073.931,09	€ 5.000,00	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	27,06	0,0	€ 2.821.003,73	€ 201.126,48	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.471,88</b>	<b>297,8</b>	<b>€ 160.985.009,71</b>	<b>€ 201.126,48</b>	<b>€ 3.010.628,00</b>	<b>€ 2.034.028,00</b>	<b>€ 982.727,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 102.431,00</b>	<b>€ 3.688.729,38</b>	<b>€ 2.073.931,09</b>	<b>€ 5.000,00</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.798,96	0,0	€ 168.966.743,05	€ 71.266,59	€ 172.375,00	€ 1.050.731,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	466,83	5,4	€ 19.988.745,65	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 57.648,45	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	422,68	0,4	€ 14.548.944,99	€ 1.973.589,12	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.400,00	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	195,10	0,0	€ 7.862.743,44	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	1.804,90	0,0	€ 60.198.831,19	€ 1.191.001,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	353,14	28,8	€ 11.591.994,37	€ 1.922.947,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 662.845,11	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	775,18	1,4	€ 27.405.075,59	€ 640.347,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.785,76	€ 16.000,00	€ -	
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>7.816,79</b>	<b>36,0</b>	<b>€ 310.563.078,29</b>	<b>€ 5.799.151,12</b>	<b>€ 172.375,00</b>	<b>€ 1.050.731,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 768.679,32</b>	<b>€ 16.000,00</b>	<b>€ -</b>		
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.288,67</b>	<b>333,8</b>	<b>€ 471.548.088,00</b>	<b>€ 6.000.277,60</b>	<b>€ 3.183.003,00</b>	<b>€ 3.084.759,00</b>	<b>€ 982.727,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 102.431,00</b>	<b>€ 3.688.729,38</b>	<b>€ 2.842.610,40</b>	<b>€ 21.000,00</b>	<b>€ -</b>	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

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.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2026

Azienda

502 - Marca Trevigiana

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
				Dirigenza		Dirigenza		Dirigenza		Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario								
				Comparto		Comparto		Altri Profili										
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R	
				€ 471.597.612,00	€ -	€ 3.010.628,00	€ 1.568.429,00	€ -	€ 19.902.520,95	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14.406.017,00	€ -	€ -	€ -	
				€ -	€ -	€ 172.375,00	€ 851.189,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 446.116,00	€ -	€ -	€ -	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.201,0	204,2	€ 135.020.001,09	€ -	€ 3.010.628,00	€ 2.034.028,00	€ 944.472,00	€ 17.414.705,83	€ 3.148.367,56	€ -	€ -	€ 102.431,00	€ 3.250.798,56	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	62,9	2,2	€ 6.387.605,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	180,9	91,4	€ 16.756.399,66	€ -	€ -	€ -	€ 38.255,00	€ 2.487.815,12	€ 241.453,75	€ -	€ -	€ -	€ 241.453,75	€ 2.073.931,09	€ 5.000,00	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	27,1	0,0	€ 2.821.003,73	€ 201.126,48	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.471,88</b>	<b>297,8</b>	<b>€ 160.985.009,71</b>	<b>€ 201.126,48</b>	<b>€ 3.010.628,00</b>	<b>€ 2.034.028,00</b>	<b>€ 982.727,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 102.431,00</b>	<b>€ 3.688.729,38</b>	<b>€ 2.073.931,09</b>	<b>€ 5.000,00</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.799,0	0,0	€ 168.966.743,05	€ 71.266,59	€ 172.375,00	€ 1.050.731,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	466,8	5,4	€ 19.988.745,65	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 57.648,45	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	422,7	0,4	€ 14.548.944,99	€ 1.973.589,12	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.400,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	195,1	0,0	€ 7.862.743,44	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	1.804,9	0,0	€ 60.198.831,19	€ 1.191.001,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	353,1	28,8	€ 11.591.994,37	€ 1.922.947,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 662.845,11	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	775,2	1,4	€ 27.405.075,59	€ 640.347,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.785,76	€ 16.000,00	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>7.816,79</b>	<b>36,0</b>	<b>€ 310.563.078,29</b>	<b>€ 5.799.151,12</b>	<b>€ 172.375,00</b>	<b>€ 1.050.731,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 768.679,32</b>	<b>€ 16.000,00</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.288,67</b>	<b>333,8</b>	<b>€ 471.548.088,00</b>	<b>€ 6.000.277,60</b>	<b>€ 3.183.003,00</b>	<b>€ 3.084.759,00</b>	<b>€ 982.727,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 102.431,00</b>	<b>€ 3.688.729,38</b>	<b>€ 2.842.610,40</b>	<b>€ 21.000,00</b>	<b>€ -</b>

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

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.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2027

Azienda

502 - Marca Trevigiana

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
							Con Specifico Finanziamento <sup>6</sup>					Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario				Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili	Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R	
				€ 471.597.612,00	€ -	€ 3.010.628,00	€ -	€ -	€ -	€ 19.902.520,95	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 7.203.008,50	€ -	€ -	€ -
						€ 172.375,00	€ -	€ -	€ -	Altri Profili					€ 446.116,00	€ -	€ -	€ -
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.201,0	204,2	€ 135.020.001,09	€ -	€ 3.010.628,00	€ 2.034.028,00	€ 944.472,00	€ 17.414.705,83	€ 3.148.367,56	€ -	€ -	€ 102.431,00	€ 3.250.798,56	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	62,9	2,2	€ 6.387.605,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -	€ 196.477,07	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	180,9	91,4	€ 16.756.399,66	€ -	€ -	€ -	€ 38.255,00	€ 2.487.815,12	€ 241.453,75	€ -	€ -	€ -	€ 241.453,75	€ 2.073.931,09	€ 5.000,00	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	27,1	0,0	€ 2.821.003,73	€ 201.126,48	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.471,88</b>	<b>297,8</b>	<b>€ 160.985.009,71</b>	<b>€ 201.126,48</b>	<b>€ 3.010.628,00</b>	<b>€ 2.034.028,00</b>	<b>€ 982.727,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 102.431,00</b>	<b>€ 3.688.729,38</b>	<b>€ 2.073.931,09</b>	<b>€ 5.000,00</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.799,0	0,0	€ 168.966.743,05	€ 71.266,59	€ 172.375,00	€ 1.050.731,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	466,8	5,4	€ 19.988.745,65	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 57.648,45	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	422,7	0,4	€ 14.548.944,99	€ 1.973.589,12	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.400,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	195,1	0,0	€ 7.862.743,44	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	1.804,9	0,0	€ 60.198.831,19	€ 1.191.001,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	353,1	28,8	€ 11.591.994,37	€ 1.922.947,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 662.845,11	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	775,2	1,4	€ 27.405.075,59	€ 640.347,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.785,76	€ 16.000,00	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>7.816,79</b>	<b>36,0</b>	<b>€ 310.563.078,29</b>	<b>€ 5.799.151,12</b>	<b>€ 172.375,00</b>	<b>€ 1.050.731,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 768.679,32</b>	<b>€ 16.000,00</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.288,67</b>	<b>333,8</b>	<b>€ 471.548.088,00</b>	<b>€ 6.000.277,60</b>	<b>€ 3.183.003,00</b>	<b>€ 3.084.759,00</b>	<b>€ 982.727,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 102.431,00</b>	<b>€ 3.688.729,38</b>	<b>€ 2.842.610,40</b>	<b>€ 21.000,00</b>	<b>€ -</b>

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

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.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziante utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

DIRETTORE GENERALE

ELENCO SCHEDE DI BUDGET 2025

Codice	Schede dei Dipartimenti Strutturali	
A0203D	Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio	
HT101D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedali	
HT104D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Pronto Soccorso, Anestesia e Terapie Intensive	
HT105D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Specialistica	
HT106D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Diagnostica per Immagini	
HT107D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Specialistica	
HT108D	Ospedali di Treviso - Dipartimento Neuro-Cardio-Vascolare	
HP101D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale	
HP102D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Chirurgia Generale	
HP103D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Medicina Interna	
HP104D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Area Critica	
HA102D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Chirurgia Generale	
HA103D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Medicina Interna	
HA104D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Area Critica	
PT1PRE	Dipartimento di Prevenzione	
TT6011	Dipartimento di Salute Mentale	
TNDDS1	Direttore Distretto Socio sanitario Treviso Nord	
TSDDS2	Direttore Distretto Socio sanitario Treviso Sud	
TPDDS3	Direttore Distretto Socio sanitario Pieve di Soligo	
TADDS4	Direttore Distretto Socio sanitario Asolo	
Dipartimento	Codice CdR	Descrizione CdR
<b>Direttore Generale</b>	AF4011	Innovazione e sviluppo organizzativo
	AF4021	Controllo di Gestione
	AF4031	URP
	AF4091	Coordinamento attivita' per la nuova Cittadella Sanitaria di Treviso
	AF4061	Formazione
	AF4251	Unità per la Ricerca Clinica
	AF4041	Servizio Prevenzione e Protezione
	AF4211	Sistemi di gestione della qualità
<b>Direttore Amministrativo</b>	AG4091	Gestione risorse umane
	AG4101	Affari Generali
	AG4111	Contabilità e bilancio
	AG4261	Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni
	AG4271	Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica
	AG4141	Servizi tecnici e patrimoniali
	AG4151	Sistemi informativi
	TT4201	Servizi Amministrativi Territoriali
	HT4191	Servizi Amministrativi Ospedale
<b>Direttore Sanitario</b>	AF4171	Risk Management
	AF5011	Direzione Professioni Sanitarie
	AF4221	Innovazione tecnologica con rischi fisici in ambito sanitario
	AT2051	Attività Specialistica
	AT4231	Centrale Operativa Territoriale
<b>Direttore Servizi Socio Sanitario</b>	AT4181	Servizi Sociali e socio sanitari
<b>Dipartimento di Prevenzione</b>	PT5011	Professioni sanitarie Dipartimento di Prevenzione
	PT6011	Direzione Dipartimento di Prevenzione
	PU3011	SISP Servizio Igiene e Sanità Pubblica
	PU3031	SPISAL Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro
	PU3041	SPCMC Servizio prevenzione e controllo malattie croniche
	PU3091	MS Medicina dello Sport
	PU3101	SE Servizio di epidemiologia
	PU3111	SML Servizio di medicina legale
	PV3021	SIAN Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione
	PV3051	SSA Servizio veterinario sanità animale
	PV3061	SIAOA Servizio veterinario igiene alimenti di origine animale
	PV3071	SIAPZ Servizio veterinario igiene allevamenti e produzioni zootecniche
	PV3081	SCAA Servizio veterinario piani campionamento, allerte e audit

<b>Dipartimento Salute Mentale</b>	TTDSM1	Psichiatria Distretto Treviso
	TTDSM2	Psichiatria Distretto Pieve
	TTDSM3	Psichiatria Distretto Asolo
	TTDSM4	Percorsi riabilitativi e integrazione distrettuale
<b>Direttore Funzione Territoriale</b>	TT2091	SerD
	TT2101	Controlli delle attività dei soggetti privati socio-sanitari e convenzionati
	TT2071	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
	TT2051	Strutture Poliambulatoriali del Distretto di Treviso
	TT2081	Servizio integrazione lavorativa (SIL)
	TT5011	Professioni Sanitarie Territoriali
<b>Distretto Socio Sanitario Treviso Sud</b>	TS2011	Cure Primarie Distretto Treviso
	TS2021	Cure Palliative
	TS2061	Unità operativa per la tutela della salute delle persone con limitazione della libertà
	TS6011	Direzione Distretto Treviso Sud
<b>Distretto Socio Sanitario Treviso Nord</b>	TN2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Treviso
	TN2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Treviso
	TNFAR1	Assistenza Farmaceutica Territoriale
	TNFAR2	Distribuzione diretta dei farmaci e assistenza farmaceutica ospedale territorio
	TN6011	Direzione Distretto Treviso Nord
<b>Distretto Socio Sanitario Pieve di Soligo</b>	TP2011	Cure Primarie Distretto Pieve di Soligo
	TP2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Pieve di Soligo
	TP2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Pieve di Soligo
	TP6011	Direzione Distretto Pieve di Soligo
<b>Distretto Socio Sanitario Asolo</b>	TA2011	Cure Primarie Distretto Asolo
	TA2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Asolo
	TA2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Asolo
	TA6011	Direzione Distretto Asolo
<b>Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio</b>	H10281	Unità Spinale Treviso
	H50561	Recupero e riabilitazione funzionale Vittorio Veneto
	H70561	Recupero e riabilitazione funzionale Montebelluna
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedali</b>	H10371	Ostetricia e ginecologia Treviso
	H10372	Patologia Cervico-Vaginale Treviso
	H10391	Pediatria Treviso
	H11551	Fibrosi cistica Treviso
	H10331	Neuropsichiatria Infantile Treviso
	H1DMP1	Direzione medica ospedaliera 1 per la funzione organizzativo gestionale - Treviso
	H1FAR1	Farmacia Treviso
	H20371	Ostetricia e ginecologia Oderzo
	H20372	Procreazione medicalmente assistita Oderzo e Conegliano
	H20391	Pediatria Oderzo
	H2DMP1	Direzione medica ospedaliera - Oderzo
	HT1511	Direzione medica ospedaliera 2 per l'igiene ospedaliera - Treviso
	<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	H10091
H10092		Chirurgia Generale 2 Treviso
H10094		Chirurgia Senologica Treviso e Vittorio Veneto
H10361		Ortopedia e traumatologia Treviso
H10581		Gastroenterologia Treviso
H10681		Pneumologia Treviso
H19993		Modelli organizzativi e management in chirurgia Treviso
H20091		Chirurgia Oderzo
H20361		Ortopedia e traumatologia Oderzo
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Interna</b>		H10181
	H10191	Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione
	H10211	Geriatrics Treviso
	H10261	1° Medicina generale Treviso
	H10262	2° Medicina generale Treviso
	H10291	Nefrologia Treviso
	H10641	Oncologia Treviso
	H19992	Reumatologia e Attività diurna polispecialistica di area medica Treviso
	H20261	Medicina generale Oderzo
	H20641	Oncologia Oderzo

<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Pronto Soccorso, Anestesia e Terapie Intensive</b>	H10491	Anestesia e rianimazione Treviso
	H10731	Terapia intensiva neonatale Treviso
	H10961	Terapia del dolore Treviso
	H11061	Accettazione e pronto soccorso Treviso
	H11062	Centrale operativa SUEM Treviso
	H20491	Anestesia e rianimazione e terapia intensiva Oderzo
	H21061	Accettazione e pronto soccorso Oderzo
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Specialistica</b>	H10101	Chirurgia maxillo-facciale Treviso
	H10111	Chirurgia Pediatrica Treviso
	H10121	Chirurgia Plastica Treviso
	H10341	Oculistica Treviso
	H10351	Odontostomatologia Pediatrica
	H10381	ORL Treviso
	H10382	Chirurgia funzionale dell'orecchio Treviso
	H10383	Foniatria e audiologia Treviso
	H10431	Urologia Treviso
H20341	Oculistica Oderzo	
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Diagnostica per Immagini</b>	H10701	Radioterapia Treviso
	H11501	Fisica Sanitaria Treviso
	H11041	Neuroradiologia Treviso
	H10691	Radiologia Treviso
	H20691	Radiologia Oderzo
	H10611	Medicina nucleare Treviso
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Specialistica e di Laboratorio</b>	H10241	Malattie Infettive Treviso
	H11011	Microbiologia Treviso
	H10521	Dermatologia Treviso
	H10031	Anatomia e istologia patologica
	H11021	Medicina TrASFusionale Treviso
	H11001	Laboratorio analisi Treviso
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento Neuro-Cardio-Vascolare</b>	H10321	Neurologia Treviso
	H10081	Cardiologia Treviso
	H10141	Chirurgia vascolare Treviso
	H10301	Neurochirurgia Treviso
	H10071	Cardiochirurgia Treviso
<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale</b>	H40611	Medicina nucleare Conegliano
	H40691	Radiologia Conegliano
	H4DMP1	Direzione medica Conegliano
	H5DMP1	Direzione medica Vittorio Veneto
	H5FAR1	Farmacia Vittorio Veneto
	HT0681	Pneumologia Territoriale
<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	H40091	Chirurgia generale Conegliano
	H40141	Chirurgia Vascolare Conegliano
	H40341	Oculistica Conegliano
	H40361	Ortopedia e traumatologia Conegliano
	H40431	Urologia Conegliano
		Governance delle attività di ricovero in area omogenea chirurgia per intensità di cura Conegliano
	H49993	
	H50101	Chirurgia maxillo-facciale Vittorio Veneto
	H50091	Chirurgia generale Vittorio Veneto
	H50361	Ortopedia e traumatologia Vittorio Veneto
	H50381	ORL Vittorio Veneto
	H51991	Governance delle attività di day e week surgery Vittorio Veneto

<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Medicina Interna</b>	H40081	Cardiologia Conegliano
	H40211	Geriatria Conegliano
	H40261	Medicina generale Conegliano
	H40291	Nefrologia e dialisi Conegliano
	H40321	Neurologia Conegliano
	H40581	Gastroenterologia Conegliano
	H41561	Vulnologia Conegliano
	H50261	Medicina generale Vittorio Veneto
	H50641	Oncologia Vittorio Veneto
	H50681	Pneumologia Vittorio Veneto
<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Area Critica</b>	H40371	Ostetricia e ginecologia Conegliano e Vittorio Veneto
	H40391	Pediatria Conegliano
	H40491	Anestesia e rianimazione di Conegliano
	H41061	Accettazione e pronto soccorso Conegliano
	H50491	Anestesia e rianimazione Vittorio Veneto
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale</b>	H60691	Radiologia Castelfranco
	H6FAR1	Farmacia Castelfranco
	H70601	Lungodegenza Montebelluna
	H70691	Radiologia Montebelluna
	H7DMP1	Direzione Medica ospedaliera Montebelluna e Castelfranco
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	H60341	Chirurgia ambulatoriale oculistica Castelfranco
	H70091	Chirurgia generale Montebelluna
	H70341	Oculistica Montebelluna
	H70361	Ortopedia e traumatologia Montebelluna
	H70381	ORL Montebelluna
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Medicina Interna</b>	H60051	Angiologia Castelfranco
	H60081	Cardiologia Castelfranco
	H60261	Medicina generale Castelfranco
	H60291	Nefrologia Castelfranco
	H60321	Neurologia Castelfranco
	H70081	Cardiologia Montebelluna
	H70211	Geriatria Montebelluna
	H70261	Medicina generale Montebelluna
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Area Critica</b>	H60371	Ostetricia e ginecologia Castelfranco
	H61061	Accettazione e pronto soccorso Castelfranco
	H70371	Ostetricia e ginecologia Montebelluna
	H70391	Pediatria Montebelluna
	H70491	Anestesia e rianimazione Montebelluna
	H70681	Pneumologia Montebelluna
	H70961	Terapia del dolore Montebelluna
	H71061	Accettazione e pronto soccorso Montebelluna