

**Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana**

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



**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

n. 138 del 30/01/2026

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	- Formentini Stefano
Direttore dei servizi socio-sanitari	- Vescovi Paola

ha adottato la presente deliberazione:

**OGGETTO**

ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026-2028 E DEL BUDGET PER CENTRO DI RESPONSABILITÀ.

## OGGETTO

ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026-2028 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”, nelle more dell’invio dei nuovi obiettivi regionali per l’anno 2026, 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 2026-2028, 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. 198 del 31 gennaio 2025 recante “Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027”;
- n. 2591 del 28 novembre 2025 recante “Revisione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2025 e Adozione Piano triennale dei fabbisogni di personale 2026-2028 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 suddetto 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 2026-2028, 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, a far data dal 19 gennaio 2026, come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana la dott.ssa Cristina Canella dell'UOC Affari generali;
- 4) di nominare come sostituto del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza l'ing. Maria Crema dell'UOC Innovazione e sviluppo organizzativo, 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 2023;
- 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 2027;
- 6) di demandare a ciascun Referente, come individuato nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2026–2028, gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- 7) di pubblicare il PIAO 2026–2028 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

Formentini Stefano

Il Direttore dei servizi socio-sanitari

Vescovi Paola

**Il Direttore generale  
Benazzi Francesco**

---



# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026-2028

**Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana**

*La professionalità al servizio della tua salute*

REGIONE DEL VENETO



**ULSS2**  
MARCA TREVIGIANA

# SOMMARIO

<b>SOMMARIO</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>SCHEDE ANAGRAFICHE 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	21
IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	22
<b>VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>24</b>
VALORE PUBBLICO	24
VISION E MISSION AZIENDALE	25
PROGRAMMAZIONE, OBIETTIVI E VALUTAZIONE	25
AZIONI POSITIVE PER LA GENERAZIONE DI VALORE PUBBLICO	31
PERFORMANCE	34
<i>Obiettivo strategico 1 - Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse</i>	35
<i>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino</i>	36
<i>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</i>	38
<i>Obiettivo strategico 4 - Umanizzazione delle cure</i>	41
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	44
<i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione</i>	44
<i>La gestione dei rischi di corruzione</i>	47
<i>Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione</i>	50
<i>La trasparenza</i>	58
<i>Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza</i>	60
<i>Rendicontazione e diffusione</i>	60
<b>ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>62</b>
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	63
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	63
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	67
<b>PIANO FORMATIVO AZIENDALE</b>	<b>79</b>
PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	80
<b>MONITORAGGIO</b>	<b>82</b>
<b>ELENCO DEGLI ALLEGATI</b>	<b>86</b>
ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI	86
ALLEGATO 2 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA - OBIETTIVI E INDICATORI	86
ALLEGATO 3 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	86
ALLEGATO 4 - PIANO DEI FABBISOGNI	86

# INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

anche quest'anno la nostra Azienda ha predisposto il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 (PIAO), quale documento unico di programmazione e *governance*. Si tratta di uno strumento dotato da un lato di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di forte valore comunicativo, attraverso il quale condividere con la collettività obiettivi, azioni e risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

L'Azienda con questo documento ribadisce l'impegno al servizio della comunità per garantire un'assistenza sanitaria qualificata, accessibile e orientata ai bisogni delle persone, nel rispetto dei principi di equità, universalità e continuità delle cure.

Pur tenendo conto che stiamo vivendo una fase di cambiamento nei livelli di governo regionale, l'Azienda ha definito gli impegni per il prossimo triennio in modo chiaro, misurabile e trasparente, tenendo conto degli ambiti di miglioramento da affrontare e delle progettualità già in essere che si svilupperanno nei prossimi anni.

*"La professionalità al servizio della tua salute"* non è uno slogan: è un modo per sottolineare l'importanza rivolta alla formazione e alla competenza del personale e al costante aggiornamento per il miglioramento della qualità delle cure e di ogni attività svolta. La professionalità del personale medico e sanitario, inoltre, si esprime non solo attraverso competenze tecniche ma anche tramite un forte impegno nell'umanizzazione delle cure, ponendo attenzione all'ascolto, al rispetto e ai bisogni della persona. Siamo lieti di condividere con voi, tra le altre, le iniziative in quest'ambito.

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 01.01.2025 pari a 879.255 abitanti, di cui 91.149 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)

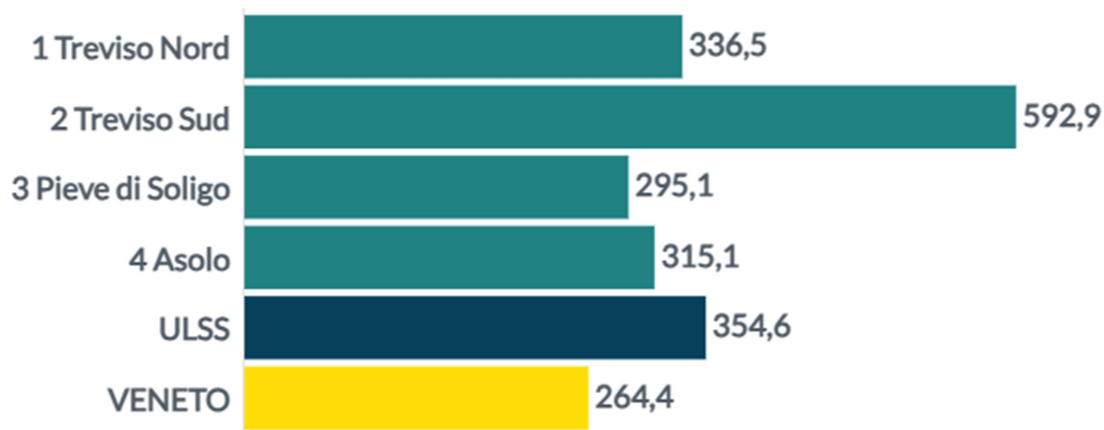


Grafico 1.1.1 Densità abitativa per distretto; densità abitativa aziendale e regionale. Fonte dati: DWH regionale

Come evidenziato nel grafico il Distretto di Treviso Sud risulta essere quello maggiormente popolato (592,9 abitanti per km<sup>2</sup>) ampiamente sopra la densità media regionale (264,4 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

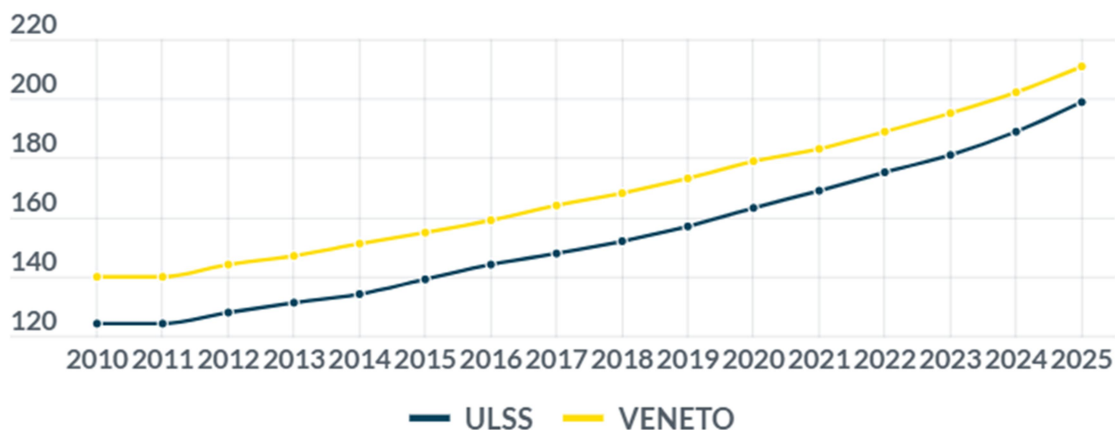


Grafico 1.1.2 Indice di vecchiaia. Fonte dati: DWH regionale

## Indice di natalità

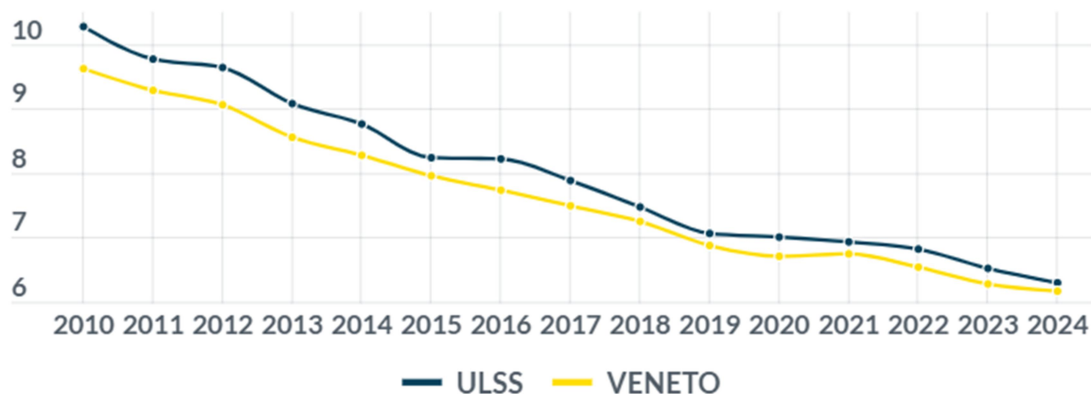


Grafico 1.1.3 indice di natalità. Fonte dati: DWH regionale

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 198,9 contro una media regionale di 211,9. 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 2024 si attesta su un valore di 6,3 (valore regionale 6,2).

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 16,81% 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

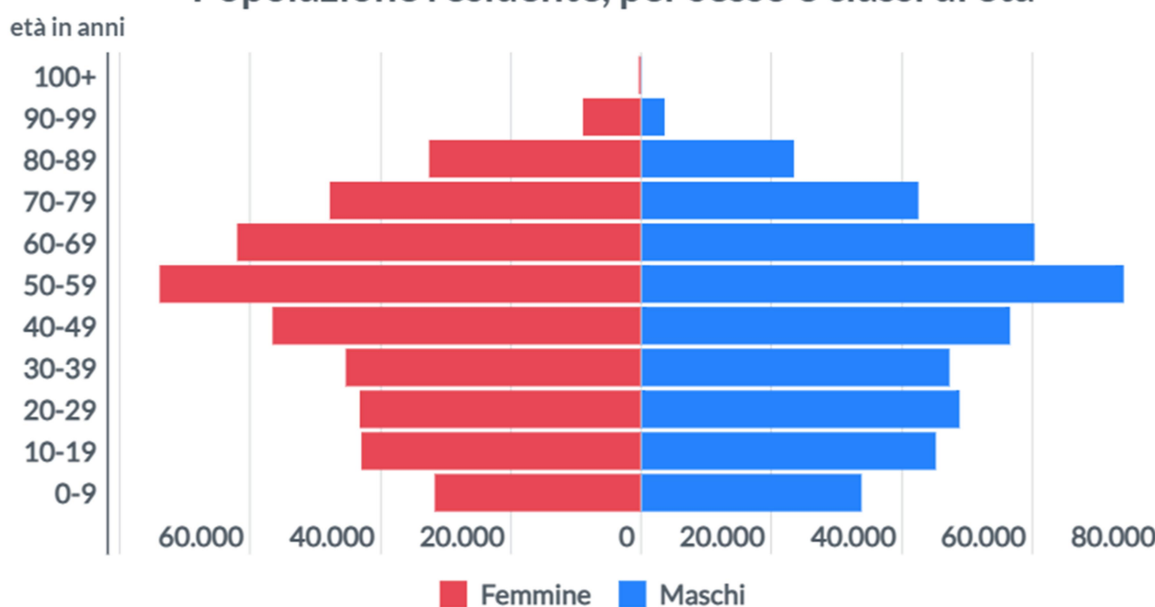


Grafico 1.1.4 Piramide dell’età. Fonte dati: DWH regionale

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'10,6%. 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 10,4%.

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

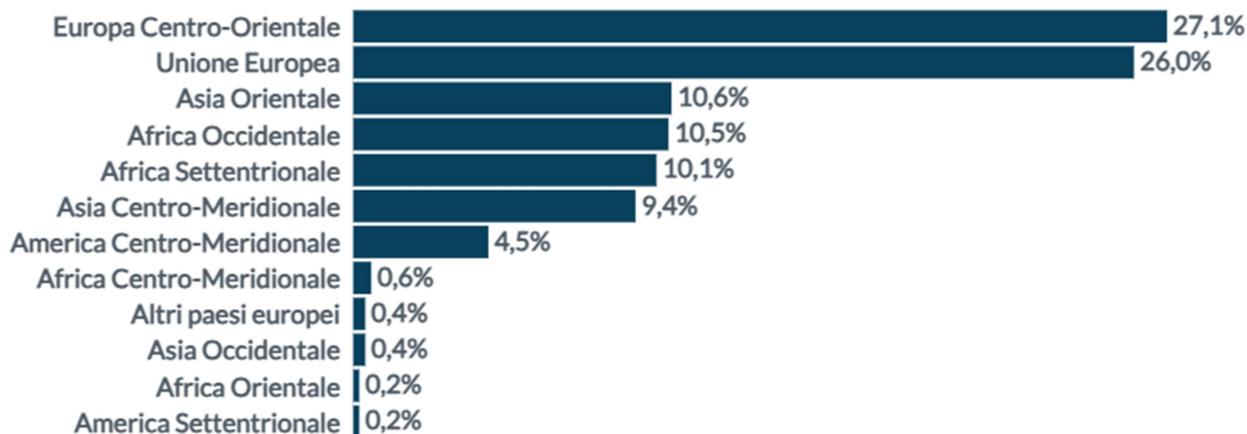


Grafico 1.1.5 Provenienza stranieri per macroregione. Fonte dati: DWH regionale

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)

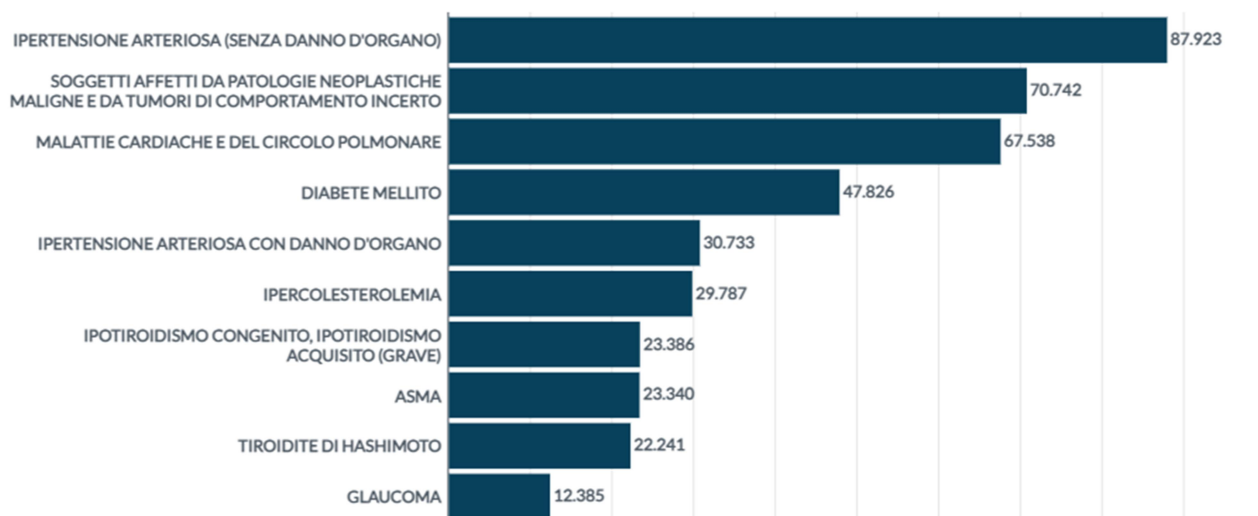


Grafico 1.1.6 Esenzioni per patologia (anno 2024). Fonte dati: DWH regionale

I dati sulla mortalità, riferiti al 2024 (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 8.456 decessi).

### Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso

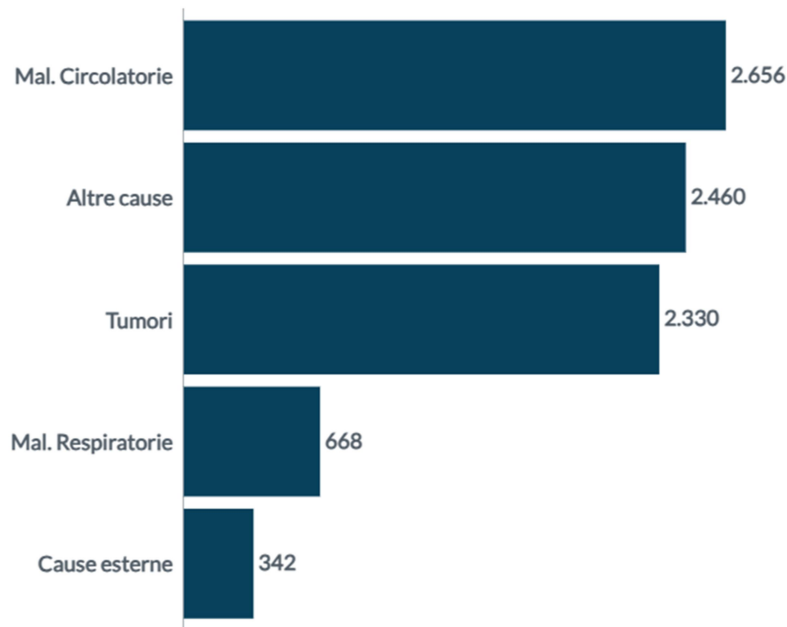


Grafico 1.1.7 Macrocausa di morte. Fonte dati: DWH regionale

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

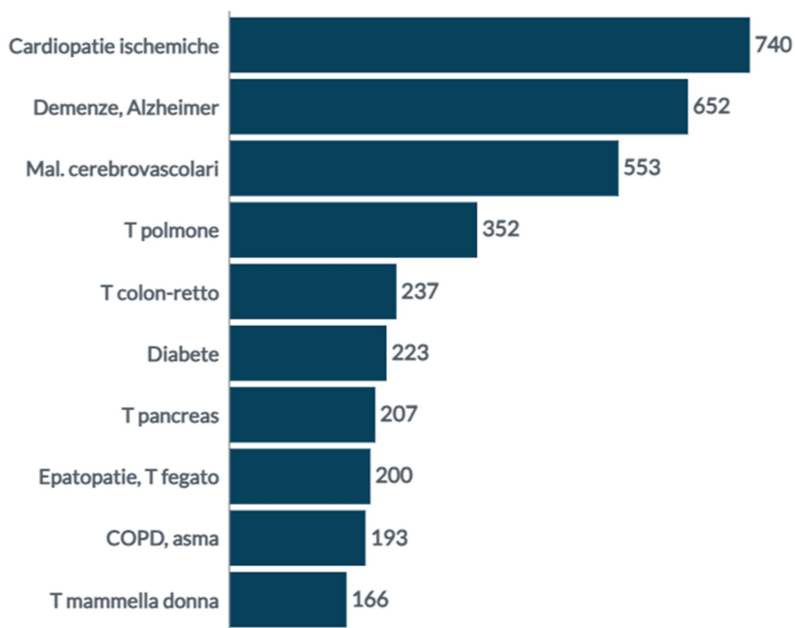


Grafico 1.1.8 Cause specifiche di decesso. Fonte dati: DWH regionale

## 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.

<b>Strutture ospedaliere</b>	
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

### Ricoveri

L'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana ha erogato circa 96.600 ricoveri nel 2025, un volume leggermente in diminuzione rispetto al biennio trascorso. Lo stesso trend in calo si evidenzia per l'Ospedale Hub di Treviso con oltre 36.000 ricoveri nel 2025, seguito dagli Ospedali di Conegliano e Montebelluna. La presenza del Privato-accreditato nel territorio aziendale si conferma forte (14,9% nel 2025) in crescita rispetto all'anno precedente.

**RICOVERI  
 OSPEDALIERI**  
 Anno 2025



## Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura

Anno 2025

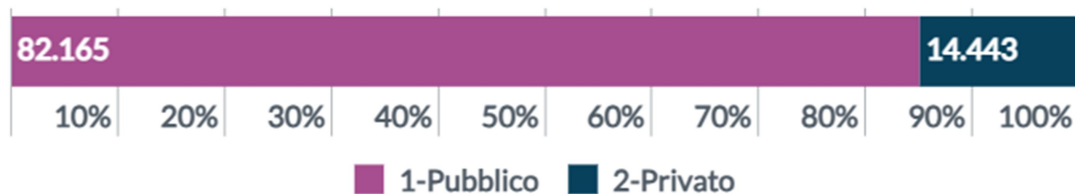


Grafico 1.2.1 Ricoveri totali anno 2025 (1.12.2024-30.11.2025) e distribuzione per tipologia di struttura. Fonte dati: DWH regionale

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

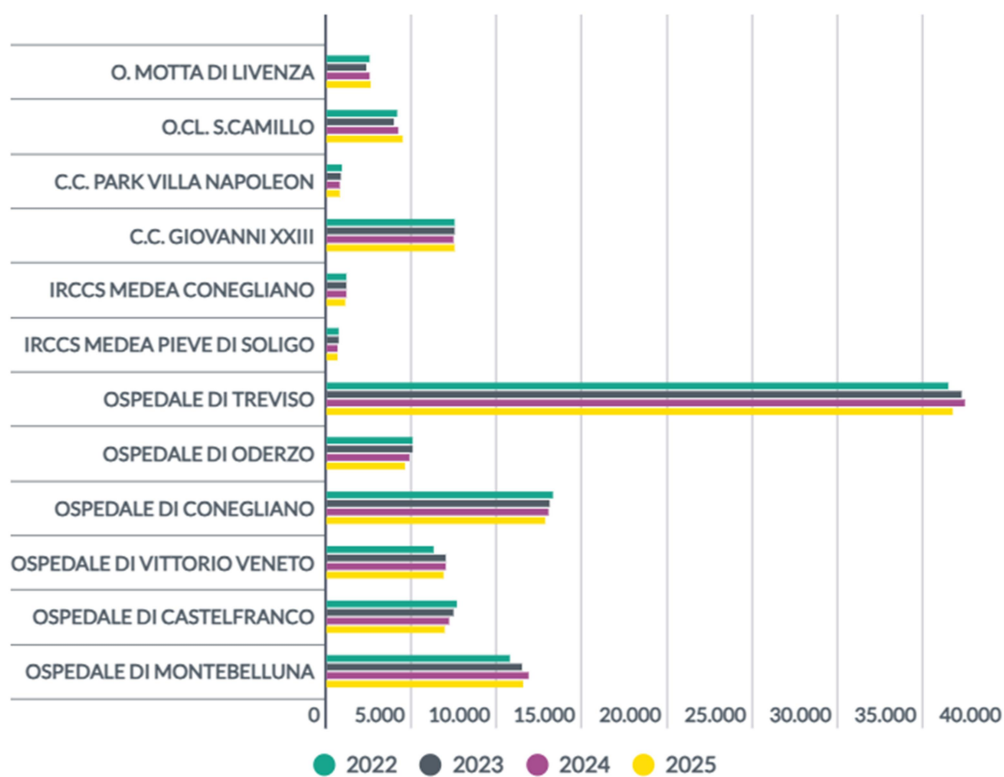


Grafico 1.2.2 Ricoveri per anno dal 2022 al 2025 e per struttura. Fonte dati: DWH regionale

## Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area

Anno 2025

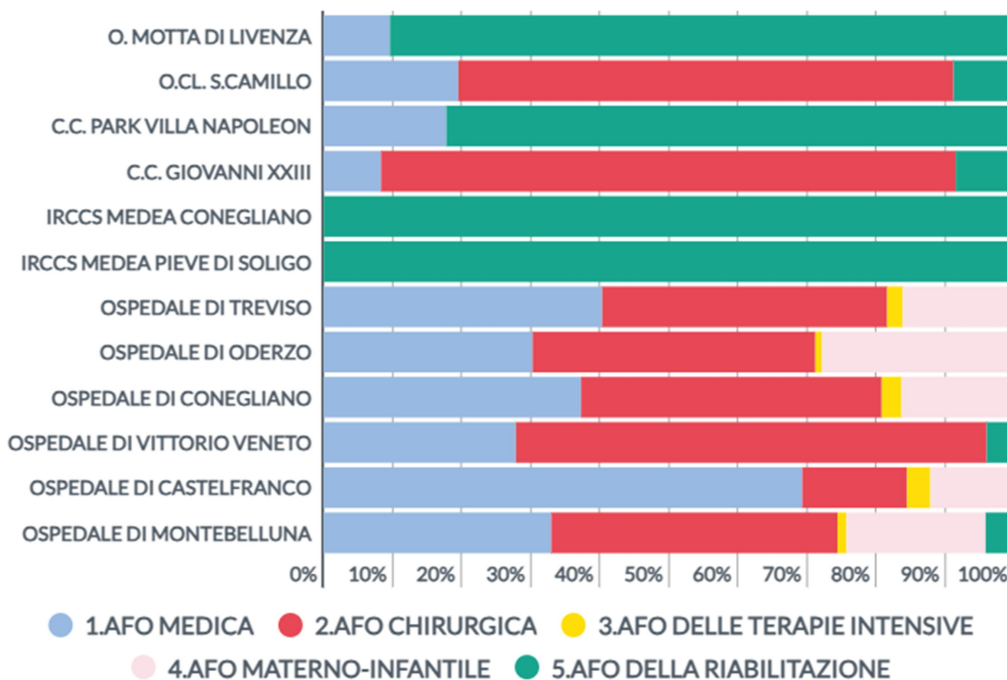


Grafico 1.2.3 Ricoveri per struttura e per area specialistica. Fonte dati: DWH regionale

### 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 2025 sono stati 300.025.

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

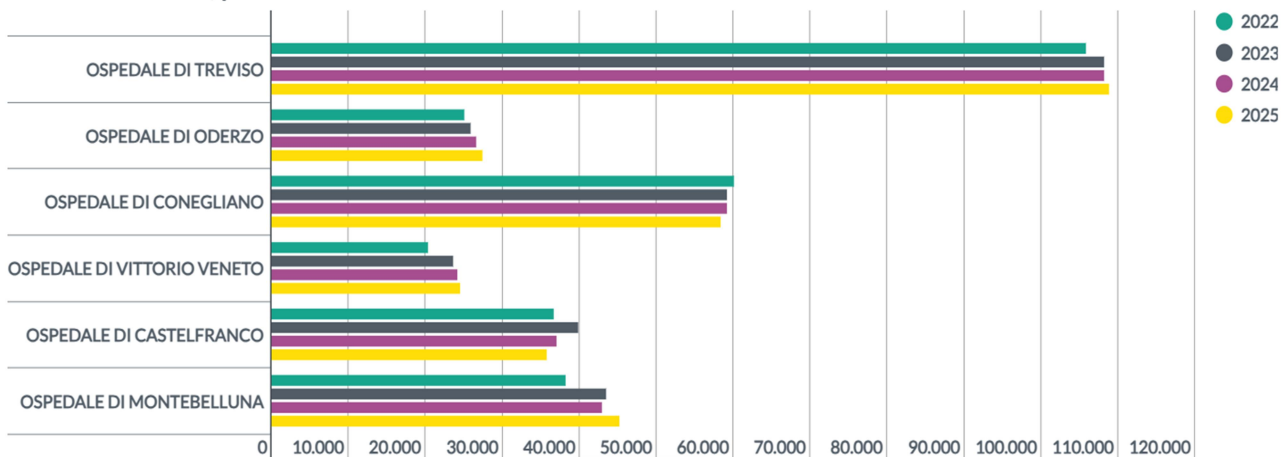


Grafico 1.2.4 Accessi Pronto Soccorso. Fonte: DWH regionali

## Distribuzione degli accessi, per triage di accesso Anno 2025

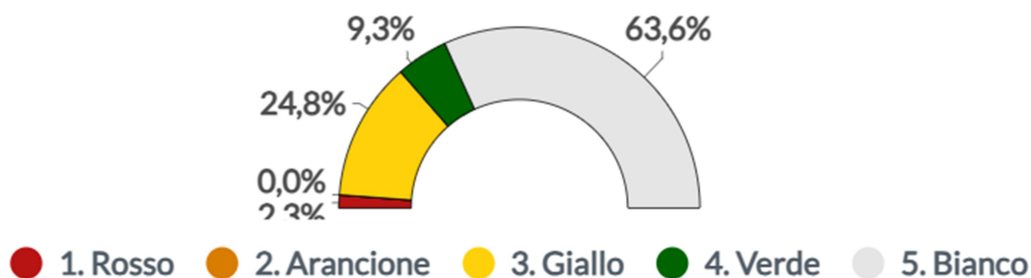


Grafico 1.2.5 Accessi Pronto Soccorso per triage. Fonte: DWH regionali

Il numero d'accessi ai Pronto Soccorsi è stabile rispetto al 2024 tranne per gli Ospedali di Castelfranco Veneto e Conegliano che registrano una lieve diminuzione e per l'ospedale di Montebelluna che rileva invece un aumento più considerevole.

### Interventi Chirurgici

#### Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero

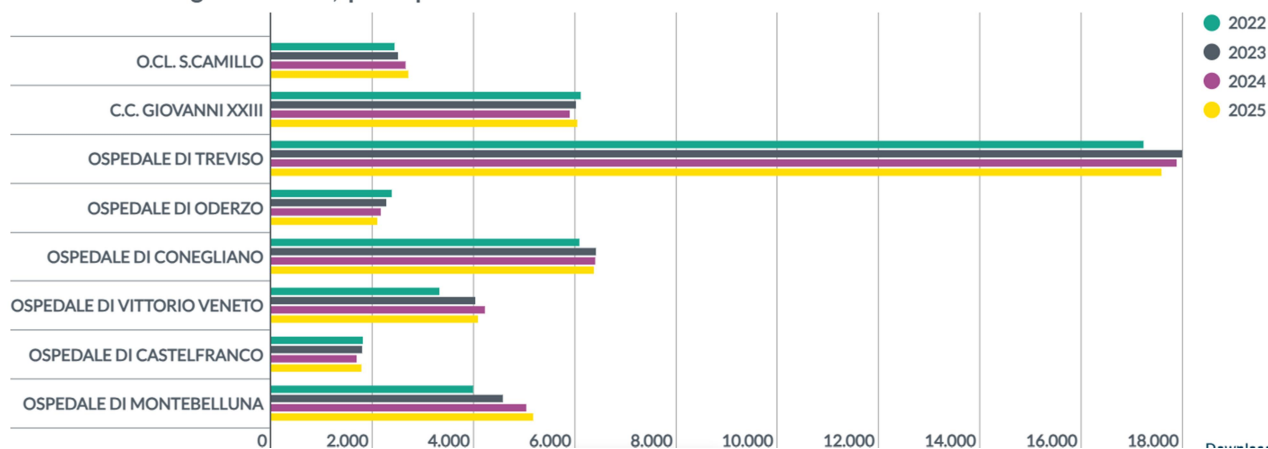


Grafico 1.2.6 Numero d'interventi chirurgici per struttura e per anno. Fonte: DWH regionali

## Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura Anno 2025

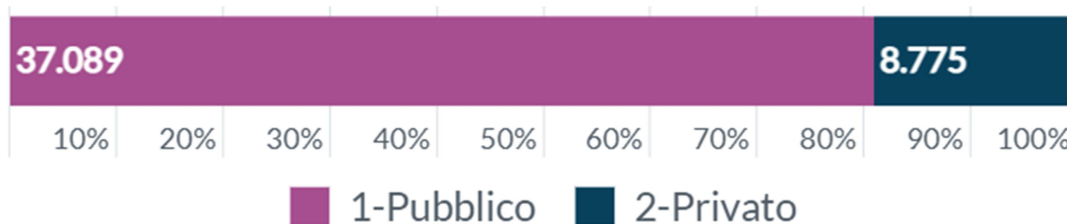


Grafico 1.2.7 Interventi per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

L’Ospedale Hub di Treviso si conferma il presidio maggiormente attivo con circa 17.500 interventi, su un totale (ultimo dato disponibile 2025) di 45.864, 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

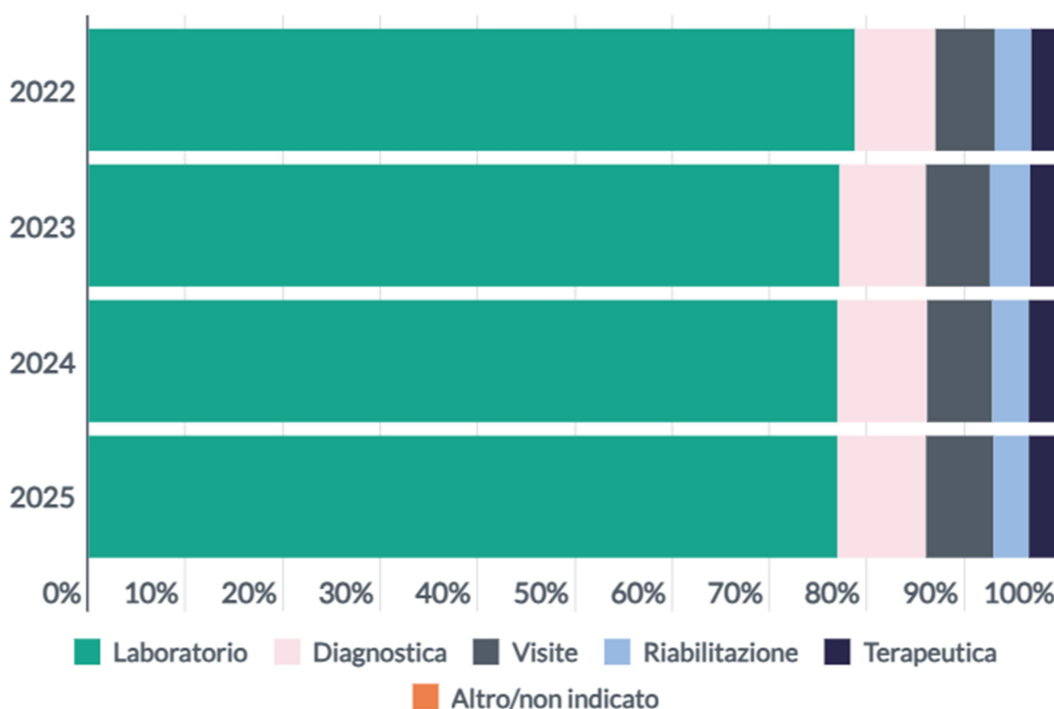


Grafico 1.3.1 Prestazioni per anno e per macro-branca. Fonte dati: DWH regionale

Le prestazioni maggiormente erogate sono quelle di laboratorio con circa 9,5 milioni di prestazioni; il 2025 mantiene un trend in lieve diminuzione rispetto all’anno precedente.

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

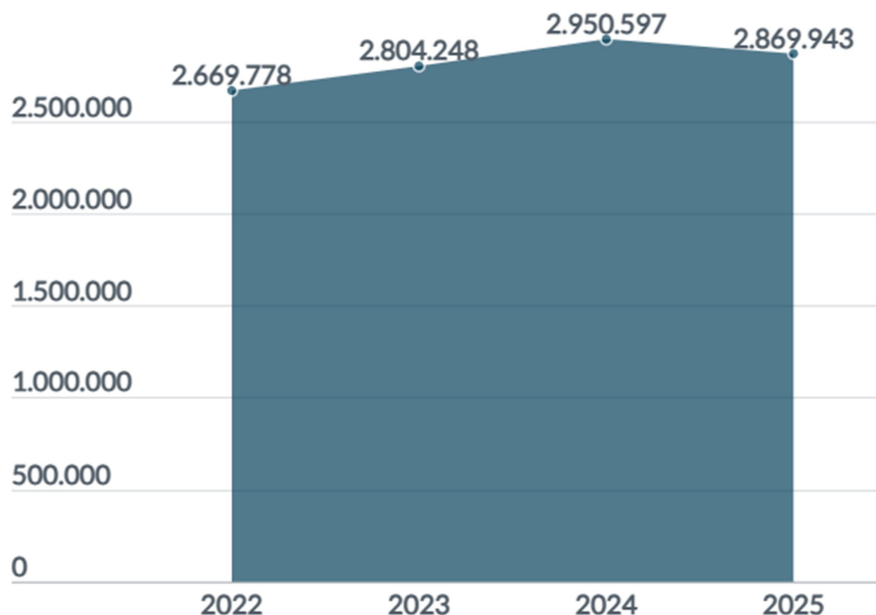


Grafico 1.3.2 Numero di prestazioni specialistiche erogate per anno. Fonte dati: DWH regionale

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

Anno 2025

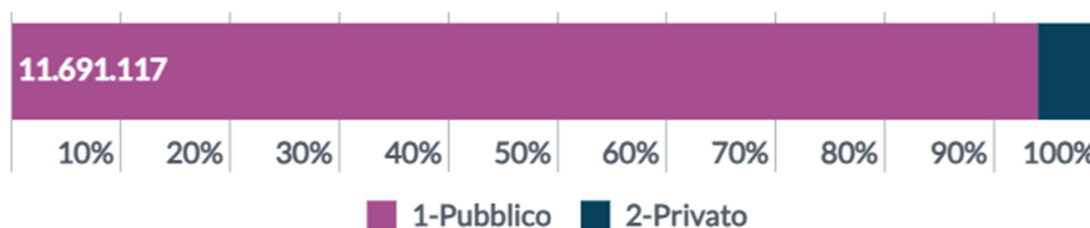
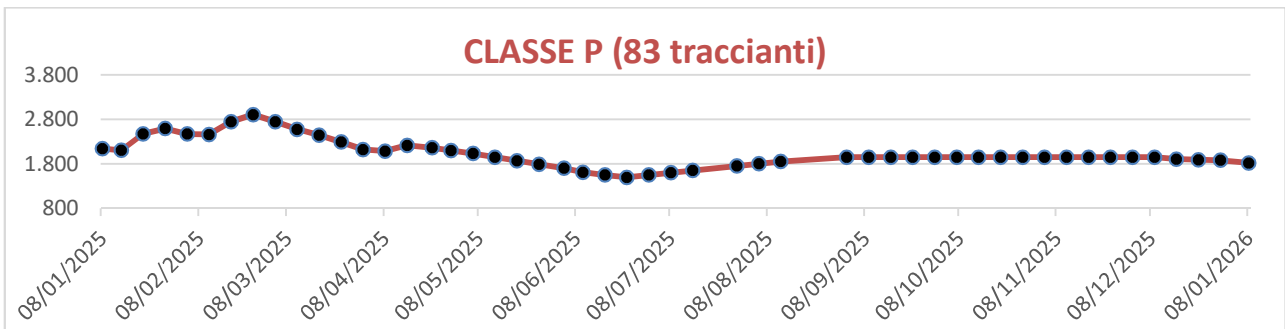
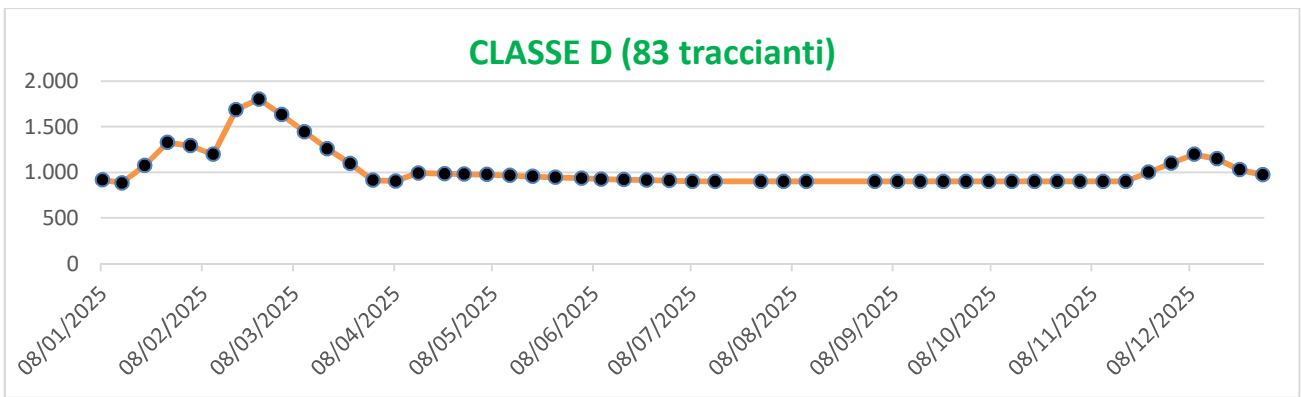
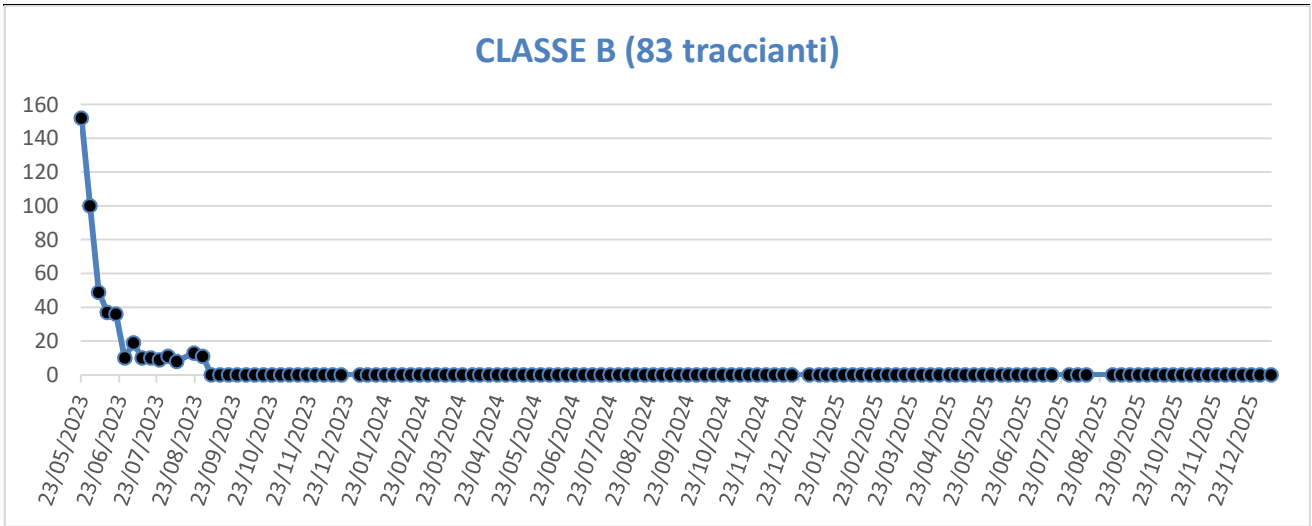


Grafico 1.3.3 Prestazioni per tipologia. Fonte dati: DWH regionale

Complessivamente l’Azienda nel 2025 ha erogato oltre 2.800.00 prestazioni (escluso laboratorio) dato che risulta in lieve diminuzione rispetto all’anno precedente.

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 dell’attività aziendale.



## 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. La seguente tabella illustra le strutture territoriali attive al 31/12/2025.

<b>Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio</b>	
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. 19</li> <li>• Punto prelievi n. 17</li> </ul>
	Privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliambulatori territoriali n. 7</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. 29 Centri diurni n. 53
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSM e ambulatori di salute mentale n. 12</li> <li>• Comunità/appartamenti n. 30</li> <li>• Centri diurni n. 16</li> <li>• Day Hospital Territoriale n. 3</li> </ul>
Strutture per persone con dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SER.D 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 una diminuzione del numero di assistiti e una prevalenza di soggetti di sesso femminile.

### Numero di pazienti in ADI, per anno

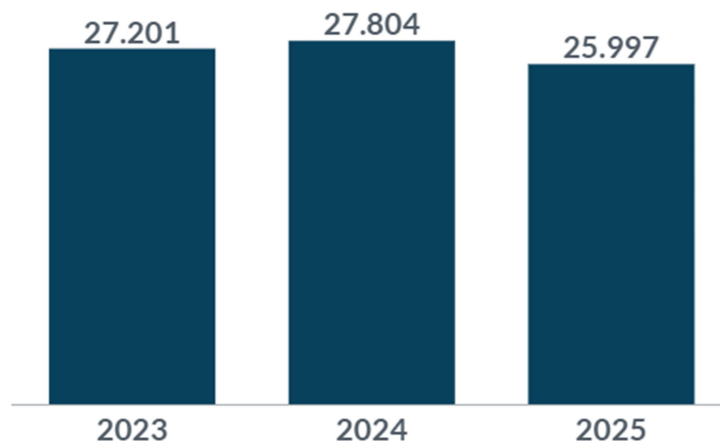


Grafico 1.4.1 Numero di assistiti in ADI, serie 2023-2024-2025. Fonte: DWH regionale

### Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

Anno 2025

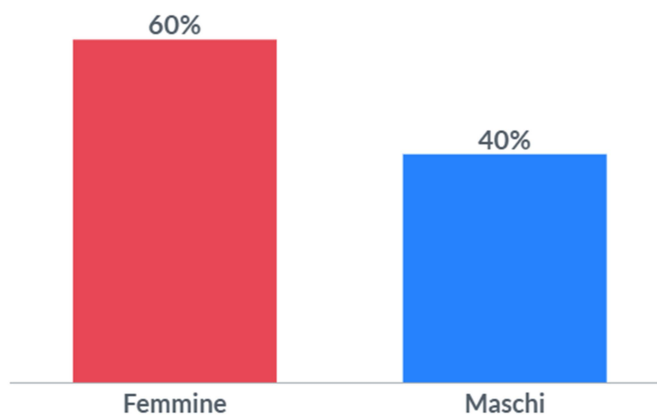


Grafico 1.4.2 Distribuzione per sesso degli assistiti in ADI. Anno 2025. Fonte: DWH regionale

#### 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 residenziale 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 sociosanitaria per completare il percorso di cura dopo un episodio acuto, facilitandone così il rientro alla quotidianità.

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

Anno 2025



## Pazienti in ODC/URT, per anno

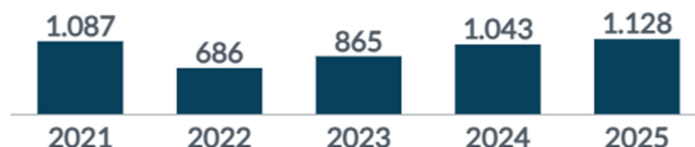


Grafico 1.4.3 Numero utenti ODC/URT per anno e distribuzione per sesso (ultimo dato disponibile 2025). Fonte: DWH regionale

## Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2025

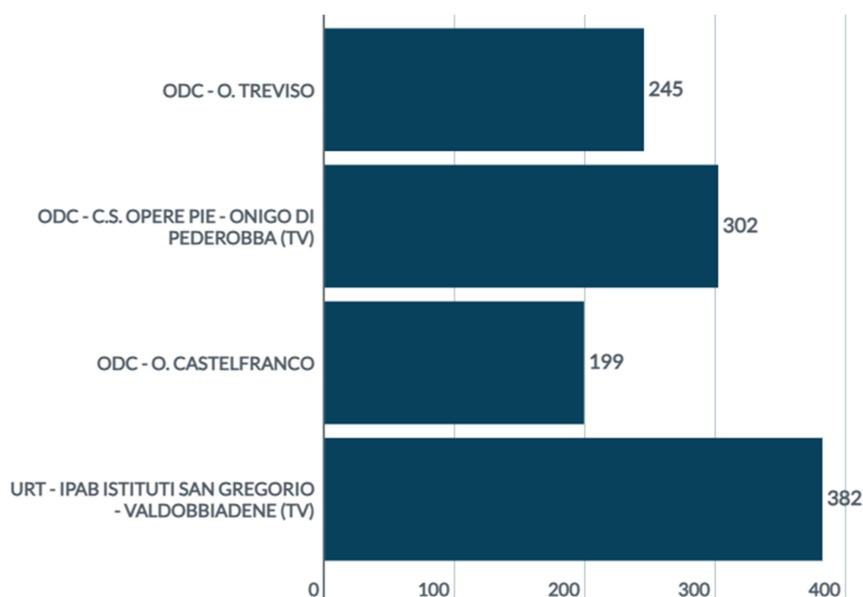


Grafico 1.4.4 Numero utenti ODC/URT per struttura di ricovero. Fonte: DWH regionale

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.

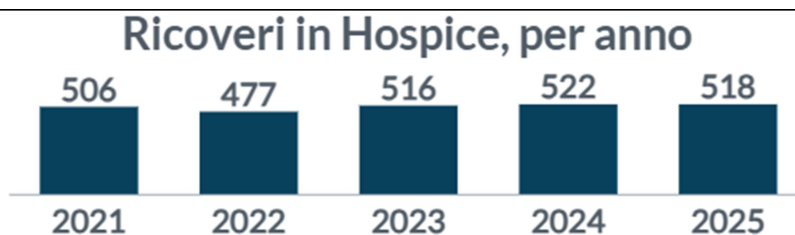


Grafico 1.4.5 Numero di ricoveri in Hospice. Fonte: DWH regionale

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

#### L'assistenza psichiatrica territoriale

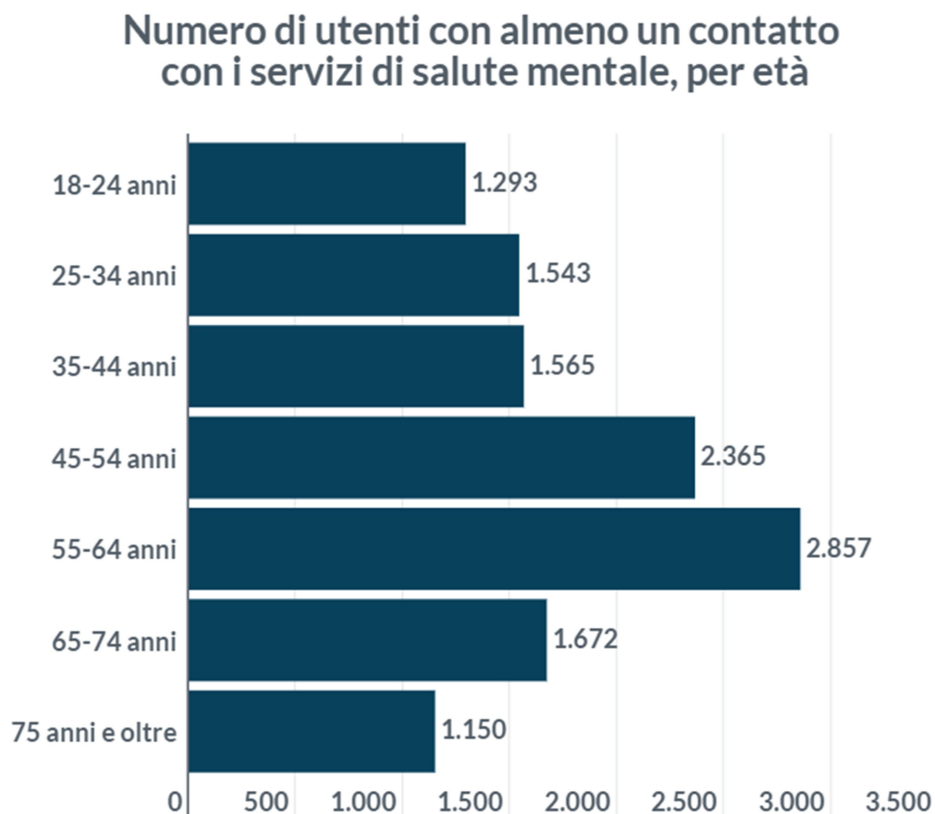


Grafico 1.4.6 Utenza DSM 2025 (ultimo dato disponibile) Fonte: DWH regionale

## Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico

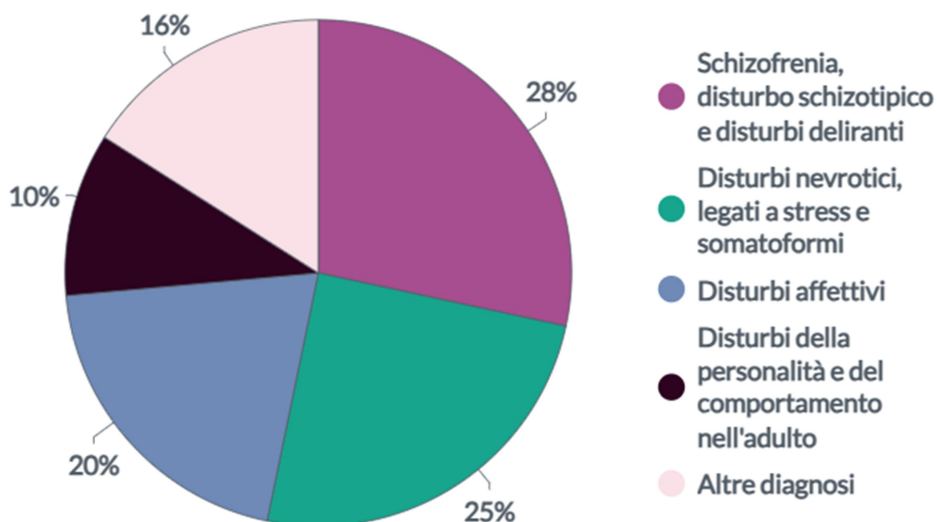


Grafico 1.4.7 Diagnosi per utenza DSM 2025 Fonte: DWH regionale

## 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”.

Medici di Assistenza Primaria (MMG)	486
Pediatrati di Libera Scelta convenzionati	90
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	13

Fonte dati: Ex Guardia Medica, dati gennaio 2025 modello FLS21.

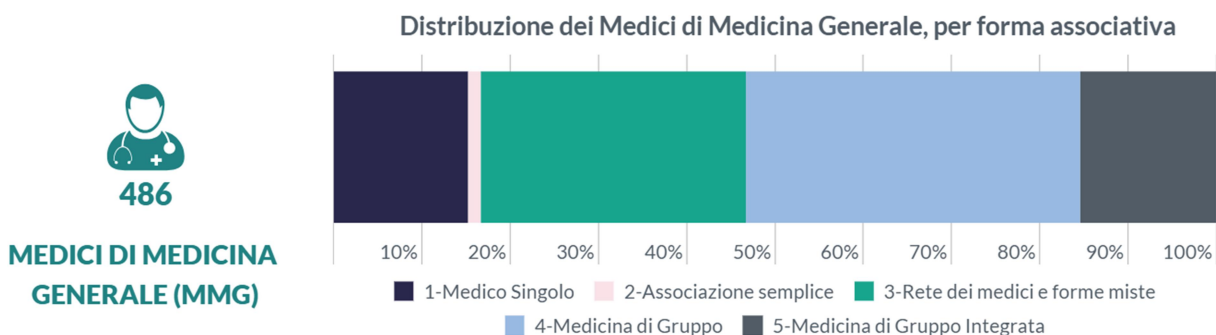


Grafico 1.5.1 Distribuzione dei MMG per forma associativa. Anno 2025

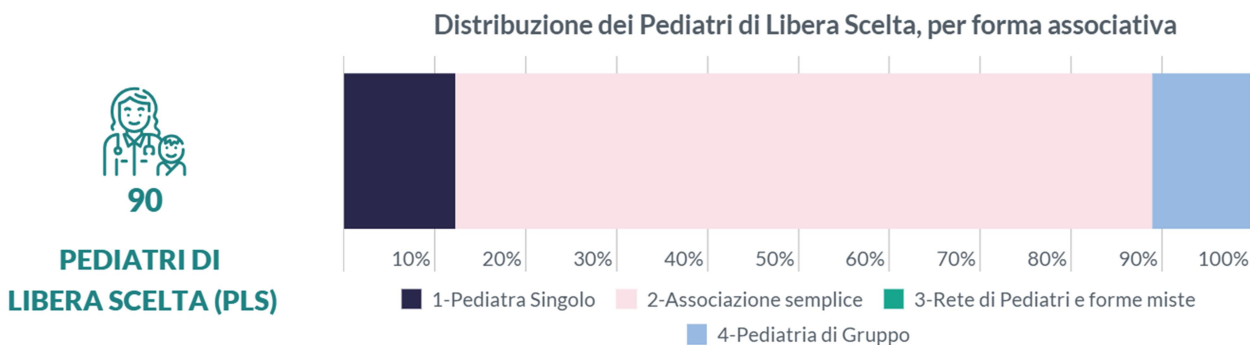


Grafico 1.5.2 Distribuzione dei PLS per forma associativa. Anno 2025

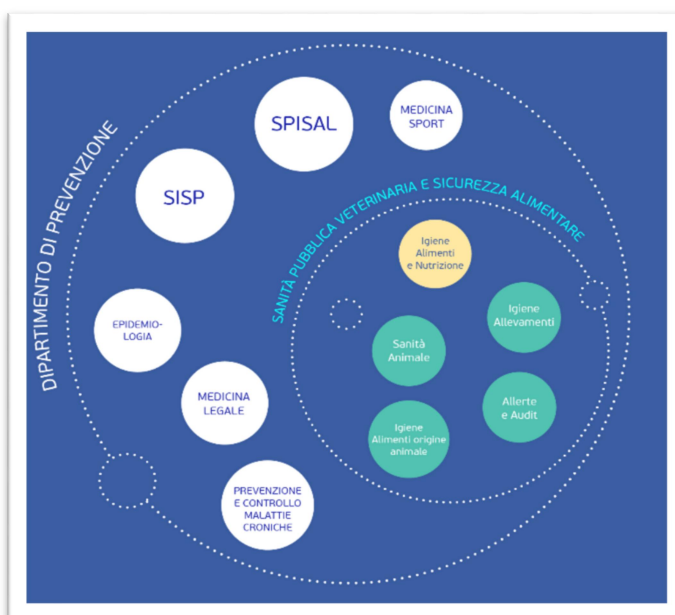
## Il Dipartimento di Prevenzione

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	2023	2024	2025	Obiettivo Regionale 2025
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,3%	95,2%	95,3%	>=95%
Vaccino anti HPV	61,0%	74,40%	78,10%	>=78%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	52,6%	45,8%	44,8%	>=55%

Fonte dati: Qlik regionali copertura vaccinale (estrazione del 08.01.2026)

### 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.

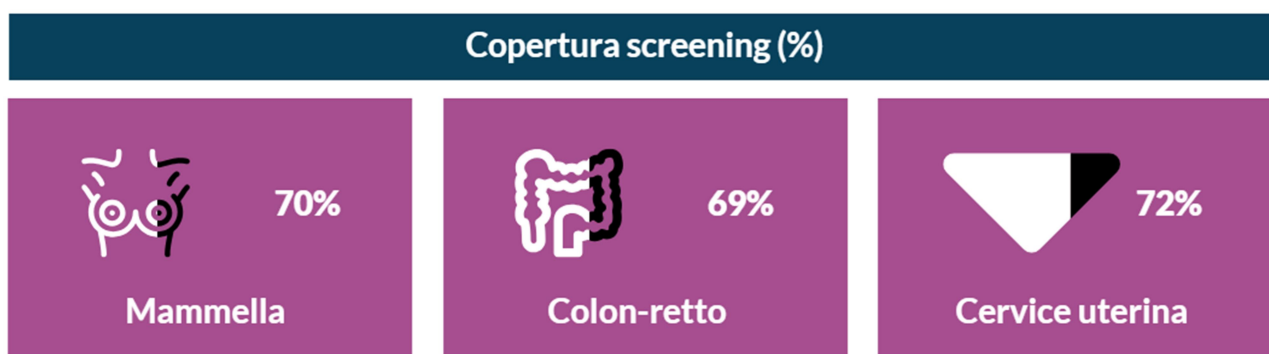


Grafico 1.6.1 Copertura screening. Fonte dati: Sistema informativo Screening (dato parziale 01/01/2025-30/09/2025)

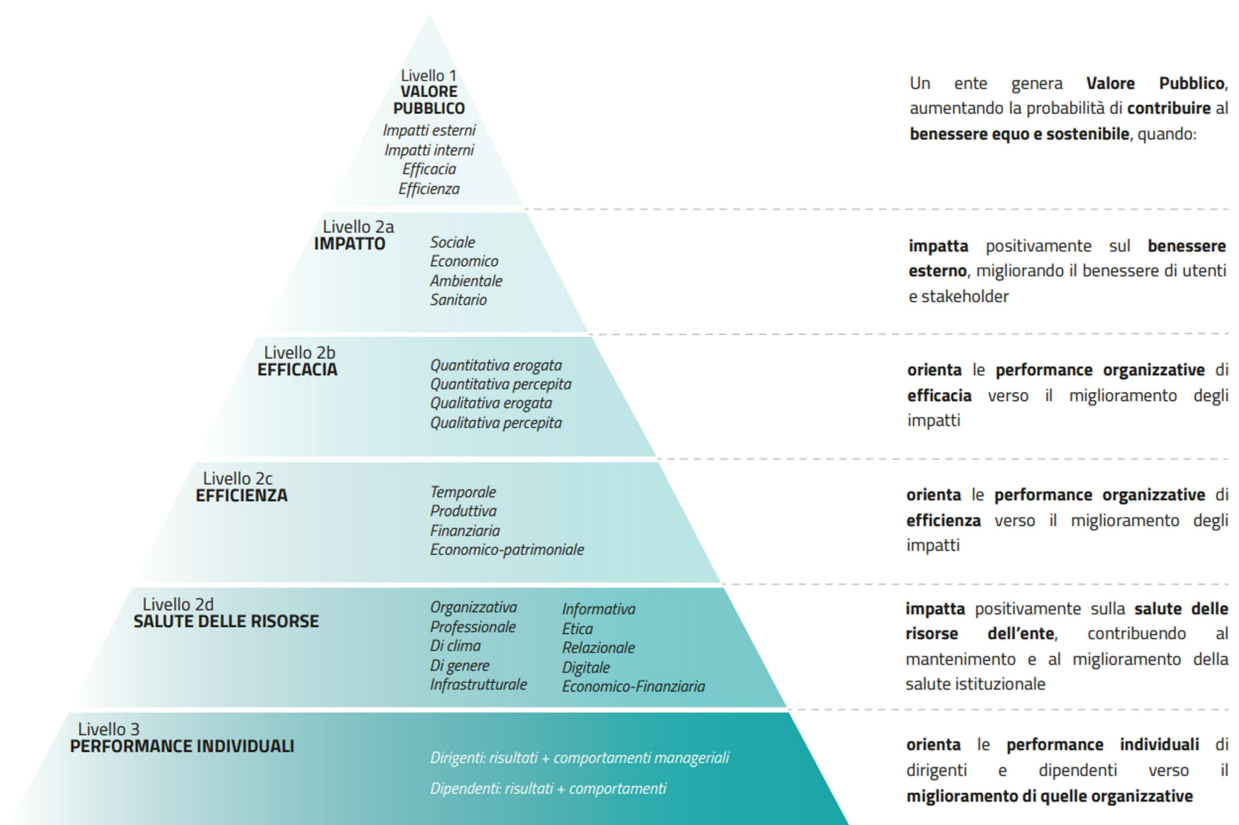
# VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2026-2028 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale e ambientale della comunità di riferimento.

## Valore Pubblico

Per valore pubblico si intende il livello di benessere economico, sociale e ambientale della collettività di riferimento di un'amministrazione, ovvero i destinatari delle sue politiche e dei suoi progetti. Una PA genera valore pubblico quando, grazie all'ottimizzazione delle performance dell'ente, il livello di benessere dei suoi utenti e *stakeholder* e il proprio livello di salute migliorano rispetto alle condizioni di partenza.

Una PA genera valore pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, attraverso un processo di pianificazione integrato, valorizza le proprie risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia, al fine di migliorare gli impatti sociali, economici e ambientali, misurabili anche attraverso indicatori come il Benessere Equo Sostenibile (BES) e gli *Sustainable Development Goals* (SDGs).



Framework della Piramide del valore pubblico elaborato dal CERVAP

Il modello di misurazione del valore pubblico si basa sui principi del *framework* della Piramide del Valore Pubblico, sviluppato dal CERVAP (Centro di Ricerca sul Valore Pubblico). Il framework ha un'architettura piramidale e, per la generazione e misurazione del Valore Pubblico, articola la performance in diverse dimensioni:

- gli impatti, intesi come misure del benessere o valore pubblico esterno;
- l'efficacia e l'efficienza, intese come leve di creazione del valore pubblico;

- la salute amministrativa, intesa come misura del valore pubblico interno e, al tempo stesso, come insieme di condizioni abilitanti del valore pubblico esterno. Si fa particolare riferimento alla salute delle risorse e alle performance individuali.

Ogni dimensione può essere ulteriormente suddivisa in sottodimensioni specifiche. Ad esempio, l'impatto può includere l'impatto ambientale, sociale ed economico, mentre la salute amministrativa può comprendere la salute economico-finanziaria, la salute professionale e formativa e la salute organizzativa.

Il valore pubblico non può essere dunque ridotto ad una sola dimensione: la sua complessità richiede un approccio multidisciplinare. Il framework consente di misurare il contributo delle diverse dimensioni alla creazione di valore funzionale agli indicatori BES o SDGs.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza contribuiscono a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. 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.

Il valore pubblico si crea perseguendo anche obiettivi operativi trasversali come la semplificazione dei processi, la digitalizzazione, la piena accessibilità ai servizi, le pari opportunità e la sostenibilità economica e ambientale.

## **Vision e Mission aziendale**

La *mission* aziendale consiste nel rispondere alla domanda di salute della comunità attraverso l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale così come definito dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dalla programmazione regionale, secondo principi di buon andamento dell'amministrazione. L'organizzazione deve porre al centro i bisogni della persona e sviluppare percorsi diagnostici terapeutici volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi. L'importanza della corretta risposta al bisogno di salute della popolazione residente 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, in termini di visione strategica aziendale, riconosce il proprio ruolo nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e nel rispondere in modo equo e appropriato ai bisogni di salute sempre più complessi dei cittadini. L'Azienda si impegna a promuovere il benessere e la qualità della vita dell'intera comunità attraverso l'innovazione tecnologica e gestionale, lo sviluppo delle competenze del personale e una strategia condivisa di promozione della salute.

## **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 (SDG's):** 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, l'ISTAT ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare 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, ai tradizionali indicatori economici come il PIL, si affiancano misure di valore sociale e ambientale relative alle disuguaglianze e alla sostenibilità.

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. 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>

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.

**Tavola 1 - Dominio Salute: indicatori per provincia. Veneto - Valori dell'ultimo anno disponibile e differenze rispetto all'Italia (a)**

Province REGIONE Ripartizione Italia	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)
	2024 (*)	2022	2022	2023	2022	2022
Verona	84,6	15,3	2,0	1,1	7,0	31,3
Vicenza	84,6	15,3	0,8	0,4	6,3	39,7
Belluno	83,3	18,2	0,9	0,0	6,6	39,9
Treviso	84,9	14,1	1,7	1,1	6,2	42,5
Venezia	84,0	15,5	2,6	0,9	6,5	41,6
Padova	84,4	14,3	2,7	0,5	6,5	38,7
Rovigo	83,2	18,5	3,4	0,5	6,9	35,3
<b>VENETO</b>	<b>84,2</b>	<b>15,2</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>	<b>6,5</b>	<b>38,6</b>
<b>Nord-est</b>	<b>84,1</b>	<b>15,6</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7</b>	<b>6,8</b>	<b>36,0</b>
<b>Italia</b>	<b>83,4</b>	<b>17,6</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>	<b>7,6</b>	<b>35,3</b>

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2025

(a) La colorazione applicata alle celle rappresenta l'entità e la direzione della differenza tra la misura del territorio in esame e il valore dell'Italia. La rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero le differenze positive (verde) indicano un livello di benessere più alto del valore Italia, quelle negative (rosse) un livello più basso. Per rendere comparabili indicatori diversi per ordine di grandezza o unità di misura, le differenze dal valore Italia sono state standardizzate, ovvero rapportate alla variabilità della distribuzione provinciale (cfr. nota metodologica); (b) Numero medio di anni; (c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti; (d) Per 1.000 nati vivi.

(\*) Dati provvisori.

“Dominio Salute”: indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori 2025. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

**Tavola 11 – Dominio Qualità dei servizi: indicatori per provincia. Veneto - Valori dell'ultimo anno disponibile e differenze rispetto all'Italia (a)**

Province REGIONE Ripartizione Italia	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e)	Emigrazione ospedaliera in altra regione (d)	Medici specialisti (e)	Posti letto negli ospedali (e)
	2022	2023	2023	2022 (*)
Verona	6,5	6,4	37,3	37,6
Vicenza	3,4	5,7	22,4	26,0
Belluno	2,1	6,4	25,3	29,5
Treviso	3,4	6,6	22,1	29,6
Venezia	2,7	7,2	25,3	31,8
Padova	4,7	4,9	40,4	34,8
Rovigo	2,5	10,4	29,4	39,1
<b>VENETO</b>	<b>4,0</b>	<b>6,4</b>	<b>29,6</b>	<b>32,3</b>
<b>Nord-est</b>	<b>3,6</b>	<b>6,6</b>	<b>32,8</b>	<b>34,7</b>
<b>Italia</b>	<b>3,2</b>	<b>8,6</b>	<b>34,1</b>	<b>33,3</b>

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2025

(a) La colorazione applicata alle celle rappresenta l'entità e la direzione della differenza tra la misura del territorio in esame e il valore dell'Italia. La rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero le differenze positive (verde) indicano un livello di benessere più alto del valore Italia, quelle negative (rosse) un livello più basso. Per rendere comparabili indicatori diversi per ordine di grandezza o unità di misura, le differenze dal valore Italia sono state standardizzate, ovvero rapportate alla variabilità della distribuzione provinciale (cfr. nota metodologica); (d) Valori percentuali (e) Per 10.000 abitanti; (\*) Nuova serie, che include i posti letto in day surgery.

“Dominio Qualità dei servizi”: indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori 2025. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

I dati della provincia di Treviso sul Dominio Salute evidenziano che la speranza di vita alla nascita della provincia è la più alta a livello regionale, mentre la mortalità evitabile è la più bassa. La mortalità infantile e per tumore presentano livelli inferiori rispetto alla media regionale. Importante è porre maggiore attenzione sugli indicatori relativi alla mortalità per incidenti stradali e per demenze e malattie del sistema nervoso che presentano valori più alti rispetto ai valori medi regionali. A tal proposito, l’ULSS n.2 – in collaborazione con la Provincia di Treviso – ha promosso il progetto “SOS Guida Sicura” con l’obiettivo di creare maggiore consapevolezza sulla sicurezza stradale e sul rischio di consumo di alcol e droghe alla guida.

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



In particolare, l’SDG 3 si focalizza sul garantire salute e benessere per tutti. Ha l’obiettivo di ridurre la mortalità, combattere le malattie, promuovere la salute mentale e l’accesso universale ai servizi sanitari essenziali. L’Azienda persegue tale obiettivo impegnandosi ad offrire cure di alta qualità e accessibili a tutti.

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 i feedback dei pazienti sulla loro esperienza di ospedalizzazione ordinaria. Questi risultati forniscono indicazioni concrete, puntuali e fruibili in merito alla percezione dei pazienti. Di seguito, si presentano i risultati relativi al primo semestre 2025 della valutazione sull’esperienza di ospedalizzazione presso i presidi ospedalieri dell’Azienda ULSS 2.

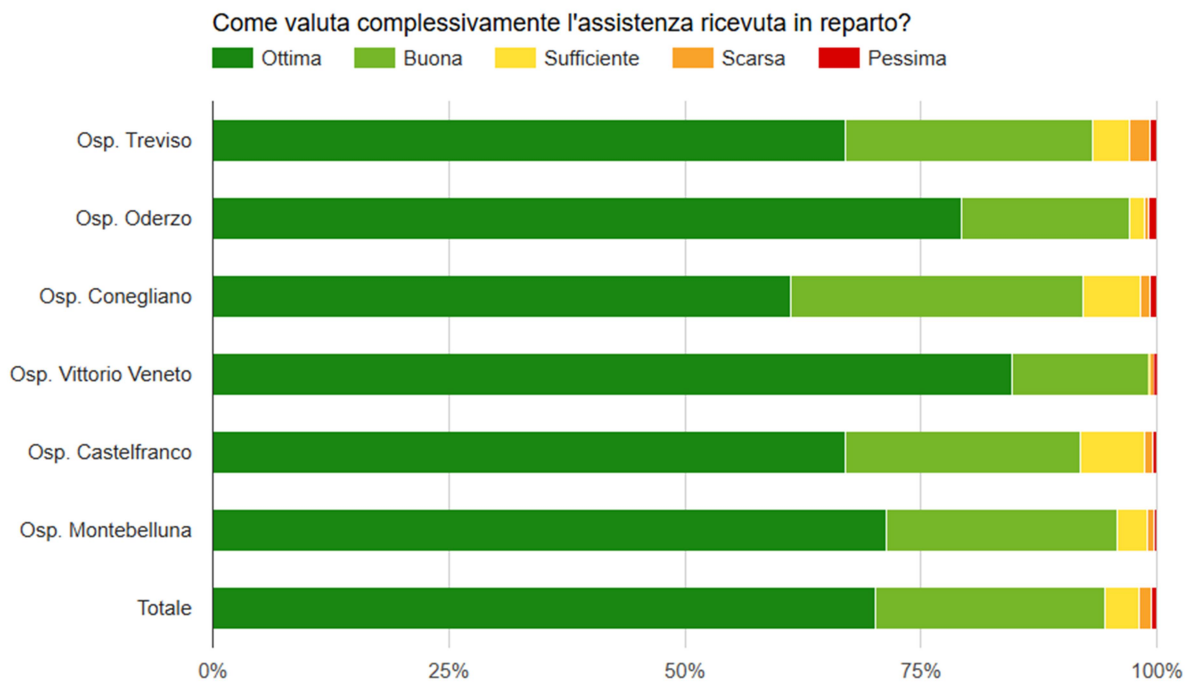


Grafico 2.2.1. Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Fonte: indagine PREMs, periodo 01/01/2025-30/06/2025 (ultimo dato disponibile)

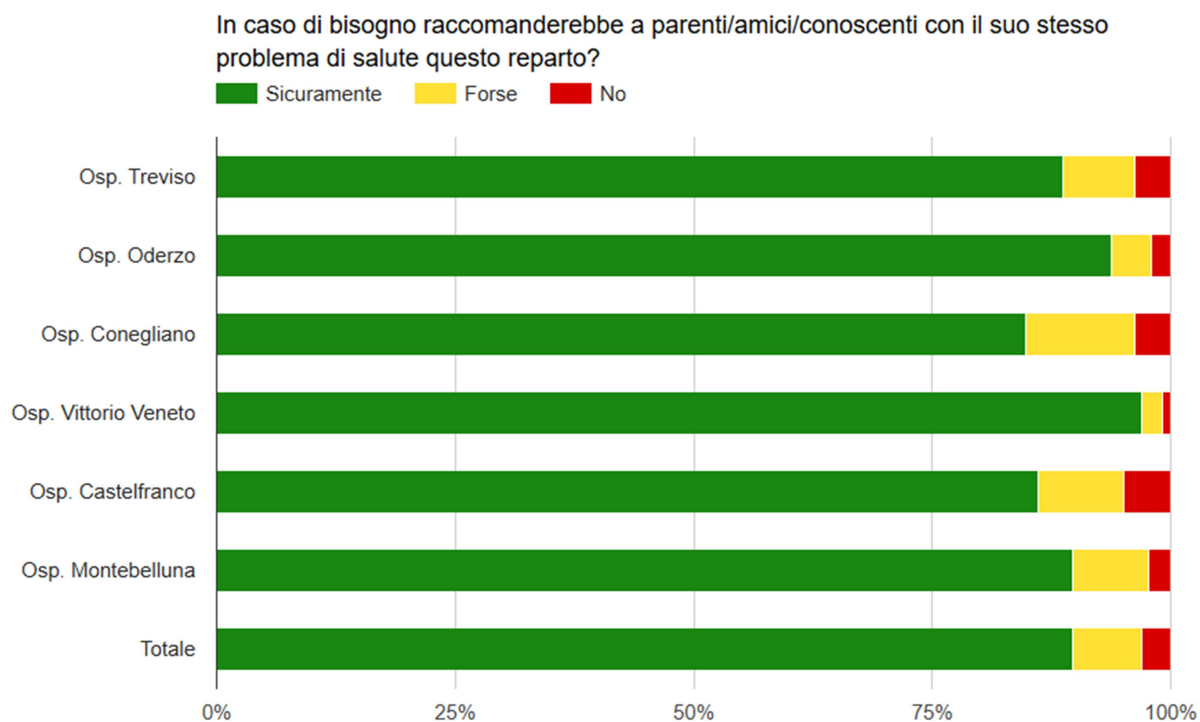


Grafico 2.2.2. Raccomandazione reparto. Fonte: indagine PREMs, periodo 01/01/2025-30/06/2025 (ultimo dato disponibile)

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 (denominata anche Progetto Bersaglio) effettuata dal Laboratorio Management e Sanità dell’Istituto di Management della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa. Il Progetto Bersaglio permette di offrire alle regioni una modalità oggettiva e condivisa di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Attraverso un processo di *benchmarking* tra regioni, vengono analizzate numerose dimensioni del sistema sanitario: dallo stato di salute della popolazione, all’efficacia delle strategie regionali, fino all’equilibrio economico-finanziario, all’esperienza degli utenti e del personale, ai servizi di emergenza-urgenza, prevenzione, governo clinico, e assistenza farmaceutica. 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 2024

#### Bersaglio 2024 - ULSS n. 2 Marca Trevigiana

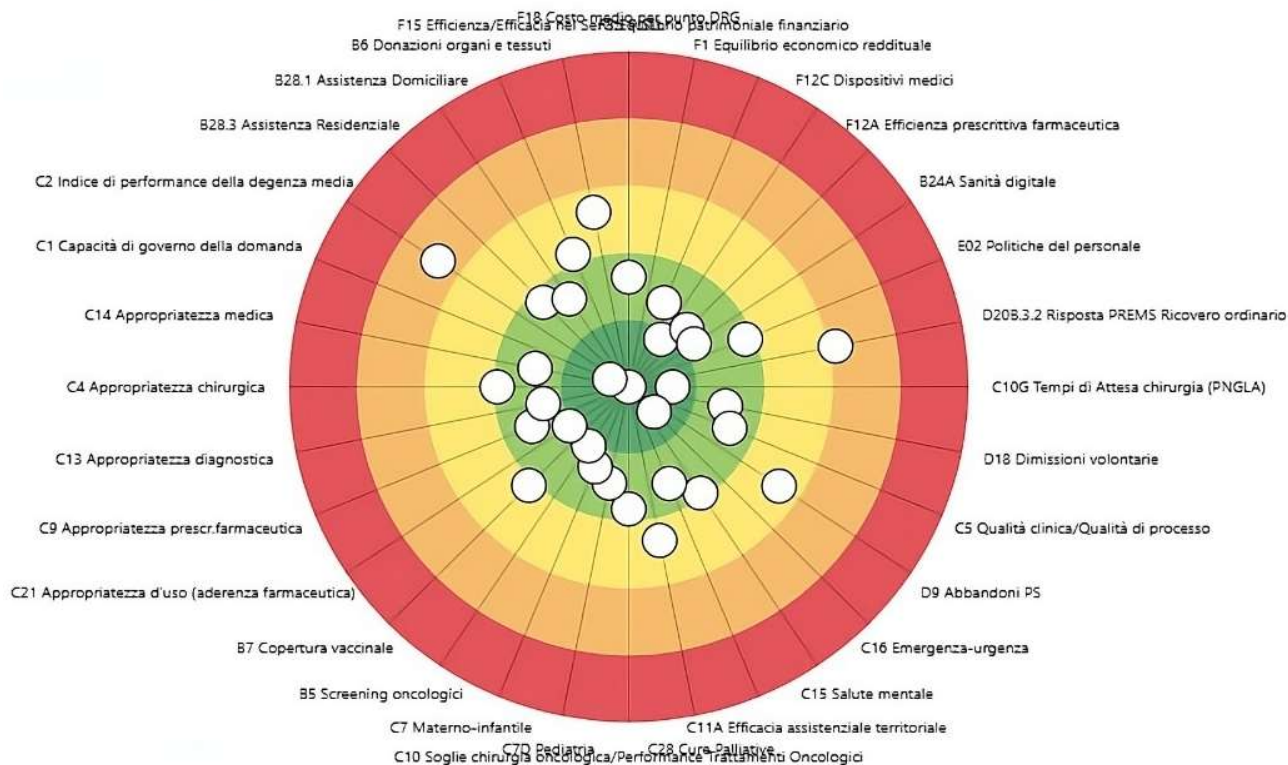


Grafico 2.2.3 Progetto Bersaglio-Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa

Il Progetto Bersaglio 2024 evidenzia risultati eccellenti nelle aree degli screening oncologici, dell'assistenza domiciliare e residenziale, dell'efficacia assistenziale territoriale e della capacità di governo della domanda. 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. Il *treemap* dell'Ospedale Hub di Treviso per l'anno 2024 mostra una valutazione complessivamente positiva, con buoni risultati nella quasi totalità delle aree cliniche.

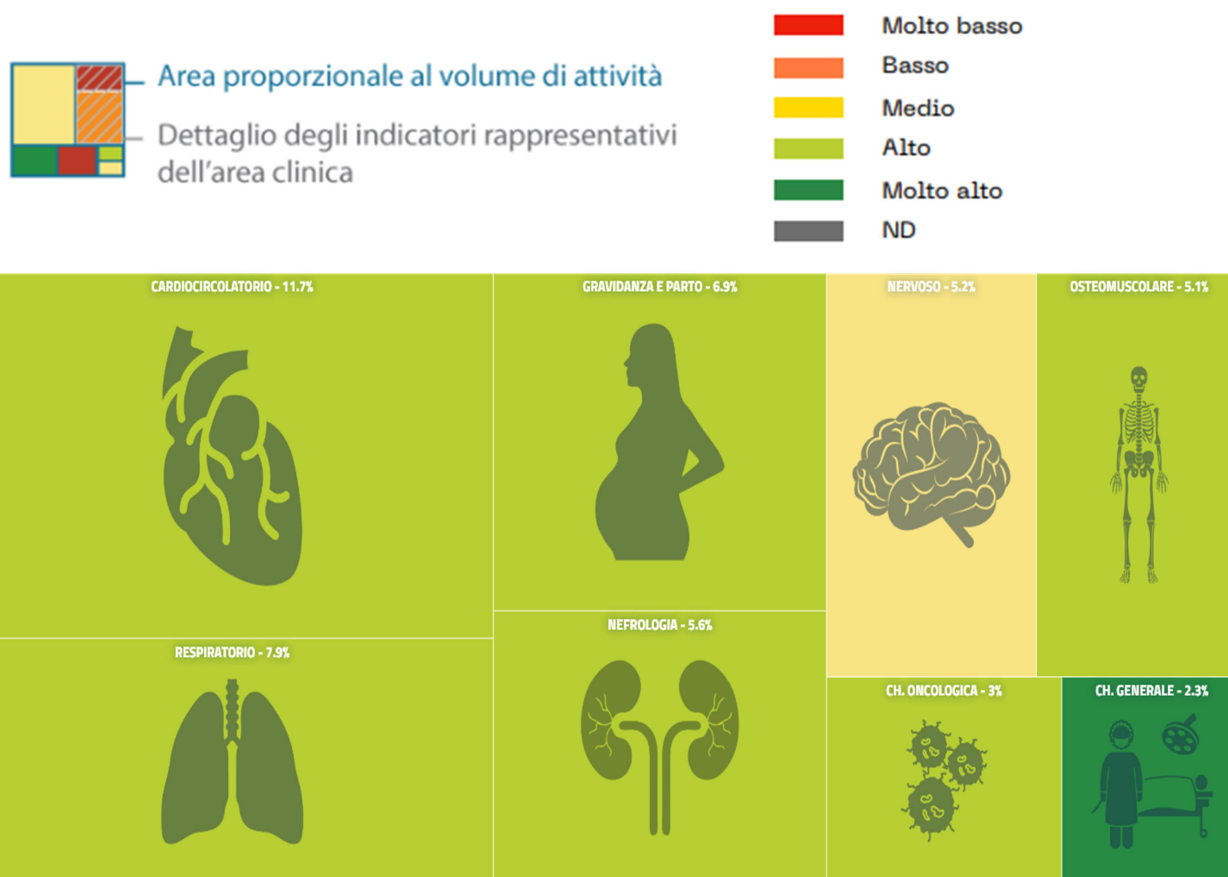


Grafico 2.2.4 Treemap dell'Ospedale Hub di Treviso (2024)

## Azioni positive per la generazione di valore pubblico

### Sostenibilità ambientale

L'Azienda attribuisce grande importanza alla sostenibilità ambientale. Il Codice di comportamento aziendale stabilisce che tutto il personale è tenuto a rispettare le disposizioni interne in materia di tutela dell'ambiente, con particolare riferimento all'uso responsabile dell'energia e delle risorse idriche, nonché all'adozione di comportamenti orientati alla riduzione dei rifiuti e al consumo di carta.

L'articolo 229, comma 4, del decreto legge n. 34/2020 - "Misure per incentivare la mobilità sostenibile" convertito con legge n. 77/2020, dispone l'obbligo per le imprese e le Pubbliche Amministrazioni con più di 100 dipendenti e con sedi ubicate nei capoluoghi di provincia di adottare, entro il 31 dicembre di ogni

anno, un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) finalizzato alla riduzione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto privati e a migliorare la raggiungibilità dei luoghi di lavoro. I dipendenti sono invitati annualmente a compilare un questionario che consente di analizzare le abitudini di spostamento, al fine di individuare incentivi e servizi più funzionali alle esigenze di spostamento dei dipendenti.

Un esempio concreto dell'impegno dell'Azienda sul tema della sostenibilità ambientale è il progetto "My Ideal Break a scuola" promosso dal Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione. Si tratta di un progetto che ha coinvolto 13 scuole, con l'obiettivo di incoraggiare i bambini a portare a scuola merende più ecologiche e prive di imballaggio. Il progetto mira a creare consapevolezza ecologica e a promuovere la prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.

### **Innovazioni tecnologiche e metodologiche**

Nel corso del 2025 l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha introdotto diverse innovazioni tecnologiche finalizzate al miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. Di seguito si riportano alcuni esempi significativi.

L'Azienda ha ideato, in collaborazione con l'Università di Padova, un nuovo strumento di valutazione socioassistenziale per i pazienti anziani fragili: il Ca' Foncello Score o GDCS (Geriatric Discharge Complexity Score). Questo innovativo sistema di valutazione consente di individuare già nelle prime fasi del ricovero le possibili criticità legate al rientro al domicilio, offrendo alle famiglie il tempo e gli strumenti necessari per poter essere adeguatamente assistiti in questa fase delicata. Questo strumento si è dimostrato più efficace nel cogliere i bisogni reali della persona anziana rispetto alla tradizionale Scala di Brass. Il vantaggio principale del Ca' Foncello Score è la sua capacità di intercettare precocemente i casi in cui il rientro a domicilio potrebbe rivelarsi complesso. Questo permette di segnalare tempestivamente i pazienti fragili alla Centrale Operativa Territoriale e di attivare da subito la rete di sostegno domiciliare e territoriale, migliorando la continuità assistenziale.

Un altro progetto innovativo è l'integrazione della teleriabilitazione nei percorsi assistenziali, rendendo il servizio più accessibile, flessibile e integrato con il territorio. Le nuove "Transfer Room" permettono a pazienti di iniziare il percorso riabilitativo già dopo una visita fisiatrica ambulatoriale, con la possibilità di seguire il trattamento interamente a distanza o in modalità ibrida. Questo modello di presa in carico consente ai pazienti di proseguire la riabilitazione anche dopo le dimissioni, riducendo la necessità di spostamenti e garantendo assistenza al proprio domicilio. Viene utilizzato un piccolo dispositivo tecnologico che permette di eseguire gli esercizi usando semplicemente la televisione di casa. Questo dispositivo è pensato per aiutare le persone a recuperare movimenti, forza ed equilibrio dopo un infortunio o un problema di salute, direttamente dal proprio domicilio. I sensori intelligenti del dispositivo controllano in tempo reale e con estrema precisione la correttezza nell'esecuzione degli esercizi.

Una delle innovazioni più importanti è l'utilizzo del robot "da Vinci". L'utilizzo del robot chirurgico offre numerosi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale e alla laparoscopia convenzionale. Il robot garantisce una maggiore precisione chirurgica, una visione 3D ad alta definizione, una minore perdita di sangue e un recupero post-operatorio più rapido.

### **Salute della donna e di genere**

Tutti e sei presidi ospedalieri dell'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana hanno ottenuto il punteggio massimo di 3 bollini rosa conferito dalla Fondazione Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere) per il biennio 2026-2027. Questo riconoscimento attesta l'appartenenza degli ospedali a una rete virtuosa, istituzionalmente riconosciuta, che si distingue per l'impegno e l'attenzione alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle principali patologie femminili.

Gli Ospedali premiati con il Bollino Rosa vengono valutati sulla base dei percorsi assistenziali relativi sia alle specialità con maggior impatto epidemiologico sulla salute femminile, sia a quelle che trattano patologie

che normalmente colpiscono entrambi i generi, ma con un approccio personalizzato. La valutazione tiene inoltre conto dell'accoglienza, dell'accompagnamento delle donne e dei servizi offerti per la gestione dei casi di violenza di genere. L'Ulss n.2 ha aderito a tutte le iniziative promosse dal Progetto Onda, con l'obiettivo di avvicinare le pazienti alle cure più appropriate attraverso attività mirate di sensibilizzazione sull'importanza della diagnosi precoce. Il Bollino Rosa rappresenta dunque una certificazione di qualità delle strutture ospedaliere e testimonia lo sforzo congiunto delle Direzioni e degli operatori sanitari nella rimodulazione e riorganizzazione dell'offerta assistenziale in un'ottica di genere, per rispondere in modo sempre più efficace alle esigenze sempre più complesse e personalizzate degli utenti.

### **Benessere organizzativo**

Per il biennio 2025-2026, l'Azienda Ulss n.2 Marca trevigiana è stata l'unica azienda sanitaria a livello nazionale ad essere premiata con il "Bollino Health Friendly Company" (HFC), riconoscimento attribuito da Fondazione Onda EST alle realtà che dimostrano una particolare attenzione alla tutela della salute e al benessere dei propri lavoratori. Il Bollino HFC viene assegnato a seguito di una valutazione approfondita, basata sulla compilazione di un questionario articolato e sulla verifica di requisiti specifici da parte di un Advisory Board dedicato. L'analisi prende in esame molteplici ambiti, tra cui le politiche di welfare aziendale, le iniziative di prevenzione e diagnosi precoce, il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, l'inclusione delle persone con disabilità o affette da patologie croniche, il benessere psicologico dei dipendenti e il possesso di certificazioni aziendali.

L'Ulss n.2 si è contraddistinta per:

- l'introduzione di strumenti a supporto del work life balance come l'orario flessibile e lo smart working;
- la promozione di un contesto lavorativo inclusivo e rispettoso, libero da ogni forma di discriminazione, promosso attraverso le attività del Comitato Unico di Garanzia e l'indagine regionale del clima organizzativo, finalizzato alla rilevazione di aree di miglioramento;
- l'attenzione rivolta alla salute mentale del personale, con servizi di supporto psicologico individuale e di gruppo pensati per contrastare situazioni di stress, ansia e disagio emotivo;
- l'adozione di politiche a sostegno della maternità e della famiglia, tra le quali emergono le misure dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi affettivi in gravidanza e nel periodo post partum, oltre al progetto "Ferie solidali", che permette la possibilità di cedere volontariamente delle giornate di ferie ai colleghi che ne necessitano per l'assistenza ai figli minori;
- l'attivazione di percorsi formativi dedicati alla prevenzione della violenza e delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari. Nel corso del 2025 l'Azienda ha iniziato la sperimentazione dell'utilizzo dei braccialetti anti aggressione per gli operatori sanitari, partendo dai contesti più critici come il pronto soccorso.

## Performance

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

Per il triennio 2026-2028 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, in attesa dei nuovi obiettivi regionali, gli 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 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Revisione dei sistemi di logistica dei beni	A	Sviluppo della 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 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
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 economica 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

Nel contesto attuale, caratterizzato da bisogni sanitari in continua evoluzione e da una crescente domanda di servizi tempestivi, personalizzati e facilmente fruibili, l'impegno dell'Azienda si orienta verso modelli organizzativi capaci di avvicinare concretamente i servizi al cittadino.

L'attivazione delle Case della Comunità, con i servizi essenziali in esse attivati, la sinergia con le Associazioni che rappresentano i bisogni socio-sanitari dei cittadini, l'integrazione con gli ATS, e l'attivazione del **NUE 116117** mirano a rafforzare l'accessibilità ai servizi, riducendo barriere fisiche, digitali e organizzative, e promuovendo una reale prossimità, intesa non solo come vicinanza territoriale, ma come capacità del sistema sanitario di essere presente, comprensibile e reattivo nei momenti di bisogno, rispondendo alle sfide del presente e del futuro. Attraverso l'innovazione tecnologica, il potenziamento dei servizi territoriali, la semplificazione dei percorsi e un ascolto costante delle comunità, si intende costruire un modello di assistenza più equo, inclusivo e orientato alla persona. La creazione di nuovo Valore Pubblico passa infatti necessariamente dalla facilitazione all'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. Gli obiettivi sono pensati per creare un sistema integrato dove il cittadino possa trovare un **unico punto di accesso (PUA), percorsi facilitati dall'Infermiere di Comunità (SIFOC)** e risposte integrate tra sanità e sociale anche attraverso canali unici come il 116117. La chiave del successo sarà la formazione congiunta degli operatori e l'uso condiviso di strumenti informatici e della telemedicina.

Altri interventi strutturali per migliorare l'accessibilità riguardano il nuovo ospedale di Conegliano che oggi è in fase di realizzazione. E' stato progettato secondo le più moderne concezioni di architettura sanitaria, con spazi luminosi, percorsi funzionali e ambienti pensati per favorire benessere e tranquillità. Sarà dotato di stanze doppie e singole che garantiranno maggiore privacy e comfort, permettendo alle persone di affrontare la degenza in un ambiente sereno e rispettoso. Gli ambienti e i percorsi interni sono stati progettati per accompagnare le persone in modo semplice e chiaro, riducendo al minimo il disorientamento. Le nuove tecnologie, all'avanguardia nel campo sanitario, completeranno un modello assistenziale orientato alla qualità. La struttura ospiterà l'area materno-infantile, l'area ad alta intensità di cura critica e l'area medica, integrate in percorsi pensati per offrire continuità, sicurezza e vicinanza alle famiglie. L'intero progetto è costruito attorno alla persona, con l'obiettivo di migliorare concretamente l'esperienza di chi si rivolge ai servizi. Nel 2026 è previsto l'avvio del **blocco Urgenze Emergenze**.

Continua, inoltre, nei prossimi anni anche lo sviluppo della Cittadella della Salute di Treviso con il trasferimento del Laboratorio Analisi e della Microbiologia e l'avvio della fase 2 delle attività di progettazione esecutiva.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Attivazione case della comunità (CdC)	A	Approvazione documento di presentazione	1 documento per ogni CdC attiva	-

	A	Attivazione del PUA per ogni casa di comunità distinto tra front e back-office	PUA in ogni CdC attiva	-
	A	Utilizzo degli strumenti operativi indicati nel documento di presentazione delle case di comunità per il Servizio Infermiere di comunità (SIFOC)	100%	-
Attivazione servizio 116117	A	Utilizzo del programma E-personam per rispondere ai bisogni sociali che giungono alla centrale	80 abilitazioni attivate	100 abilitazioni attivate
Nuovo ospedale di Conegliano	A	Avvio Blocco Urgenze Emergenze PO Conegliano	SI	SI
Sviluppo della telemedicina	A	Sviluppo del modello organizzativo della telemedicina sul territorio attraverso l'utilizzo della piattaforma Replay	SI	SI
Accessibilità fisica: Sviluppo della fase 2 Cittadella della Salute	A	Collaborazione ai trasferimenti presso il nuovo Ospedale Cittadella Sanitaria Treviso	SI	SI
	A	Completamento delle attività propedeutiche alla definizione della progettazione esecutiva della seconda fase	SI	SI
	A	Predisposizione di un documento di analisi di fattibilità	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
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

L'Azienda Ulss n. 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 anche il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda.

Per quanto riguarda lo sviluppo dell'**innovazione**, essa viene fortemente potenziata grazie alla digitalizzazione e rappresenta un fattore abilitante per rispondere più efficacemente alle sfide crescenti in tema di assistenza e cura verso i cittadini. Risulta assolutamente evidente che i migliori risultati si ottengono quando si attua la completa transizione digitale dei percorsi clinici-sanitari e socio-assistenziali, nonché delle procedure tecnico-amministrative. La **trasformazione digitale** in sanità va ben oltre la dematerializzazione della cartella clinica, in quanto rappresenta la creazione di un ecosistema informativo integrato dove i dati del paziente, i processi clinici e le decisioni amministrative sono connessi in tempo reale, in modo che emerga subito il valore reale dei dati digitali trasformati in conoscenza.

Nel processo di trasformazione del dato in conoscenza, un nuovo e potente catalizzatore è rappresentato dall'utilizzo di strumenti software basati sulla cosiddetta "**Intelligenza Artificiale**". In quest'ottica e relativamente agli strumenti di IA, l'Azienda Ulss n. 2, vuole definirne un uso "intelligente", regolamentato, sperimentato e a supporto delle fasi decisionali, sia in ambito clinico che amministrativo. Pertanto, l'introduzione governata di strumenti digitali, in potenziamento e non in sostituzione degli operatori. Fondamentale è riconoscere che l'IA in sanità non è uno strumento di automazione totale, ma di potenziamento appunto, a seguito della corretta reingegnerizzazione dei processi, della riorganizzazione delle varie attività aziendali, della necessaria formazione agli operatori nel pieno rispetto delle normative quali GDPR e AI Act. Il tutto nel forte perseguimento delle misure di sicurezza e degli obblighi normativi, in tema di cybersecurity, definiti dalla Direttiva NIS2. L'innovazione organizzativa, anche mediante il digitale e gli strumenti di Intelligenza Artificiale non sono iniziative disgiunte, ma componenti del motore del cambiamento, dove spesso si rende necessario il dover dimenticare procedure obsolete, modalità operative che non portano valore agli assistiti o situazioni tipiche da "comfort zone", considerando che innovare significa aver coraggio nell'abbandonare ciò che non serve più o che può essere svolto più efficacemente in modo diverso e non significa solamente adottare una nuova tecnologia digitale.

E' necessario, inoltre, porre l'attenzione sui punti di svolta su cui poggia la **Riforma regionale dell'Assetto dei servizi sociali (L.R.9/2024)** per poter accompagnare le fasi di sviluppo che risultano cruciali affinché i processi di cambiamento vadano a compimento e sia possibile raggiungere l'obiettivo finale di garantire un sistema di salvaguardia sanitario e sociale per tutti i cittadini. Il Progetto di vita per le persone con disabilità, l'uso dell'intelligenza artificiale applicata alla cura delle persone attraverso la telemedicina e il teleconsulto, le dimissioni protette e la rete di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, sono processi che portano a un cambiamento radicale, sia esso sanitario, sociale, economico, tecnologico, che modifica in modo profondo e duraturo le strutture esistenti e la qualità di vita delle persone. Attraverso la co-progettazione, possiamo contare sulla realizzazione e apertura di appartamenti dedicati

all'abitare supportato per le persone con disabilità; sulle risposte dedicate per l'accoglienza e l'accompagnamento per le persone senza fissa dimora, per le persone in condizione di marginalità e di povertà, per le donne vittime di violenza; sull'attivazione di percorsi di sostegno alla domiciliarità per le persone anziane, organizzando dimissioni protette a valenza sociale.

Si rende necessario, quindi, operare in stretta relazione con gli Ambiti Territoriali Sociali Ven\_07, Ven\_08, Ven\_09, gli Enti del Terzo Settore e le Associazioni di Volontariato nella realizzazione dei percorsi di interconnessione, al fine di portare a termine i processi avviati garantendo una filiera composta di risposte al cittadino, innovative e sostenibili per le comunità.

In attuazione al Piano regionale di contrasto alla carenza del personale del Servizio Socio Sanitario del Veneto (DGRV 960/2024), l'azienda nel 2026 prevede, infine, di attivare un progetto di valorizzazione delle professioni sanitarie attraverso la definizione del processo di **Mentorship** teso a creare un ponte generazionale di *skill-transfert* efficace tra personale Senior e Junior. L'obiettivo del progetto è quello di costruire ambienti di lavoro supportivi che favoriscano la soddisfazione lavorativa ed il riconoscimento del ruolo sia per il personale neoassunto/neoinserito che per il personale esperto.

La soddisfazione lavorativa, infatti, ed il riconoscimento del ruolo sono identificati dalla letteratura tra i fattori che più incidono sulla *retention* del personale. Per tale ragione il progetto ha come focus due necessità distinte ma intrecciate all'interno del sistema, ovvero quella di strutturare un percorso a step per coloro che entrano nell'azienda, effettuando una transizione efficace e sicura dal contesto formativo a quello lavorativo, insieme alla valorizzazione della competenza, esperienza ed *know-how* del personale senior. Nel 2026 l'azienda sarà pertanto coinvolta nella definizione di un documento che descriva nei diversi contesti ospedalieri, territoriali e del dipartimento di prevenzione i requisiti professionali (tecnici, relazionali, comunicativi, di problem-solving) richiesti al mentor, gli step e le modalità di inserimento dei neoassunti/neoinseriti attraverso l'adattamento locale delle migliori evidenze disponibili su tale processo.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Sviluppo dell'intelligenza artificiale	A	Implementazione di strumenti basati sull'intelligenza artificiale nella fase clinica di refertazione in Radiologia Treviso	SI	SI
	A	Implementazione di strumenti basati sull'intelligenza artificiale nella fase di stesura di documenti di gara per gli approvvigionamenti	SI	SI
	A	implementazione di strumenti basati sull'intelligenza artificiale in ambito di approvvigionamenti e gare	SI	SI
Ampliamento della Cybersecurity	A	Formazione su Cybersecurity per tutti i dipendenti	60%	100%
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
	A	Gestione di tutti gli atti conseguenti all'avvio degli ATS previsto ad aprile 2026	SI	SI
Valorizzazione delle professioni sanitarie	A	Valorizzazione delle professioni sanitarie attraverso il processo di mentorship	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
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
Registrazione delle 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	100%	100%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	SI	SI

		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		
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, alle 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 l'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.

Si segnalano in particolare tre iniziative già avviate e/o in fase di avvio nei primi mesi del 2026.

La **“Sala dei Colori - Nuovo Cinema Ulss2”** (inaugurata il 19 settembre 2025) è uno spazio tecnologicamente avanzato, paragonabile a una sala d’essai, progettato con soluzioni acustiche e antivibrazione. Il progetto interpreta in modo concreto il principio di umanizzazione delle cure promosso dall’Ulss n. 2, integrando cultura e benessere nei percorsi sanitari. Il cinema diventa strumento terapeutico, educativo e relazionale, soprattutto per pazienti pediatrici e fragili. Le attività comprendono proiezioni per bambini, pazienti cronici, utenti con disabilità e iniziative aperte al territorio. In quest’ottica è stata approvata una convenzione quinquennale con MediCinema Italia ETS, partner nazionale del cinema in ospedale. La programmazione è settimanale e trimestralmente rinnovata, con monitoraggio degli esiti sul benessere psicologico.

**“Coloriamo la Cittadella”** nasce dal desiderio di umanizzare i percorsi materno-infantili all’interno del nuovo edificio 29 della Cittadella della Salute, Ospedale di Treviso. Il progetto prende forma, grazie a una generosa donazione, con l’idea di ripensare gli spazi dedicati all’area materno-infantile, trasformandoli in un vero e proprio racconto visivo, capace di accogliere, orientare e accompagnare. L’obiettivo è fare della bellezza uno strumento di cura: un linguaggio capace di rassicurare, di offrire punti di riferimento, di rendere i percorsi più leggibili e gli ambienti più umani per i piccoli pazienti, i loro genitori e le donne che frequentano l’area per i percorsi ginecologici. Per la realizzazione del progetto l’Azienda Ulss n.2 assieme all’Associazione **“Per Mio Figlio Onlus”** ha coinvolto la Fondazione Zavrel, realtà di rilievo internazionale che da anni organizza la Mostra Internazionale di Illustrazione per l’Infanzia di Sarmede. Saranno coinvolti tre o quattro artisti di fama internazionale, chiamati a trasformare corridoi, sale d’attesa e percorsi in autentiche opere d’arte. I temi scelti – la natura, i colori, le storie di vita – accompagneranno il cammino dei pazienti e delle loro famiglie, creando un ambiente che non sia solo funzionale, ma anche capace di accogliere emozioni, alleviare l’attesa e restituire senso e calore agli spazi di cura.

Il **“Biscottificio in pigiama”** dell’Ospedale Ca’ Foncello di Treviso rinasce come spazio dedicato ai piccoli pazienti e alle loro famiglie, proseguendo l’eredità del progetto ideato e animato per quasi vent’anni dal prof. Adriano Mellone, chef e docente che trasformava la pasticceria in un’esperienza di gioia per i bambini ricoverati. Il progetto rinnovato si inserisce nell’area dell’ospedale di fronte alla Sala dei Colori, collegandosi idealmente alle attività di umanizzazione delle cure. La ristrutturazione prevede impianti moderni per ospitare laboratori di cucina dove i bambini possono sperimentare la preparazione di biscotti, pane e dolci, stimolando creatività e socialità durante la degenza. L’iniziativa vede il coinvolgimento anche delle associazioni dei panificatori locali e altri partner del territorio, che collaborano con l’Ulss n.2 per garantire materie prime, supporto tecnico e momenti formativi. In questo spazio rinnovato, i laboratori saranno pensati anche per attività inclusive e per progetti educativi legati alla cultura del cibo e alla salute.

L’Azienda inoltre dà particolare attenzione alle persone con disabilità. Dal 2026 partirà infatti il progetto **D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance)** che si configura come una soluzione organizzativa innovativa, volta a ottimizzare i percorsi di cura per le persone con disabilità, semplificando i processi e coordinando gli interventi sanitari e socio-assistenziali. La sua applicazione mira a garantire continuità

assistenziale, efficacia clinica e integrazione ospedale-territoriale, in linea con i principi di presa in carico globale e multidisciplinare promossi dal DM 77/2022.

L'adozione del modello DAMA si configura come un intervento ad alto impatto, capace di rafforzare l'equità, la personalizzazione e la sostenibilità dell'assistenza alle persone con disabilità. Attraverso un investimento progressivo di risorse, il DAMA, rappresenta un esempio concreto di innovazione organizzativa e di integrazione tra le U.O. delle strutture aziendali ospedaliere e territoriali, orientato a migliorare la qualità delle cure e la tutela dei diritti delle persone con disabilità. Nel corso del 2026 l'Azienda sarà impegnata nelle attività propedeutiche di formazione del personale e di definizione delle procedure operative atte a rendere attivo e operativo il modello entro fine anno.

Nell'ambito dell'umanizzazione delle cure in psichiatria, l'azienda ha avviato il progetto "La relazione che cura", rivolto a un gruppo selezionato di pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Il progetto rientra nel filone dell'**Educazione Assistita con Animali (EAA)** prevista dalle Linee Guida nazionali nell'ambito degli interventi con utenti affetti da disturbi psichici in fase di scompenso. All'interno del progetto, a fianco dell'équipe multiprofessionale dell'SPDC, composta da medico, psicologo e infermiere/operatore sociosanitario, collabora lo staff specializzato nelle EAA che opera nel "Centro Fattoria Borgo Casoni" della cooperativa sociale *Insieme Si Può*, specializzato anche in interventi assistiti con animali. La relazione che cura è iniziata a luglio 2025 ed avrà durata di un anno; si compone di incontri settimanali con i cani per pazienti ricoverati, selezionati in base al profilo diagnostico. L'attività è costantemente monitorata al fine di valutare le ricadute sia sulla salute del paziente sia sulle attività e sul clima di reparto.

Il progetto, oltre che rientrare a tutti gli effetti nel percorso di cura dei pazienti coinvolti, aiuta anche lo stato di salute fisica e mentale degli operatori, fondamentale nel quotidiano impegno a fianco di pazienti in fase di acuzie psicopatologica. Gli incontri sono realizzati nel giardino presente in prossimità dell'ingresso del reparto o in stanze dedicate separate dalle stanze di degenza. Durante gli incontri, gli utenti accudiscono i loro "compagni" di attività cercando di riconoscere i loro bisogni, dal cibo e acqua allo spazzolamento, in modo da sviluppare relazione e legame affettivo, attenzione ed empatia verso il cane. L'esperienza proposta facilita il manifestarsi di nuovi stati emotivi. Per condividere con l'operatore queste sensazioni il paziente mostra una migliore capacità comunicativa, manifestando in modo corretto le nuove sensazioni ed emozioni sia tramite lo sguardo che tramite la mimica facciale. I pazienti hanno un innalzamento della soglia di frustrazione e una maggiore capacità di tolleranza all'attesa, una riduzione dell'agitazione e dell'aggressività oltre a un miglioramento generale del benessere organizzativo interno al reparto. E' un modello innovativo di cura personalizzata di cui esistono ad oggi poche esperienze in Italia.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure	A	Programmazione e realizzazione delle proiezioni cinematografiche in Cinema ULSS 2 Sala dei colori	SI	SI
	A	Coloriamo la Cittadella	SI	SI
	A	Biscottificio in pigiama, laboratorio etico e inclusivo dedicato all'integrazione di persone fragili	SI	SI
Sviluppo progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance) Aziendale	A	Formazione del personale e avvio attività	SI	-
	A	Estensione della presa in carico dei pazienti con disabilità complessa	-	SI
Umanizzazione delle cure in psichiatria	A	Migliorare la comunicazione con il paziente attraverso l'estensione degli Interventi Assistiti con Animali (IAA) alle SPDC di Treviso e Montebelluna "La relazione che cura"	SI	SI
Migliorare la comunicazione con la medicina convenzionata	A	Incontri con MMG e con SAI per approfondimenti su appropriatezza prescrittiva e aggiornamenti in ambito Liste di attesa	SI	SI

## 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 deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 16.1.2026 l'Azienda ha nominato la dott.ssa Cristina Canella come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. 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, l'ing. Maria Crema.

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 chiariti 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. Con nota prot. n. 27319 dell'11.2.2025 il Direttore Amministrativo ha altresì individuato un gruppo di collaboratori, all'interno dei settori maggiormente coinvolti dall'attuazione della strategia aziendale di contrasto alla corruzione, al fine di creare una struttura organizzativa tecnica di supporto operativo multidisciplinare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), aggiornando i nominativi precedentemente individuati con nota prot. 164040 del 14.9.2023. Il primo incontro del gruppo di supporto è avvenuto in data 29.4.2025.

### 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, dove 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)**

L'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 31.1.2017, n. 1538 del 10.8.2017, n. 857 del 24.5.2018 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 07.9.2023 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 prevista dalla ISO 31000:2018, indicata dall'allegato 1 del PNA 2019, a cui rimandano il PNA 2022 e il PNA 2025, 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/](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. Il punteggio dell'Italia nel CPI 2024 è di 54 e colloca il Paese al 52° posto nella classifica globale ed al 19° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea. Nell'ambito di una tendenza alla crescita, con +14 punti dal 2012, il CPI 2024 segna il primo calo dell'Italia (-2). Le più recenti riforme ed alcune questioni irrisolte stanno indebolendo i progressi nel contrasto alla corruzione.

Quanto alla Regione Veneto, si fa rinvio alle relazioni semestrali della Direzione investigativa antimafia (Dia) consultabili al seguente link: <https://direzioneeinvestigativaantimafia.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 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 richiamata da ultimo nel PNA 2025). 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 da ultimo nel PNA 2025, una mappatura dei processi unitaria, ossia integrata con gli altri sistemi di gestione.

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

Nel 2025 è stata effettuata l'autovalutazione di n. 86 processi aziendali, all'esito della quale è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo di n. 69 processi.

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).

Nel corso del 2025, seguendo la metodologia del CRSA (*control risk self assessment*), sono stati valutati/aggiornati i registri dei rischi specifici di corruzione di n. 16 processi aziendali.

Attualmente sono presenti n. 53 registri dei rischi, che sono resi disponibili per i dipendenti nella seguente sezione dell'intranet aziendale <https://intranet.aulss2.veneto.it/Prevenzione-della-Corruzione>.

#### 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 2026</b>	<b>Target biennio 2027-2028</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. 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 2025 è stata realizzata per intero l'attività formativa programmata.

Nel Piano formativo aziendale 2026, approvato dal Comitato scientifico e adottato con DDG n. 2803 del 19.12.2025, sono stati inseriti - per l'anno 2026 - 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, una formazione dedicata alla revisione dei registri dei rischi e un corso residenziale dedicato ad approfondimenti giuridici su illeciti penali legali all'esercizio della professione medica o sanitaria.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	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 2025 l'Azienda ha applicato la rotazione ordinaria del personale a n. 12 unità di personale dipendente di livello non dirigenziale dell'area tecnica e amministrativa e a n. 1 dirigente amministrativo.

Nel 2025 inoltre sono stati adottati due regolamenti aziendali che disciplinano la rotazione ordinaria del personale della dirigenza dei servizi veterinari afferenti al dipartimento funzionale di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e del personale del comparto afferente ai servizi del dipartimento di prevenzione con funzioni di vigilanza e controllo.

Anche nel corso del 2026 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 2026	Target biennio 2027-2028	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

### 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 2025 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 2026	Target biennio 2027-2028	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 vigente 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 2026	Target biennio 2027-2028	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 2026 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 2026	Target biennio 2027-2028	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 ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità dai componenti della Direzione strategica e 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 effettuate non hanno evidenziato criticità.

Nell'anno 2026 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste, anche alla luce degli orientamenti interpretativi forniti da ANAC nel PNA 2025 – parte speciale decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	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, 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 2025 le dichiarazioni in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali. Nel corso del 2026 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 2026	Target biennio 2027-2028	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 2025 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 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle	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

attività extra 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 preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all’interno dell’amministrazione per ottenere un lavoro attrattivo 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 2026 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 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
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. 10.3.2023 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:

- interno (nell'ambito del contesto lavorativo);
- esterno (ANAC);
- divulgazione pubblica (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone);
- 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 13.7.2023, 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 13.7.2023, 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 l'ing. Maria Crema;
- 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 14.7.2023, 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 2025 sono pervenute n. 2 segnalazioni, alle quali se ne aggiunge una terza, presa in carico all'inizio del 2026. Nel corso dell'anno si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Con delibera n. 478 del 26.11.2025, ANAC ha approvato le linee guida in materia di whistleblowing sui canali interni di segnalazione, dando indicazioni sulle modalità di gestione dei canali interni di segnalazione, il cui eventuale adeguamento sarà valutato nel corso dell'anno.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	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.

La Regione del Veneto, con nota acquisita agli atti con il prot. n. 0195893 del 14.10.2025, ha comunicato il rinnovo del Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata e del contrasto alla corruzione nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture tra Regione del Veneto, le Prefetture Uffici Territoriali del Governo del Veneto, l'ANCI Veneto e l'UPI Veneto, perfezionato in data 9.10.2025, invitando i destinatari all'applicazione dello stesso e delle relative clausole, alle procedure di affidamento avviate successivamente alla data del suo perfezionamento.

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 2025, di inserire le clausole relative al protocollo di legalità e al 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 2026	Target biennio 2027-2028	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.

Con delibera n. 495 del 25.9.2024, recentemente modificata con delibera n. 481 del 3.12.2025, 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 relative sezioni di Amministrazione trasparente, a cui l'Azienda si è adeguata. 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). Con successiva delibera n. 497 del 3.12.2025, ANAC ha approvato n. 5 schemi di pubblicazione, oggetto di sperimentazione, da parte delle aziende, su base volontaria.

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 2025 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 18.6.2025, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 192/2025 e, in data 15.12.2025, ha eseguito il relativo monitoraggio; le griglie di rilevazione sono consultabili al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/Attestazioni-OIV-o-Struttura-Analoga>. Nel 2026 si continuerà ad assicurare il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione.

### L'accesso civico

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	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'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 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 2026	Target biennio 2027-2028	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
	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 e il PNA 2025, 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, 2022 e 2025, 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 2025-2027 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 20 dicembre 2025, 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 2026-2028 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 prevede 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 2025, il RPCT pubblicherà la Relazione ANAC nel sito internet aziendale entro il 31.1.2026 (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 17.12.2025, 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 2026 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli *stakeholders* sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici 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

# ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

**In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dell'Azienda ULSS 2, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo del lavoro agile e l'andamento dei processi di inserimento delle persone con disabilità.**

Valorizzare il capitale umano, inteso come l'insieme delle competenze, delle conoscenze e delle capacità dei dipendenti, significa riconoscere il valore dei dipendenti e investire nel loro sviluppo e nel loro benessere. La crescita professionale aumenta la motivazione dei dipendenti, il livello di soddisfazione, la produttività sul piano della qualità e sul piano dell'efficienza, con effetti importanti nella riduzione del turn over e del fenomeno delle dimissioni inattese.

La Regione Veneto, con DGR 960/2024, ha adottato il Piano regionale di contrasto alla carenza di personale nel SSR e ha individuato una serie di strategie da mettere in atto presso le Aziende/Enti del SSR, finalizzate a costruire un ambiente organizzativo incentrato sul benessere, al fine di rendere attrattiva l'attività prestata nel sistema sanitario pubblico col duplice obiettivo di trattenere il personale in servizio e di attrarre professionisti dall'esterno. Il documento prevede un insieme organico di azioni volte a prevenire/superare le criticità del SSR, al fine di rafforzarne la tenuta a fronte della crisi del personale sanitario e assistenziale.

Le problematiche affrontate attengono in particolare alla diminuita attrattività delle professioni sanitarie, all'invecchiamento del personale in servizio, alla carenza di personale per effetto del raggiungimento dell'età pensionabile e delle dimissioni inattese. Tra le iniziative più importanti volte ad investire sulla forza lavoro esistente, il Piano prevede l'attuazione di strategie di promozione di stili di leadership supportivi, ritenute essenziali nel favorire il benessere del personale, con ricadute positive sui livelli di assenteismo, e sulla capacità di perseguire gli obiettivi aziendali.

L'avvio del "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" da parte della Regione del Veneto (DGR n. 49/2022) si inserisce nel progetto di creazione di un contesto lavorativo incentrato sul benessere. L'indagine ha la finalità di conoscere le opinioni dei professionisti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e il benessere organizzativo.

Il ruolo che la Direzione Risorse Umane è chiamata a svolgere all'interno dell'organizzazione aziendale, è fondamentale nel governare e mettere in atto le progettualità di valorizzazione del personale dipendente, per la peculiarità delle attività che ad essa fanno capo. L'Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Umane si orienta verso una logica di servizio, essendo in generale preposta all'impostazione, alla promozione e alla verifica della complessiva politica del personale, con la funzione di preparare e sostenere le scelte di indirizzo proprie della Direzione Strategica nonché il coordinamento della loro attuazione.

A titolo esemplificativo e non esaustivo la stessa garantisce:

- il supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione in collaborazione con le strutture interessate;
- la rilevazione e gestione delle presenze, la gestione giuridica ed economica del personale;
- la gestione delle relazioni sindacali;
- la gestione degli adempimenti connessi alla cessazione del rapporto di lavoro;

- la cura dei flussi informativi dell'area di competenza.

Con la pianificazione del fabbisogno di personale viene analizzato l'organico aziendale e la sua composizione, i flussi di personale in entrata e in uscita, le modalità di copertura di eventuali carenze nonché le risorse da destinare, nel rispetto del tetto di spesa fissato dalla Regione.

La valutazione del personale è la base su cui si modella il sistema retributivo dell'azienda e la gestione dei percorsi di carriera. Oggetto di valutazione sono la performance individuale, le competenze acquisite, l'adeguatezza al ruolo ricoperto, l'aggiornamento e/o formazione.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce un impegno prioritario della Direzione Generale e coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi volti a qualificare tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda.

L'Azienda definisce la mappatura degli incarichi e la graduazione delle funzioni in termini economici e di responsabilità, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione, nel rispetto delle previsioni normative e contrattuali. Gli incarichi dirigenziali sono definiti e conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale al personale dirigenziale in conformità delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei regolamenti aziendali.

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

## Struttura Organizzativa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha adottato il vigente atto aziendale con deliberazione n. 230 del 6.02.2025, aggiornato con deliberazione n. 705 del 28.03.2025, 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 al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene assorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028, 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 produttività agevolando la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi. 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*" 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 2022-2024** sottoscritto il 27 ottobre 2022 disciplina il lavoro agile all'art. 28 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 n. 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 n.2 Marca trevigiana, con riferimento all'anno 2025, mediante l'analisi relativa a:

- l'incidenza dello smart working rispetto al totale dei dipendenti in servizio al 31-12-2025;
- la ripartizione dei lavoratori in smart working per sesso;
- la ripartizione dei lavoratori in smart working per profilo professionale.

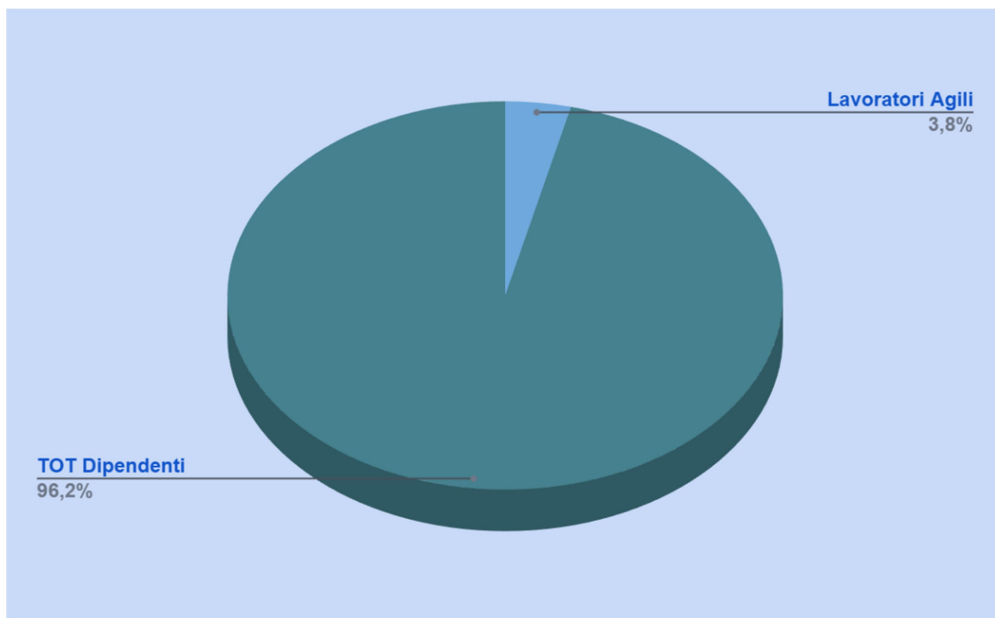


Grafico 3.2.1 Distribuzione incidenza lavoro agile

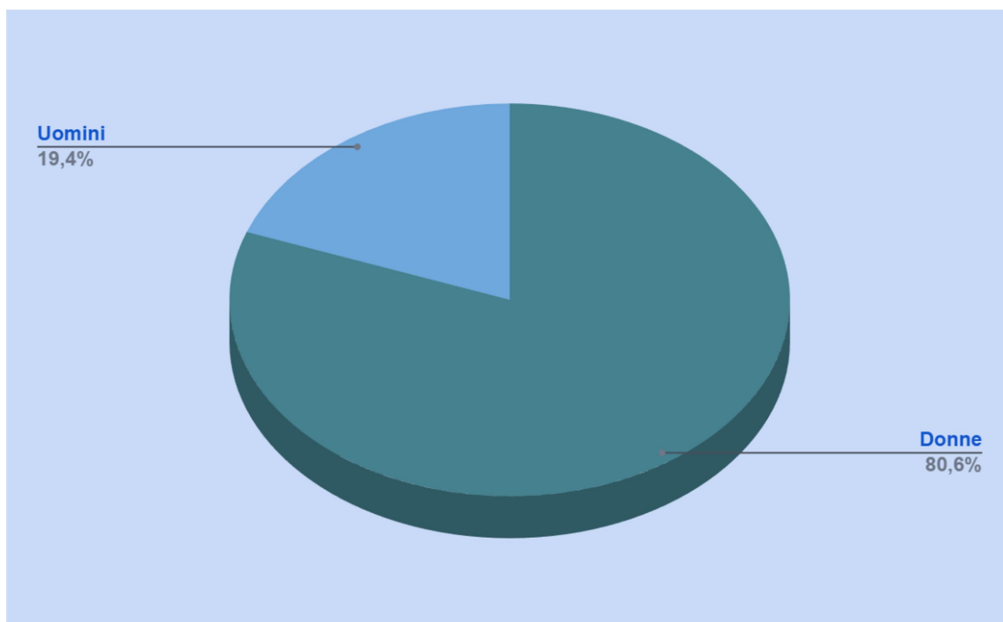
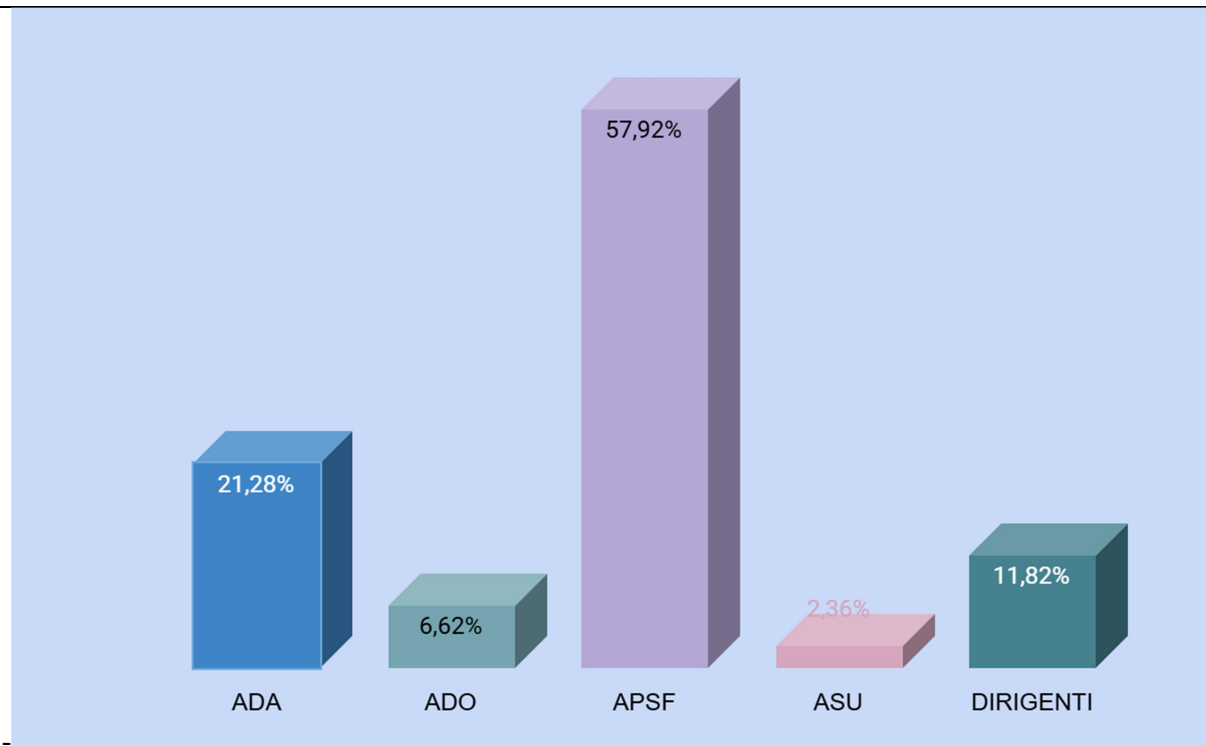


Grafico 3.2.2 Distribuzione dipendenti per sesso



*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** 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)** 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 e/o da attuare 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 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 di Personale**

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli normativi alle assunzioni di personale e di finanza pubblica.

L'articolo 6 del D.Lgs. 165/2001 stabilisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di adottare il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter del D.Lgs. 165/2001.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028 è stato redatto secondo le indicazioni contenute nella nota datata 13 novembre 2025, prot. n. 620623 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale, con cui le Aziende e gli Enti del SSR sono stati invitati a provvedere all'aggiornamento del Piano già presentato e approvato per l'anno 2025 e alla stesura del Piano 2026-2027-2028 nel rispetto dei limiti di spesa riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2591 del 28.11.2025 è stato adottato il PTFP 2026-2028, approvato dalla Direzione Generale Area Sanità e Sociale con nota del 5.12.2025 prot. n. 660371.

### *Personale dipendente*

A seguito di una attenta analisi dell'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. 1718/2022 - D.G.R.V. 1501/2022 - D.G.R.V. 371/2022 - D.G.R.V. 1123/2023 - D.G.R.V. 22/2024 - DGR n. 65 del 27 gennaio 2025) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, è stato predisposto il fabbisogno di personale dipendente in un'ottica di 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 2026-2028, l'Azienda si è riservata 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 2026-2027-2028*

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2025.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2025.

*Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive: anni 2025 e triennio 2026-2028*

Per l'anno 2025 e per il triennio 2026-2028 si espone quanto segue:

**Tabella A, Colonna "A":** è stato inserito il fabbisogno di personale in carico alla SAO considerando i pensionamenti certi e probabili in base all'età e i licenziamenti o trasferimenti presso altri servizi. Sono stati presi in considerazione anche i pensionamenti di OSS e infermieri presenti nelle segreterie di reparto e richiesti come sostituzione di amministrativi e Operatori Tecnici. Ovviamente per ogni anno di riferimento sono stati indicati i pensionamenti e trasferimenti riferiti al solo anno di cessazione.

**Tabella A, Colonna "E":** l'importo riportato nella scheda anno 2025 corrisponde a quanto autorizzato per l'acquisto di prestazioni aggiuntive della dirigenza e del comparto giusta DGRV n. 280 del 21.03.2024, DGRV n. 24 del 14.01.2025, DDR n. 150 del 10.10.2025 e DDR n. 151 del 10.10.2025. Gli importi di cui alle DGRV n. 280 e n. 24 sono stati riportati anche negli anni successivi, e risultano insufficienti per 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 2025 riporta il "Fondo Balduzzi" che corrisponde alla previsione di quanto verrà accantonato nell'anno 2025. Per gli anni 2026-2028 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 "O":** l'importo indicato nella scheda 2025 è riferito alle seguenti convenzioni con: Azienda Ospedale-Università di Padova, Azienda Ulss n. 1 Dolomiti, Azienda Ulss n. 3 Serenissima e Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

*Personale Universitario in Convenzione*

Per l'anno 2025 e per il triennio 2026-2028 si espone quanto segue:

**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 del personale medico docente che potrebbe aggiungersi all'attuale, in relazioni alle 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 o che convenzionato con altro Ente SSR svolge parte del proprio orario in ULSS 2 (1 docente), secondo gli specifici profili.

*Altro Personale non dipendente - Specialistica Ambulatoriale Interna - SAI: anni 2026-2028*

Per eseguire i conteggi si è partiti dal tetto di spesa evidenziato nella colonna "SAI" della tabella A per gli anni 2025 – 2028, 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, come da tabella che segue:

	Tetto di spesa annuo	% Suddivisione costi	Numero ore
SAI	17.414.705,83	87,50%	318.542,27
SANITARI	2.487.815,12	12,50%	60.237,65
<b>TOTALE</b>	<b>19.902.520,95</b>	<b>100%</b>	<b>378.779,92</b>

Valutato un costo medio orario indicativo per i SAI pari ad € 54,67 e per i Professionisti Psicologi e Biologi pari ad € 41,30 - comprensivi delle voci variabili - si è calcolato il numero delle ore assegnabili per i rispettivi macroprofili:

- SAI € 17.414.705,83 / € 54,67 = 318.542,27 ore
- SANITARI € 2.487.815,12 / € 41,30 = 60.237,65 ore

Dalle ore così assegnabili è stato ricavato il numero degli FTE come di seguito esposto: considerato che un FTE è valorizzato in numero 1.976 ore annue (38 ore settimanali \* 52 settimane), il totale delle ore assegnabili è stato suddiviso per tale valore. Si riportano in tabella i valori risultanti da tale calcolo:

	Numero ore	FTE
SAI	318.542,27	161,21
SANITARI	60.237,65	30,48
<b>TOTALE</b>	<b>378.779,92</b>	

Personale dipendente:

Struttura Ospedale

Incremento degli organici per adeguamento alla normativa (dgr 610/2014; dgr 614/2019) determinato dalla riorganizzazione aziendale che negli anni ha visto la graduale redistribuzione delle attività tra ospedale Hub e Spoke, nonché a seguito della normativa che nel tempo ha 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.

**Richiesta:**

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

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

**NIDO TREVISO:** n. 3 OSS

**DEGENZE CITTADELLA TREVISO:** n. 9 infermieri, n. 10 OSS

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

**NEUROPSICHIATRIA TREVISO:** n. 6 infermieri, n. 6 OSS, n. 4 educatori. Attivazione di n. 8 posti letto dedicati alla Neuropsichiatria infantile.

**TERAPIA INTENSIVA NEONATALE TREVISO** n. 4 infermieri, n. 3 OSS

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

**CHIRURGIA ODERZO:** n. 1 infermieri

**DAY SURGERY ODERZO:** n. 1 infermieri

**PEDIATRIA ODERZO:** n. 1 OSS

**ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONTEBELLUNA:** n. 3 infermieri

**GERIATRIA MONTEBELLUNA:** n. 2 infermieri n. 2 OSS

**PEDIATRIA MONTEBELLUNA:** n. 2 OSS

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

**RADIOLOGIA CONEGLIANO:** n. 5 tecnici di radiologia

**CARDIOLOGIA CONEGLIANO:** n. 2 infermieri

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:**

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

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

**RADIOLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

**OSTETRICIA E GINECOLOGIA - TREVISO:** n. 6 ostetriche, n. 6 OSS

**RADIOTERAPIA ONCOLOGIA TREVISO:** n. 4 tecnici sanitari radiologia, n. 2 infermieri, n. 3 OSS

**EMODINAMICA TREVISO:** n. 2 infermiere

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

**AREA OMOGENEA CARDIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA TREVISO:** n. 2 OSS

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

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

**EMATOLOGIA TREVISO DEGENZA:** n. 3 infermieri, n. 6 OSS Organizzazione e attivazione della nuova degenza per il trapianto allogenico

**DIALISI ODERZO:** n. 2 infermieri

**OSTETRICIA E GINECOLOGIA – PMA - ODERZO:** n. 1 OSS n. 1 ostetrica

**OSTETRICIA E GINECOLOGIA – SALA PARTO – ODERZO:** n. 2 ostetriche

**OBITORIO ODERZO:** n. 1 OSS

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

**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

**FARMACIA CASTELFRANCO:** n. 1 infermiere

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

**MEDICINA FISICA RIABILITATIVA MONTEBELLUNA:** n. 2 fisioterapisti

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

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

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

**MEDICINA NUCLEARE CONEGLIANO:** n. 1 tecnico di radiologia. Avvio a regime dell'attività radiologica con leucociti marcati.

**MEDICINA GENERALE CONEGLIANO:** n. 2 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 AZIENDALI (Conegliano-Montebelluna-Treviso) – Amministratore di sistema RIS PACS:** n. 3 tecnici di radiologia medica

**GASTROENTEROLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

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

**RADIOLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

**NEUROLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

**INFERMIERE PERCORSO DI TREVISO – CASE MANAGER:** n. 6 infermiere

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

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

**INFERMIERE PERCORSO DI CONEGLIANO VITTORIO :** n. 4 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. 5 infermieri, n. 6 OSS

**CENTRALE OPERATIVA SUEM TREVISO:** n. 5 infermieri, n. 2 OSS

**PRONTO SOCCORSO ODERZO:** 2 infermieri, 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, n. 3 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.

**Richiesta:**

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

**OSPEDALE DI TREVISO:** n. 4 OSS e n. 5 Infermieri implementazione progetto DAMA

## 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 n. 77, 23 maggio 2022, “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. 2 assistente sociale, n. 1 OSS, n. 2 infermieri

**DISTRETTO ASOLO – NON AUTOSUFFICIENZA:** n. 1 assistente sociale

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO – NON AUTOSUFFICIENZA:** n. 1 assistente sociale, n. 3 infermieri

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 TREVISO - ETA' EVOLUTIVA:** n. 3 educatore

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

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

### **Richiesta:**

**ATTIVITÀ SPECIALISTICHE DISTRETTO TREVISO:** n. 17,5 infermieri, n. 3 ostetriche, n. 9 OSS

Case della comunità 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.

DGR 782 16 giugno 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, ha come cardine 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).

**Richiesta:**

**DISTRETTO TREVISO NORD:** n. 9 infermieri, n. 6 OSS

**DISTRETTO TREVISO SUD:** n. 9 infermieri, n. 6 OSS

**DISTRETTO ASOLO:** n. 12 infermieri, n. 8 OSS

**DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO:** n. 11 infermieri, n. 9 OSS

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 economale 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. 7 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. 1 tecnici della prevenzione

**SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE:** n. 3 tecnici della prevenzione

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

**SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO:** n. 1 tecnici della prevenzione

**MEDICINA DELLO SPORT:** n. 1 infermieri

**UUAI UFFICIO UNICO ASSISTENZA IMPRESE:** n. 1 tecnici della prevenzione

#### **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:**

**CORSO DI LAUREA:** n. 1 infermieri

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 piano dei fabbisogni di personale.

Con nota 28.11.2025 prot. n. 227779, è stata trasmessa alla Direzione Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, la deliberazione del Direttore Generale n. 2591 del 28.11.2025 relativa all'adozione del Piano dei Fabbisogni di Personale triennio 2026-2028 e aggiornamento anno 2025, composto dai sottoelencati documenti che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2027;

- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2028;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2026;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2026;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2027;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2028.

In data 29 dicembre 2025 con nota prot. 245395, la Direzione Area Sanità e Sociale della Regione Veneto ha approvato l'aggiornamento del Piano Triennale dei fabbisogni del personale 2025 e il piano triennale dei fabbisogni di personale 2026-2028 di cui alla suindicata nota del 28.11.2025 prot. n. 227779.

### **Processi di inserimento delle persone con disabilità**

Con deliberazione n. 1720/2024, la dott.ssa Alberta Giomo, Direttore UOC Disabilità e Non Autosufficienza di Treviso, è stata nominata Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità. La nomina è avvenuta avendo riguardo alla normativa che disciplina le assunzioni ed il tirocinio delle categorie protette, anche mediante adozione di programmi di assunzione ai sensi dell'art. 11 della L. n. 68/1999.

Si riporta quanto previsto dall'art. 39-ter del D.Lgs. n. 165/2001, in merito alle funzioni attribuite al Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità:

1. *curare i rapporti con il centro per l'impiego territorialmente competente per l'inserimento lavorativo dei disabili, nonché con i servizi territoriali per l'inserimento mirato;*
2. *predisporre, sentito il medico competente della propria amministrazione ed eventualmente il comitato tecnico di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, gli accorgimenti organizzativi e proporre, ove necessario, le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro anche ai fini dei necessari accomodamenti ragionevoli di cui all'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216;*
3. *verificare l'attuazione del processo di inserimento, recependo e segnalando ai servizi competenti eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione.*

Con la presente relazione si vuole aggiornare sull'attività svolta al fine di facilitare l'integrazione al lavoro delle persone con disabilità nell'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana. Nella relazione sono riportate sia le necessità che le opportunità di interventi correttivi a fronte delle criticità emerse.

### **Attività svolte**

Il tema degli inserimenti lavorativi per persone con disabilità è diventato obiettivo di budget dal 2023 anche per dare attuazione alla Convenzione di Programma stipulata con Veneto Lavoro il 21/11/2022, delibera del DG n. 2065 del 28/10/2022, quinquennio 2023-2027, aggiornata con deliberazione 1332 del 13 giugno 2025, quinquennio 2025-2030.

L'azienda ha approvato il seguente obiettivo di budget 2025:

*IS2312-Costituzione di un tavolo di lavoro per i lavoratori con disabilità per definire la procedura di collaborazione in attuazione della Convenzione di Programma 2023 -2027 (delibera 2065/2022).*

Obiettivo trasversale dei seguenti servizi coinvolti:

- Servizio Prevenzione e Protezione
- Direzione Professioni Sanitarie
- Gestione risorse umane
- Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Asolo
- Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Treviso
- Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Pieve di Soligo
- Servizio integrazione lavorativa (SIL)
- Professioni Sanitarie Territoriali

Il tavolo di lavoro si è riunito 4 volte nel corso dell'anno.

Con riferimento alla funzione indicata al punto 1. dell'art. 39 ter, D.Lgs. 165/2001, al fine di facilitare le relazioni tra Azienda ULSS 2 e gli uffici preposti di Veneto Lavoro, ente gestore dei Centri per l'Impiego e delle liste di collocamento dei disabili, nel 2025 per tramite del SIL è stato organizzato un incontro di

verifica tra il tavolo di lavoro e la dirigente responsabile di Veneto Lavoro ambito di Treviso per la verifica dell'attuazione della Convenzione di programma, e per la valutazione dell'esperienza dei percorsi di tirocinio con l'esito di riprogrammazione degli inserimenti per il quinquennio 2025-2030.

Inoltre il costante raccordo con i Centri per l'Impiego territoriali (Montebelluna, Castelfranco Veneto, Treviso, Oderzo, Conegliano e Vittorio Veneto) viene mantenuto dal SIL. Vengono infatti gestiti i tirocini ai sensi della Legge 68/99, con l'organizzazione degli appuntamenti per l'avvio dei tirocini stessi, gestione delle pratiche amministrative del tirocinio (Convenzione e progetto formativo, modulistica varia per il pagamento delle indennità di partecipazione, ecc) e con la valutazione di eventuali candidati presi in carico durante i colloqui congiunti tra operatori del SIL e operatori del CPI, come previsto dalla dgr 2015/2019.

Data la rilevanza di questo processo e gli esiti positivi instaurati della collaborazione e integrazione innescata, l'obiettivo di budget è stato confermato anche per il 2026:

*Formalizzazione del tavolo di lavoro, con i referenti dei servizi coinvolti, per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità in Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana. Definizione della procedura di collaborazione in attuazione della delibera di approvazione della nuova Convenzione di Programma - la n. 1332 del 13 giugno 2025 - con Veneto Lavoro per il periodo 2025 - 2030. Stesura delle procedure operative.*

**Azioni di sensibilizzazione del contesto lavorativo:** relazione della responsabile del SIL e del coordinatore SIL distretto Asolo nell'incontro organizzato dalla dirigente delle professioni sanitarie con tutti i coordinatori dei servizi territoriali e ospedalieri a Treviso in data 24/10/2025.

**Contatti e mappature delle posizioni lavorative:** contatti con direttori, responsabili, coordinatori di unità operative della ns. azienda per mappare e individuare posizioni lavorative compatibili con percorsi di tirocinio formativi di persone in carico ai SIL dei 3 distretti; coordinamento e raccordo tra i colleghi del SIL dei 3 distretti e le unità operative (colloqui di conoscenza di utenti, incontri di presentazione con i referenti delle unità operative,) per dare una cornice nella quale inserire il singolo progetto rispetto all'obiettivo generale dell'Azienda con effetto di responsabilizzare e sensibilizzare le diverse unità operative coinvolte; sensibilizzazione e promozione dell'opportunità offerta dalla convenzione e in generale del valore e significato dell'inclusione presso le varie Unità operative.

**Raccordo con l'U.O. Risorse Umane:** collaborazione nella gestione degli avvisi per la selezione dei candidati tra i tirocinanti SIL, sia con l'ufficio personale che con i colleghi del SIL (informazioni su scadenze, raccolta delle relazioni di fine tirocinio, trasmissione della documentazione); raccordo con il referente delle Risorse Umane in merito alla raccolta dei fabbisogni di personale, segnalati dalle diverse unità operative e da dedicare/orientare a postazioni per persone segnalate dal SIL.

Si sottolinea la collaborazione con gli uffici delle Risorse Umane che gestiscono annualmente circa 12/13 concorsi riservati alle categorie protette della Legge 68/99 per tutti i profili professionali e con la Medicina Preventiva al fine di sottoporre al giudizio di idoneità l'aspirante lavoratore tirocinante prima di completare il processo formativo finalizzato all'assunzione.

Esiti della Convenzione di Programma:

Numero tirocini formativi avviati

<b>Avvii annuali</b>	<b>n.</b>
Anni prec. 2022	2
Anno 2022	2
Anno 2023	2
Anno 2024	13
Anno 2025	20
<b>Totali</b>	<b>39</b>

Numero tirocini formativi avviati negli anni nelle diverse sedi distrettuali. Si segnala un coinvolgimento graduale in tutti tre i territori distrettuali aziendali:

<b>Tirocini attivati</b>	
Sedi distrettuali	<b>n.</b>
Asolo	12
Pieve	6
Treviso	21
<b>Totali</b>	<b>39</b>

Numero tirocini per profili professionali individuati e compatibili con la modalità prevista dalla convenzione di programma:

<b>Profili professionali</b>	<b>n.</b>
Centralinista	1
Coadiutore Amm.vo	23
Op. tecnico	13
Portineria	2
<b>Totali</b>	<b>39</b>

### CONCORSI ATTIVATI 2025

<b>Qualifica</b>	<b>n. procedure</b>	<b>stato</b>	<b>dettaglio</b>
Sanitari categorie protette L.68/99 – art.1 - Infermiere - Tecnico della prevenzione - Tecnico di radiologia - Tecnico di laboratorio - Ostetrica - Educatore - Assistente sanitario - Fisioterapista - Tecnico di neurofisiopatologia - Audiometrista - Logopedista	11	concluso	concluso
Sanitari categorie protette L.68/99 - art.18 - Infermiere - Tecnico della prevenzione - Tecnico di radiologia - Tecnico di laboratorio - Ostetrica - Educatore - Assistente sanitario - Fisioterapista - Tecnico di neurofisiopatologia - Audiometrista - Logopedista	11	concluso	concluso
Assistente amministrativo L. 68/99 – art. 1	1	in corso	fissare prove
Magazziniere L.68/99 – art.1	1	in corso	fissare prove

**TIROCINI ATTIVATI**

Qualifica	n. idonei (n. posti previsti da bando)
Coadiutore amministrativo	12 ( 3 posti)
Operatore tecnico	5 ( 2 posti)
Operatore tecnico	In attesa di pubblicazione bando (nuova convenzione)

**ASSUNZIONI DA CONCORSO**

Qualifica	n. idonei	stato	qualifica
Sanitari categorie protette L.68/99 – art.1	2 (1 assunzione)	concluso	Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro

Numero delle assunzioni effettuate: a seguito dei tirocini, avvisi e poi tirocinio L. 68/99 risultano 8 assunzioni. Altre 2 persone in carico al SIL che hanno svolto tirocinio poi sono state assunte con concorso. Le 8 assunzioni effettuate a seguito dell’iter descritto sono state n. 4 nel 2024 e n. 4 nel 2025. Nell’ultimo avviso sono state selezionate 9 persone idonee a svolgere un tirocinio L. 68/99 finalizzato all’assunzione, tirocini in parte già avviati a dicembre 2025 e i rimanenti da gennaio/febbraio 2026.

Nel tavolo di lavoro inoltre sono state raccolte alcune criticità che sono state gestite con interventi di mediazione con le unità operative ospitanti e i lavoratori.

**Conclusioni**

Il lavoro svolto durante la presente annualità ha portato dei frutti rispetto al sistema di accoglienza del lavoratore fragile evidenziando il superamento delle barriere culturali in alcuni settori aziendali per l’inserimento delle persone con disabilità.

Questo è stato possibile grazie al significativo accompagnamento da parte del SIL nell’iter di inserimento che ha avuto come esito un miglioramento nella disponibilità di accoglienza.

Restano alcune criticità legate alla tipologia degli inserimenti che sono prevalentemente di area amministrativa con il rischio di saturare la disponibilità di posti e al notevole numero di lavoratori già assunti che nel corso degli anni hanno acquisito fragilità e disabilità quali prescrizioni lavorative e/o patologie invalidanti che non accedono alla richiesta di invalidità civile, Legge 104 e Legge 68.

A tale proposito si ritiene opportuno promuovere un’azione di welfare lavorativo che faciliti l’accesso ai percorsi del riconoscimento delle tutele previste dalla norma con il coinvolgimento del medico competente e della medicina legale.

## Piano formativo aziendale

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana riconosce nella formazione non un semplice obbligo, ma una condizione abilitante fondamentale per la protezione e la creazione di Valore Pubblico. In linea con le Linee Guida PIAO 2025, la programmazione formativa è integrata nel ciclo della performance, garantendo che lo sviluppo delle competenze sia funzionale agli obiettivi strategici di salute della comunità.

### Il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2026

Il riferimento per l'attività formativa è la Deliberazione n. 2803 del 19/12/2025. Il Piano recepisce le tematiche prioritarie regionali comunicate da Azienda Zero e si articola in circa 450 progetti, orientati alle sfide della transizione digitale, amministrativa ed ecologica. La partecipazione è, di norma, obbligatoria e da svolgersi in orario di servizio, con verifica dell'apprendimento e rilascio di attestato.

### Direttiva Ministeriale e l'Obiettivo delle 40 Ore

L'Azienda recepisce la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del gennaio 2025 ("Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione"), che introduce standard quantitativi e qualitativi stringenti:

- Obbligo delle 40 ore: Ogni dipendente pubblico ha il diritto-dovere di partecipare ad attività formative per un numero di ore pro-capite annue non inferiore a 40.
- Performance dei Dirigenti: Il raggiungimento di questo target è configurato come uno specifico obiettivo di performance individuale per i dirigenti, responsabili di promuovere la partecipazione attiva dei propri collaboratori.

### Transizione Digitale e Cybersecurity

Nel quadro della Sanità Digitale e in coerenza con gli obiettivi della Regione Veneto, l'Azienda ha inserito percorsi mirati alla sicurezza dei dati e all'innovazione tecnologica:

- Progetto Regionale Cybersecurity (Cod. 2026.412): Corso in modalità e-learning individuale volto alla sensibilizzazione e protezione delle infrastrutture digitali aziendali, con un impegno previsto di 8 ore.
- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 (Cod. 2026.415/416): Formazione specifica per personale di front-office e clinici per l'implementazione del nuovo sistema regionale, con un modulo complessivo di circa 20 ore.

### Piattaforma Syllabus, Etica e Prevenzione

Per colmare i gap di competenze e rafforzare l'integrità amministrativa, sono programmate le seguenti azioni:

- Piattaforma Syllabus: l'Azienda promuove l'utilizzo della piattaforma del DFP per il raggiungimento di un livello di padronanza superiore nelle competenze digitali ed etiche, prevedendo per questo ambito circa 8 ore di formazione.
- Etica e Prevenzione della Corruzione (Cod. 2026.230): Attività dedicata alla revisione dei registri dei rischi e alla cultura della legalità, con un impegno di 8 ore.

### Integrazione Funzionale al Valore Pubblico (Parte Funzionale)

Seguendo la logica della Piramide del Valore Pubblico, le azioni formative sono codificate per abilitare direttamente gli obiettivi operativi.

## 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 2026-2028, 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 2025-2026 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;
- favorire un clima aziendale che abolisca lo stigma e la discriminazione attraverso le attività del Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità: valorizzazione del benessere di chi lavora, rilevazione di criticità emerse con l'indagine regionale di clima organizzativo, che prevede la valutazione dei risultati al fine di individuare le azioni di miglioramento da adottare;
- 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 2026 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 e-mail a indirizzo dedicato. Con DDG n. 1333 del 13/06/2025 l'Azienda ha adottato il Regolamento Aziendale per il Funzionamento dello Sportello, inserendo nelle finalità anche la prevenzione del disagio e del burnout, la promozione del benessere organizzativo, il supporto nei casi di eventi critici o traumatici.

### **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. Con DDG n. 1213 del 29/05/2025 è stato istituito un Gruppo di Lavoro responsabile delle attività finalizzate alla realizzazione degli obiettivi della DGR 960/24 che, nel corso del 2025, ha realizzato un piano integrato di azioni mirate: studiare le cause delle dimissioni inattese, promuovere stili di leadership supportiva, valorizzare le competenze avanzate del personale del comparto sanitario, gestire le mobilità interaziendali del SSR, aumentare attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati, prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale, mitigare gli effetti dell'invecchiamento del personale, utilizzare modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change.

### **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).*

# 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).

E' inoltre 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. Dal 2025 è stato sviluppato un qlk per il monitoraggio degli obiettivi previsti dal Patto della Medicina Convenzionata.

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 RPCT, 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 2025-2027 è risultato molto positivo.

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 2026 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 2025, l'attività realizzata nel corso dell'anno ha portato all'effettuazione di n. 23 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 2026, 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 2025 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 2025 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.

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. 0059654 del 27.3.2025, 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 2025 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, la nota prot. n. 0243737 del 23.12.2025, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025 – 2027, 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 2026</b>	<b>Target biennio 2027-2028</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 e dal PNA 2025, 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 realizzata 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<sup>1</sup>**

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

**Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione**

**Allegato 4 - Piano dei fabbisogni**

---

<sup>1</sup> Ancorchè ANAC, nel PNA 2025, abbia suggerito l'adozione di un allegato unico alla sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", considerata la portata dei processi aziendali, si preferisce mantenere, in un'ottica di continuità con gli anni precedenti e di maggior chiarezza, n. 3 allegati della sottosezione in oggetto.



# **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												TRASCURABILE	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							TRASCURABILE	-
P005	Regolarizzazione delle entrate	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reversale, alla riconciliazione con il Tesoriere	U.O.C. Contabilità e bilancio						X							TRASCURABILE	X
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
P009	Preparazione e custodia salme	Dalla comunicazione decesso ai familiari alla gestione salma in reparto e in obitorio	Direzione medica ospedale												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	-
P011	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera											X		MEDIO	X
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

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
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 (incluso il Project Financing 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	-

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
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
P042	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 dei Servizi in Outsourcing e Logistica/U.O.C. Approvvigionamento e gestione forniture di beni/UOC Servizi tecnici e patrimoniali/UOC Servizi Amministrativi Territoriali/ UOC Sistemi Informativi				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	U.O.C. Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica							X				X		MEDIO	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	U.O.C. Approvvigionamento e Gestione dei Servizi in Outsourcing e Logistica						X							TRASCURABILE	-
P046	Acquisizione risorse umane dipendenti	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della	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
		graduatoria															
P047	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)	Dalla firma del contratto, liquidazioni periodiche e gestione del contratto 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 all'estinzione del rapporto di lavoro	U.O.C. Gestione risorse umane		X											TRASCURABILE	-
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				TRASCURABILE	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							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	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari		X		X	X					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
		prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS															
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
P059	Formazione esterna	Dalla richiesta del dipendente all'autorizzazione al corso, al rimborso spese e rendicontazione	U.O.S.D. Formazione	X												TRASCURABILE	-
P060	Formazione interna del personale	Dalla predisposizione del piano formativo, alla microprogettazione attività, all'erogazione della formazione e alla liquidazione del compenso del docente/ente di formazione	U.O.S.D. Formazione	X			X							X		MEDIO	X
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 Legali								X					MEDIO	X
P064	Gestione del contenzioso	Dalla ricezione dell'atto giudiziale alla definizione del contenzioso	U.O.C. Affari Legali					X			X					MEDIO	X
P066	Gestione protocollo	Dalla ricezione della documentazione al suo smistamento nelle UU.OO.	U.O.C. Affari Generali		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

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
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		TRASCURABILE	X
P075	Gestione recupero crediti	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	U.O.C. Contabilità e bilancio/U.O.C. Servizi amministrativi territoriali						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 per propri ricoverati in SSN)	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 struttura e fatturazione, alla ripartizione incassi ai dirigenti	U.O.C. Servizi amministrativi di ospedale	X												TRASCURABILE	X
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											RILEVANTE	X
P080	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/U.O.C. Approvvigionamento e gestione forniture di beni/UOC Servizi tecnici e patrimoniali/ UOC				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
			Sistemi Informativi														
P081	Acquisizione beni e servizi mediante procedure di gara ai sensi della normativa vigente	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/U.O.C. Approvvigionamento e gestione forniture di beni/UOC Servizi tecnici e patrimoniali/UOC Servizi Amministrativi Territoriali/ UOC Sistemi Informativi				X									RILEVANTE	X
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				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
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										RILEVANTE	-
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
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	X
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				X		X	X	X					RILEVANTE	X
P093	Prestazioni di pronto soccorso	Dall'accettazione del paziente alla registrazione della prestazione e al rilascio del referto	Dipartimento di Emergenza urgenza						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
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	SIAN, SCAA, SIAOA, SSA, SIAPZ		X				X	X						MEDIO	X
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, SIAOA, SSA, SIAPZ	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, SIAOA, SSA, SIAPZ	X	X					X	X					RILEVANTE	X
P102	Applicazione, riscossione e rendicontazione delle tariffe	Applicazione, riscossione e rendicontazione delle tariffe	SIAN, SCAA, SIAOA, SSA, SIAPZ						X							TRASCURABILE	-
P103	Gestione e liquidazione delle Impegnative di Cura Domiciliare (ICD) e del contributo caregiver	Dalla domanda di impegnativa di cura domiciliare (ICD) o di contributo caregiver alla liquidazione degli stessi	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari		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
P104	Esecuzione e monitoraggio contratti per acquisizione di beni	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 dei Servizi in Outsourcing e Logistica/U.O.C. Approvvigionamento e gestione forniture di beni/UOC Servizi tecnici e patrimoniali/UOC Servizi Amministrativi Territoriali/ UOC Sistemi Informativi				X									RILEVANTE	X
P105	Esecuzione e monitoraggio contratti per acquisizione di 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 dei Servizi in Outsourcing e Logistica/U.O.C. Approvvigionamento e gestione forniture di beni/UOC Servizi tecnici e patrimoniali/UOC Servizi Amministrativi Territoriali/ UOC Sistemi Informativi				X									RILEVANTE	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.

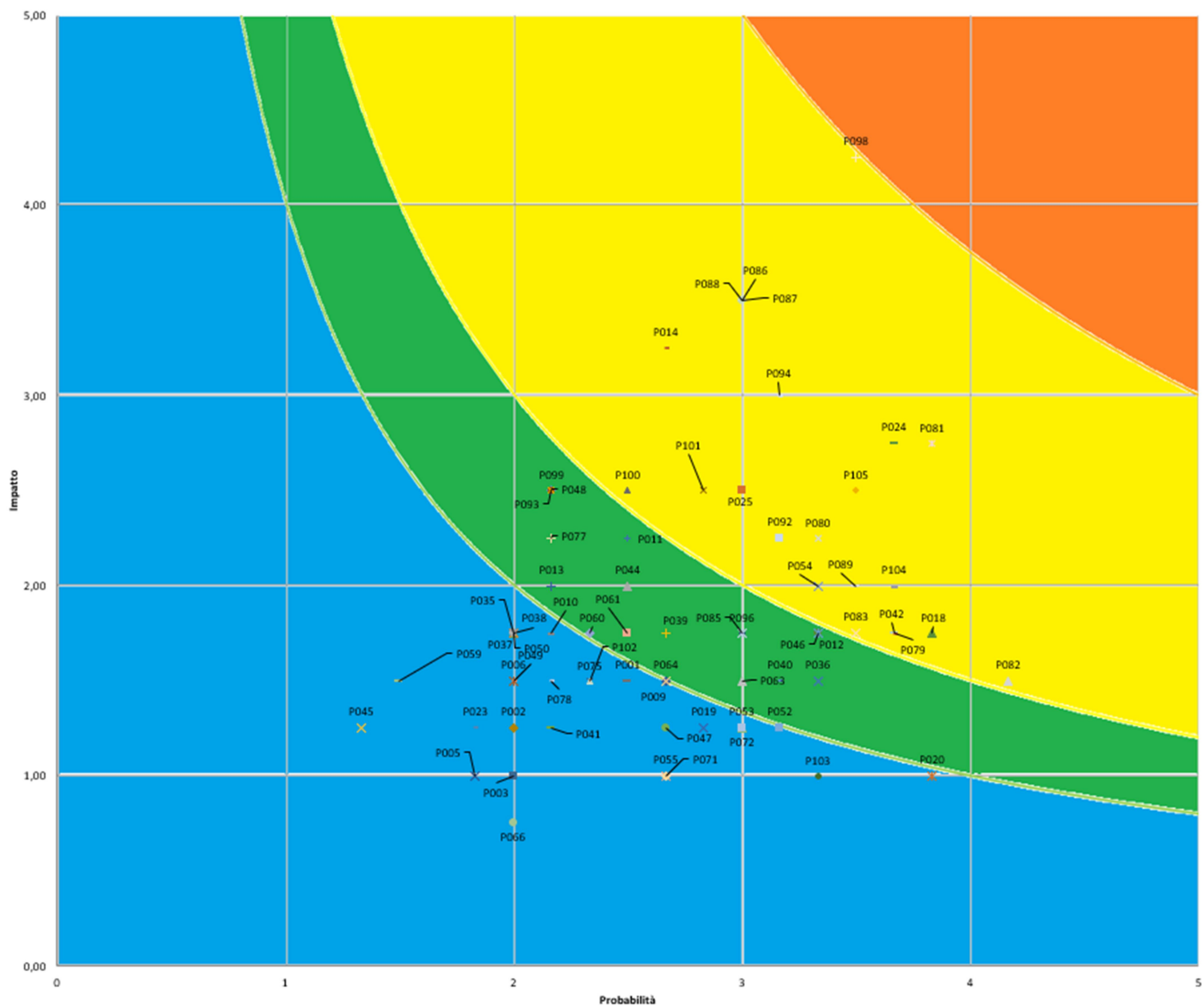
I processi sono classificati graficamente attraverso quattro diversi livelli di rischio, determinati dalle seguenti soglie dell'indice di rischio e riassunti nella matrice della valutazione del livello di rischio dei processi riportata nella pagina seguente:

- 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
	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
emissione del mandato di pagamento	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 NAV e il saldo di fatto del Tesoriere	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
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

## P005 – REGOLARIZZAZIONE DELLE ENTRATE

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
Gestione dei sospesi in entrata	accesso al portale della banca, scarico xml del giornale di cassa 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
	classificazione ed assegnazione del sospeso di entrata	ritardata copertura dei SEN	B	sì		B
	estrazione ed invio dei SEN ai servizi competenti per emissione della fattura	l'eventuale fattura non viene emessa nei termini previsti dal d.p.r. 633/1972	M	no	sollecito ai servizi competenti per emissione fattura con l'implementazione di PagoPA si dovrà dare l'identificativo di pagamento prima del pagamento stesso, quindi non potranno più esserci pagamenti non collegati a un documento - il controllo pertanto nel 2021 verrà modificato	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	abbinamento del sen al relativo documento	errato abbinamento sen - documento sollecito di pagamento non corretto	M	no	in fase di simulazione della reversale l'operatore verifica l'eventuale presenza di errori materiali con l'implementazione del PagoPA ogni pagamento dovrà avere il proprio identificativo	MB
sospesi da conto corrente postale (CCP)	importazione flussi delle singole fatture dal portale delle poste italiane su sistema contabile oltre che dell'estratto conto;	errori nell'importazione del flusso dal portale di poste italiane	B	sì		B
	emissione della nota di credito per la gestione delle spese addebitate sull'estratto conto	mancata quadratura del conto corrente postale a fine anno e non si riesce a fare il prelievo con il tesoriere	B	no	il tesoriere segnala che non è possibile effettuare il prelievo quindicinale per mancanza di disponibilità	B
	abbinamento delle fatture sulle singole righe dei flussi importati o di un articolo nel caso di prestazioni fuori campo IVA prive di documento e registrazione contabile degli abbinamenti	mancata chiusura del credito che deve essere fatta manualmente	B	sì		B
	circolarizzazione di ciascun CCP	mancata quadratura del conto corrente postale con le registrazioni contabili	B	NO	verifica dei saldi su CCP con i saldi in contabilità - relazione ai revisori	B
gestione dei sospesi da versamenti in contante da cassa fisica / riscuotitore	importazione delle registrazioni di cassa dai singoli gestionali tramite tabelle SAS	l'estrazione fatta in SAS potrebbe non essere corretta/incompleta	B	no	cruscotto degli errori di importazione quadratura tra giornale di cassa e registrato in NAV	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
automatico	sulla base della descrizione del sospeso di entrata dove viene rintracciato il codice della cassa che fa il versamento e la data del versamento, l'operatore abbina il sospeso con i relativi documenti emessi	abbinamento errato di documento con il SEN	M	no	in riferimento al mese di contabilizzazione delle casse manuali/riscuotitori/on-line viene verificata la quadratura tra importi versati e contabilizzati oltre che la corretta rilevazione e gestione dei resti non erogati. A fine anno la quadratura viene effettuata anche in sede di conto giudiziale Verifica di registrazioni di sopravvenienze o di documenti non importati dalla procedura di cassa per ottenere la quadratura.	B
gestione dei cassetti rendi resto e dei mancati resti	ricezione delle istanze per mancato resto dalle singole casse, verifica effettiva sussistenza del mancato resto nel versamento	errata valutazione della richiesta di restituzione del mancato resto	MB	no	controllo sul portale del service che effettua il prelievo, non completa chiusura del SEN sui documenti importati con SAS	B
gestione degli introiti a mezzo assegno / vaglia postale	girata e invio in filiale da parte del personale autorizzato	errata girata	MB	sì		MB
gestione dei sospesi di entrata provenienti dalla Regione del Veneto / Azienda Zero	individuazione dei SEN provenienti da Regione/Az. Zero e confronto con area bilancio per individuazione del ricavo di afferenza (acconto FSR, saldo, finanziamento vincolato) o se credito già contabilizzato	errata interpretazione del SEN proveniente da Regione che comporta un'errata individuazione del ricavo/acconto/chiusura credito	MB	no	Per quanto riguarda FSR regionale: quadratura con CE precompilato regionale per quanto riguarda i vincolati: circolarizzazione con Readyfin Per quanto riguarda i crediti: quadratura con SP precompilato regionale	B
	se credito già contabilizzato => chiusura documento come qualsiasi altro SEN		B	sì		B
	se credito non rilevato, emissione di un documento ai fini interni e chiusura documento con SEN		B	sì		B
caricamento delle reversali e registrazione	generazione del file xml e caricamento delle reversali su portale del tesoriere	errori formali che portano allo scarto del flusso	MB	no	il portale inbiz/unimoney mette a disposizione totali caricati e errori che hanno portato allo scarto della reversale	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	contabilizzazione delle reversali tramite specifica funzione a menù	non corretta contabilizzazione delle reversali	MB	no	quadratura tra saldo contabile e saldo tesoriere	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
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	SI		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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					firma digitale dal direttore SEF, il SEN del versamento viene quadrato dagli operatori del SEF con il SUS della sovvenzione di cambio moneta	
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
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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	NO	report di verifica riepilogativo sull'invio del flusso 730 e degli errori generati inviato dal controllo di gestione	B

## P009 - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME\_ PRESIDI DEI DISTRETTI ASOLO E PIEVE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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
		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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		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

## P009 - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME\_PRESIDIO DI TREVISO

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	Modulo Informativo da consegnare ai familiari del defunto (nota alle UU.OO. prot. 229643 del 13/12/2022); Codice di comportamento dell'Azienda ULSS 2 (DDG n. 2356 del 13/11/2024)	MB
		segnalazione a Imprese Onoranze Funebri (IOF) del decesso (nome deceduto, familiari)	MA	no	Modulo Informativo da consegnare ai familiari del defunto (nota alle UU.OO. prot. 229643 del 13/12/2022); Codice di comportamento dell'Azienda ULSS 2 (DDG n. 2356 del 13/11/2024)	MB
	consegna ai familiari degli effetti personali della salma	smarrimento effetti personali della salma	M	no	Modulo "Documentazione sanitaria ed oggetti personali consegnati" Mod. 0140 del 09/10/2006	B
		furto effetti personali della salma	MA	no	Modulo "Documentazione sanitaria ed oggetti personali consegnati" Mod. 0140 del 09/10/2006	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	"Manuale operativo per il personale dell'obitorio dell'Ospedale di Treviso Azienda ULSS 2" rev. 2 del 18/01/2018; celle frigorifere allarmate e dotate di rilevazione grafica delle temperature	B
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	"Manuale operativo per il personale dell'obitorio dell'Ospedale di Treviso Azienda ULSS 2" rev. 2 del 18/01/2018; Codice di comportamento dell'Azienda ULSS 2 (DDG n. 2356 del 13/11/2024)	MB
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	"Manuale operativo per il personale dell'obitorio dell'Ospedale di Treviso Azienda ULSS 2" rev. 2 del 18/01/2018; Codice di comportamento dell'Azienda ULSS 2 (DDG n. 2356 del 13/11/2024)	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma ai familiari	M	no	"Manuale operativo per il personale dell'obitorio dell'Ospedale di Treviso Azienda ULSS 2" rev. 2 del 18/01/2018 (in allegato); Codice di comportamento dell'Azienda ULSS 2 (DDG n. 2356 del 13/11/2024); "Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze Funebri" del 31/10/2017 (in allegato); Il tecnico di obitorio non è incaricato della vestizione, che di norma è a carico dell'IOF	B
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma alle IOF	MA	no	Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	MB

## P009 - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME\_PRESIDIO DI ODERZO

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		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 della 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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		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

## P011 – GESTIONE DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
------	----------	---------	-------------------------	---------------------------	------------------------------------	-------------------------

			Rischio Lordo			Rischio Residuo
PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO	attraverso il contatto dell'utente (via mail/telefono)	a causa di un errore di comprensione/comunicazione o una competenza mancante può esserci una presa in carico errata con una conseguente sbagliata distribuzione	A	no	il farmacista svolge un controllo puntuale sulle prenotazioni in base alla prescrizione effettuata, al piano terapeutico, alla pertinenza di afferenza dell'utente, in base anche alla normativa vigente	M
	attraverso l'accesso diretto (in alternativa alla precedente)	a causa di mancanza di tempo/ambiente dedicato può esserci una presa in carico errata con una conseguente sbagliata distribuzione	MA	no	controllo tra fustelle (scarico) e prescrizioni fatte dal medico a Pieve	B
VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA		a causa di errore umano o di mancanza di conoscenza di cambi normativi si potrebbe valutare appropriata una prescrizione scorretta con conseguente sbagliata distribuzione o mancata erogazione di un farmaco ad un paziente che ne avrebbe avuto diritto	A	no	sistema automatico che riporta lo storico del paziente in base agli scarichi e alle registrazioni effettuate per ogni paziente	M
PROGRAMMAZIONE EROGAZIONE	definizione data di consegna	a causa di mancanza di adeguata verifica si potrebbe prevedere un numero di erogazioni non appropriato con conseguente impatto economico sulla spesa e/o di continuità terapeutica	M	no	verifica della congruità della data di consegna richiesta con le precedenti erogazioni e la posologia prescritta	B
RICERCA E PRELIEVO DEL FARMACO IN MAGAZZINO		a causa di mancanza di applicazione di criteri LASA nella collocazione dei farmaci si potrebbe prelevare un farmaco sbagliato con la possibilità di errata consegna	MA	no	Applicazione di criteri LASA in tutte le farmacie	MB
		a causa di mancanza di applicazione di criteri FEFO si potrebbe prelevare un farmaco con scadenza più lontana rispetto ad altri che restano in scaffale e quindi possono andare in scadenza e dover essere smaltiti	A	no	procedura aziendale con relativo modulo utilizzato dagli operatori del magazzino/ allo sportello per identificare i farmaci in scadenza. Viene inserito anche un bollino per identificare i farmaci in scadenza	M

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
PREPARAZIONE DEL FARMACO	preparazione della confezione/pacco prenotata da parte dell'operatore abbinando diversi farmaci alle varie richieste	a causa di errore umano (es. errore di lettura nominativo utente per omonimia) si potrebbe preparare una confezione diversa da quella indicata non evadendo la richiesta in modo corretto	MA	no	controllo del pacchetto preparato da parte del farmacista essendo il responsabile della dispensazione	B
				no	controllo quantitativo e qualitativo (confronto AIC nella confezione) con quanto inserito nella prenotazione a sistema (Pieve e in parte Treviso)	B
				no	controllo quantitativo e qualitativo con la prenotazione trascritta dall'operatore via telefono o via mail e la prescrizione (Asolo e in parte Treviso)	B
(TRASPORTO E STOCCAGGIO FARMACO)	eseguito in caso di erogazione in altra sede con prenotazione con l'utente. Attività eseguita per la maggior parte da Plurima (pochi casi gestiti da operatori della farmacia a Pieve (senza stoccaggio) e consegna da Treviso ad Oderzo gestita da personale interno). Il trasporto non viene eseguito per Asolo	A causa di utilizzo di mezzi di trasporto non sempre idonei potrebbe non essere rispettata la catena del freddo necessaria per la conservazione dei farmaci	A	no	utilizzo di materiali idonei per garantire il rispetto della catena del freddo (polistirolo con ghiacci utilizzato per il trasporto)	M
		A causa di stoccaggio non adeguato nei distretti di Treviso, il farmaco può non essere stoccato correttamente nella sede di erogazione con conseguente possibilità di scadenza del farmaco		sì		
EROGAZIONE DEL FARMACO	attraverso erogazione diretta (eseguita dal farmacista)	A causa di errori di calcolo si potrebbe sbagliare il quantitativo del farmaco	M	no	controlli massivi sulle prescrizioni eseguite da soggetti diversi a Treviso Operatore effettua lo scarico poco dopo che il farmacista ha erogato il farmaco ad Asolo e Pieve.	B
		A causa di erogazioni a più utenti si potrebbe fornire il farmaco sbagliato	MA	no	controlli massivi sulle prescrizioni eseguite da soggetti diversi a Treviso Operatore effettua lo scarico poco dopo che il farmacista ha erogato il farmaco ad Asolo e Pieve.	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	consegna al paziente al distretto (in alternativa alla precedente, effettuata da personale non farmacista). Non eseguita ad Asolo	A causa di erogazioni a più utenti si potrebbe prelevare il farmaco sbagliato destinato ad un altro paziente	MA	no	modulo compilato dal paziente consegnato nel caso di consegna ad Oderzo. A pieve l'operatore effettua un controllo sul codice fiscale	MB
SCARICO DEL FARMACO A SISTEMA	effettuato prima nel caso di dispensazione al distretto. A pieve lo scarico nasce dalla richiesta di uno prescrittore	a causa di codici simili nel centro di costo di prescrizione/ di errori di trascrizione si potrebbe forzare la modalità di erogazione sostituendo alle modalità proprie della distribuzione diretta ('RES', 'DIR', 'SPEC', ...) il 'RIC' (ricovero), comportando lo scarto del record nel portale regionale di invio flussi o la mancata estrazione dello scarico da NAV	MA	no	verifica da portale regionale (scarto del record) della coerenza tra centro di costo selezionato e modalità di erogazione del farmaco selezionata durante lo scarico correzione in distribuzione diretta sulla base di controlli casuali sul campo	B
		a causa di scarico manuale si potrebbe scaricare un quantitativo errato oppure si potrebbe scaricare un farmaco errato con una possibile distorsione della quantificazione della spesa aziendale e successive sistemazioni ad hoc	MA	no	inventario e controlli a campione sulle giacenze	B
AGGIORNAMENTO REGISTRI AIFA ED ALTRI REGISTRI + ALTRI FORMALISMI LEGATI ALLA DISPENSAZIONE		a causa di mancanza di tempestività nell'inserimento della scheda del paziente nel portale AIFA, il farmacista potrebbe non riuscire ad inserire la dispensazione del farmaco all'interno del registro AIFA. In mancanza di tale inserimento, i farmaci non possono essere rimborsati con lo specifico fondo ma rientrano negli acquisti diretti soggetti a tetto di spesa.	MA	no	dal qlik dei consumi prendendo i farmaci potenzialmente innovativi il CdG invia un report ai farmacisti che devono indicare la reale innovatività del farmaco sul singolo paziente + qlik che confronta quanto erogato al paziente "innovativo" con il report AZO con dati AIFA. così si facilita l'individuazione da parte del farmacista per completare il caricamento (solo se c'è la scheda del paziente!)	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		a causa di mancanza di richiesta AIFA presente prima dell'erogazione si potrebbe erogare un farmaco in mancanza di corrispondenza con i criteri di eleggibilità del paziente	M	no	verifica della presenza in AIFA ed erogazione solo in presenza della richiesta cartacea in AIFA/ controllo in AIFA	B
		A causa della necessità di effettuare diverse verifiche si potrebbe dispensare un trattamento senza che sia stato autorizzato dal medico del distretto per le malattie rare	M	no	controlli da effettuare sul portale delle malattie rare per ogni voce	B
RIORDINO DEL FARMACO	ricognizione del quantitativo farmaci da parte dei farmacisti riapprovvigionamento dal magazzino centrale o in transito facendo la richiesta direttamente alla ditta	a causa di punti di riordino non corretti (per mancanza o non aggiornamento dello storico per esempio) si potrebbe inviare un quantitativo di farmaco sotto o sovrastimato	M	no	proposta del punto di riordino da Navision calcolati sulla base delle settimane di lead time. Il farmacista lancia l'aggiornamento dei punti di riordino con una certa cadenza. Possono essere effettuate anche analisi e verifiche ad hoc in Navision	B
		a causa di errore di distrazione si potrebbe sbagliare codice ordinando un farmaco sbagliato con la necessità di effettuare un reso	M	sì		M

da qui processo: P070 Gestione dei flussi aziendali

#### P012 – PRESTAZIONI PER MINORI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					inserimenti residenziali	
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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	M	NO	controllo da parte di medico e coordinatore	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		dimentica di aprire le agende			infermieristico dell'apertura agende	
	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	Sì	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	Sì	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	Sì	controllo eseguito dall'operatore della cooperativa	MB
	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	Sì	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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,	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		organizzativo)				
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
	formulazione giudizio monocratico	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	fornitura di informazioni non adeguate	MB	no	istruzioni operative per il contatto con l'utente tramite telefono, tramite email e allo sportello	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	esigibili					
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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione dei piani operativi di controllo	Programmazione dei piani operativi di controllo (decisione di 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	A causa di criteri non rivisti per la selezione delle aziende e/o cantieri da controllare può avvenire una mancata o non conforme programmazione dei piani operativi di controllo con possibile omissione di ditte e/o cantieri	B	No	Condivisione settimanale della programmazione per distretto	B
Assegnazione	Assegnazione controlli - incarico	A causa di mancata segnalazione di	M	No	Segnalazione di conflitto di interesse (indicazione di	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
controlli e attivazione istruttoria	alla squadra di fare una determinata verifica	conflitto di interesse, si potrebbe verificare una assegnazione a personale con conflitto di interesse e ciò potrebbe comportare una valutazione non oggettiva			fare una mail). Remind ad ogni riunione mensile sulle norme di comportamento	
		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	Si		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
		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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo		
					con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)			
			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
					A	NO	un tecnico per ogni distretto a rotazione effettua un controllo dei verbali con una checklist	B
Verbalizzazione	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	B		

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (risultati dell'audit sui fascicoli)	
			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
		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
	Verifica adempimento Documentale		A	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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		B
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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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 possibile che ci sia una mancata quadratura tra libro cespiti e contabilità generale	MB	sì		MB
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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	
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	
	<b>comunicazione al bilancio dei dati per l'eventuale emissione della fattura attiva e relativa emissione =&gt; Processo P007 - Fatturazione attiva</b>					
	<b>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</b>					

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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>Programmazione</b> Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento (Programma triennale e Piano investimenti)	Analisi dei fabbisogni	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe definire un fabbisogno non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; valutazione dei RUP e del Dirigente responsabile della programmazione; Trasparenza interna	B
		A causa della complessità dell'attività o per eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe sovrastimare o sottostimare l'importo necessario al fabbisogno	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; valutazione dei RUP e del Dirigente responsabile della programmazione; Trasparenza interna	B
	Redazione/Aggiornamento/Adozione del programma triennale dei lavori pubblici	A causa di sopraggiunte necessità si potrebbero inserire interventi straordinari non previsti dagli strumenti programmatori o non finanziati in quanto non previsti nel BEP	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati Standardizzazione procedure, Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente responsabile della programmazione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	Pubblicazione Programma triennale dei lavori ai sensi della normativa sulla trasparenza	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe verificare la mancata pubblicazione del Programma triennale dei lavori nel sito aziendale, sezione "Trasparenza", e/o nel sito del MIT	M	no	Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente responsabile della programmazione	B
<b>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 Unico del Progetto e Componenti del Gruppo Tecnico	A causa di controlli non approfonditi si potrebbe verificare la nomina di RUP e dei Componenti del Gruppo Tecnico privi dei requisiti tecnici previsti dalla normativa	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Verifiche da parte del Dirigente responsabile; Trasparenza interna; Provvedimento di individuazione dei RUP e dei gruppi di lavori	B
	Redazione, verifica ed approvazione del progetto	A causa di una mancata analisi preliminare si potrebbe ottenere un progetto non conforme a quanto disposto dalle regole tecniche di progettazione o non rispondente ai criteri di efficienza efficacia e economicità	MA	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici e in particolare dell'allegato I.7 del DLgs 36/2023; Verifiche interne da parte del personale interno. Attività di verifica del progetto Validazione del progetto da parte del RUP Trasparenza interna; Provvedimento di approvazione del progetto	B
		A causa di controlli non approfonditi si potrebbe nominare dei verificatori in situazione di conflitto d'interessi nei riguardi dei progettisti o carenti dei requisiti previsti dalla legge. A causa di parziale/non aggiornata conoscenza della normativa si potrebbe effettuare una verifica non conforme a quanto prescritto dalla legge	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Verifiche interne da parte del personale interno. Attività di verifica del progetto Validazione del progetto da parte del RUP Trasparenza interna; Provvedimento di approvazione del progetto Codice di comportamento	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
Selezione del contraente	Scelta della procedura per l'aggiudicazione dell'appalto	Al fine di cogliere l'opportunità di uno snellimento delle procedure si potrebbe verificare il rischio di frazionamento dell'appalto soprattutto per ricorrere a un affidamento diretto anziché a una procedura di gara	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti Standardizzazione procedure, Trasparenza interna; verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B
		A causa di una errata valutazione delle caratteristiche dell'appalto da aggiudicare si potrebbe scegliere una procedura non pertinente (procedura aperta, procedura ristretta, procedura negoziata) che non garantisce efficienza, efficacia e economicità dell'azione amministrativa	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti Standardizzazione procedure, Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B
	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	A causa di possibili particolarismi potrebbe conseguire l'individuazione di criteri sproporzionati e/o restrittivi della concorrenza rispetto all'oggetto e/o all'importo dell'appalto oppure la formulazione di criteri di aggiudicazione non chiari ovvero che possono avvantaggiare un operatore economico	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti Standardizzazione procedure, Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B
	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	A causa di possibili richieste da parte dei fornitori si potrebbero concedere proroghe ai termini per la ricezione delle domande/offerte non motivate da ragioni oggettive	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti Standardizzazione procedure, Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B
	Nomina della commissione di gara	A causa di controlli non approfonditi si potrebbe verificare il mancato rispetto dei criteri per la nomina della commissione di gara con conseguente mancata imparzialità	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici (comma 5 art.93 DLgs 36/2023); Trasparenza dati degli appalti Standardizzazione procedure Codice di comportamento per dipendenti pubblici	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	Verifica documentazione amministrativa concorrenti	A causa di possibili particolarismi potrebbe verificarsi l'esclusione di concorrenti in possesso dei requisiti previsti al fine di favorire un concorrente	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti mediante redazione di appositi verbali o documentazione similare; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
	Verifica e valutazione offerte	A causa di possibili particolarismi potrebbe verificarsi l'uso distorto della valutazione tecnica (ove prevista) atto a favorire un concorrente	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti mediante redazione di appositi verbali o documentazione similare; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
	Verifica di anomalia delle offerte	Al fine di snellire l'attività si potrebbe non verificare la congruità dell'offerta.	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici (art.110 DLgs 36/2023); Trasparenza dati degli appalti mediante redazione di appositi verbali o documentazione similare; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
<b>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	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	A causa della necessità di velocizzare l'attività si potrebbero utilizzare strumenti non conformi a quanto stabilito dalla normativa sulla digitalizzazione degli appalti	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Delibera/provvedimento di aggiudicazione; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
	Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e	A causa di una dimenticanza si potrebbero non effettuare le comunicazioni degli esiti di gara previste dalla normativa. (art. 36 e art. 90 del	MB	sì		MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario	le aggiudicazioni	D.lgs 36/2023)				
	Provvedimento di aggiudicazione e pubblicazioni post gara	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero verificare ritardi 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	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
<b>Esecuzione del contratto</b>	Individuazione Direttore dei Lavori	Al fine di velocizzare l'attività si potrebbe ricorrere a professionisti esterni senza aver effettuato le verifiche di presenza di professionalità presenti in Azienda o presso altre Amministrazioni	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
	Consegna dei lavori / avvio esecuzione servizio	A causa di problematiche interne o interferenze con altre attività si potrebbe verificare un ritardo nella consegna dei lavori /avvio esecuzione del servizio	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza dati degli appalti; Verifica delle procedure e dell'attività svolta dall'ufficio di DL a cura del RUP e del Dirigente;	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe avere una mancata verifica e attestazione della disponibilità delle aree nonché dell'assenza di impedimenti alla realizzazione dei lavori con riferimento allo stato dei luoghi, alla accessibilità delle aree e degli immobili interessati dai lavori	M	no		B
	Nomina Collegio Consultivo Tecnico (CCT)	A causa di problematiche interne si potrebbe non nominare il Collegio Consultivo Tecnico (CCT) nei casi in cui è obbligatorio per legge.	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	Autorizzazione al subappalto	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe avere una mancata o carente verifica dei requisiti generali e speciali del subappaltatore	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica degli adempimenti a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di autorizzazione del subappalto da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero avere carenze istruttorie nelle verifiche propedeutiche all'autorizzazione al subappalto.	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di autorizzazione del subappalto da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, DL/DEC potrebbero non effettuare i controlli sulle imprese presenti in cantiere	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Verifica dell'attività del DL / DEC a cura del RUP e del Dirigente	B
	Ammissione delle varianti/modifiche (ai sensi dell'art. 120 del D.Lgs. 36/2023)	A causa di una normativa farraginoso e di difficile interpretazione si potrebbero approvare modifiche contrattuali non previste dalla normativa.	M	no	Redazione di una relazione del RUP sulle circostanze della variante Approvazione delle modifiche da parte del RUP e/o dell'Amministrazione con apposito provvedimento Comunicazione ad ANAC della modifica e delle motivazioni della variante	B
		A causa di una dimenticanza si potrebbe verificare la mancata comunicazione e/o pubblicità alla modifica approvata	M	no	Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B
	Gestione delle riserve formulate dall'Appaltatore	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero avere carenze istruttorie nella gestione delle riserve, accoglimento di riserve non riconoscibili o rigetto generico di riserve che hanno fondamento.	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Parere dell'Avvocatura dell'Azienda Provvedimento di approvazione degli atti transattivi da parte dell'Amministrazione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	Gestione delle controversie Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	A causa di una normativa farraginoso e di difficile interpretazione si potrebbe verificare l'utilizzo errato degli istituti previsti per la risoluzione delle controversie fuori da casi stabiliti dalla normativa vigente.	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Parere dell'Avvocatura dell'Azienda; Provvedimento di approvazione degli atti transattivi da parte dell'Amministrazione	B
	Liquidazione dei corrispettivi dovuti agli appaltatori	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, in caso di mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010 potrebbe accadere che non vengano avviate le azioni necessarie alla regolarizzazione	MB	no	Procedure di blocco pagamenti e liquidazione delle fatture in caso di mancato rispetto delle norme sulla trasparenza	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero verificare ritardi nei pagamenti che possono generare richieste di interessi	B	no	Verifiche tramite il sistema informatizzato delle fatture in scadenza	B
	Ultimazione dei lavori / ultimazione esecuzione servizio	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero verificare ritardi nella redazione del verbale di ultimazione dei lavori /prestazioni	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Verifiche della regolarità in sede di verifica di esecuzione (collaudo CRE)	B
		Per evitare contestazioni e contenziosi con l'Appaltatore si potrebbe verificare la mancata applicazione delle penali senza che ci siano i presupposti per la disapplicazione	MA	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Verifiche della regolarità in sede di verifica di esecuzione (collaudo CRE)	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
<b>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	Per il bisogno di rispettare tempistiche molto strette si potrebbe non effettuare tutti i passaggi necessari alla nomina del Collaudatore (verifiche personale interno ed esterno ecc.)	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di nomina dei collaudatori da parte dell'Amministrazione	B
		Per il bisogno di rispettare tempistiche molto strette si potrebbe non effettuare controlli approfonditi sui requisiti generali speciali e sulle cause di incompatibilità.	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di nomina dei collaudatori da parte dell'Amministrazione	B
	Rilascio del certificato di collaudo o del Certificato di regolare esecuzione (CRE)	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero verificare ritardi nell'emissione del Collaudo o del CRE	MA	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di nomina dei collaudatori da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato ai controlli si potrebbero non rilevare eventuali errori nell'attività di collaudo svolta dal collaudatore (l'opera o il lavoro siano stati eseguiti a regola d'arte, secondo il progetto approvato e le relative prescrizioni tecniche, nonché le eventuali perizie di variante, in conformità del contratto e degli eventuali atti di sottomissione o aggiuntivi debitamente approvati. Il collaudo ha altresì lo scopo di verificare che i dati risultanti dalla contabilità finale e dai documenti giustificativi corrispondano fra loro e con le risultanze di fatto, non solo per dimensioni, forma e quantità, ma anche per qualità dei materiali, dei componenti e delle provviste, e che le procedure espropriative poste a carico	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di approvazione del collaudo da parte dell'Amministrazione e/o del CRE da parte del RUP	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Residuo
		dell'esecutore siano state espletate tempestivamente e diligentemente. Il collaudo comprende altresì tutte le verifiche tecniche previste dalle leggi di settore.)				

## 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
		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	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette/moduli Sjiogren 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
		dichiarato in fattura cartacea				
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
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		errata validazione delle DCR e	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)	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
utili per la produzione dei mandati di pagamento		conseguentemente errata produzione dei mandati di pagamento			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)	
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 HTML e download delle comunicazioni prodotte da tale piattaforma a conclusione delle due operazioni	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
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	<p>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</p> <p>Un operatore registra in un file excel disponibile nella share i provvedimenti di autorizzazioni all'esercizio/accreditamento trasmessi con la relativa scadenza.</p> <p>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 sole prestazioni/branche specialistiche accreditate e alle validità indicate nei provvedimenti regionali</p>	B
	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 repot 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	B	no	Determinazione dell'impegno di spesa scorporandolo dell'incidenza del ticket e di eventuali scontistiche concordate	B



Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		recepimento del budget				
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 apparecchiature); - contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre ULSS.	MB



Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Contrattazione e stipula accordo di extrabudget 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 extrabudget	MA	no	<p>Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carenza di personale interno;</li> <li>- 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);</li> <li>- riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche;</li> <li>- localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta;</li> <li>- dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature);</li> <li>- contenitori "fluttuanti";</li> <li>- "fughe" verso altre ULSS</li> </ul>	MB
<b>Monitoraggio del budget assegnato</b>	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	<p>verifica sui totali riportati nei report:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- delle prestazioni rispetto al budget deliberato</li> <li>- dei totali rispetto ad easycat</li> </ul>	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	<p>verifica sui totali riportati nei report:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- delle prestazioni rispetto al budget deliberato</li> <li>- dei totali rispetto ad easycat</li> </ul>	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
Liquidazione prestazioni	Acquisizione delle fatture e verifica che il totale fatturato corrisponda al totale delle prestazioni inserite nell'applicativo easycat e 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	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), con verifica della quadratura del totale erogato con il totale fattura	B	
	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'extrabudget 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 Macroaree 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 extrabudget		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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
------	----------	---------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
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 dell'assistito e dei requisiti della struttura che ha erogato le prestazioni oggetto di rimborso	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
	Verifica documentazione sanitaria/contabile allegata alla richiesta di rimborso	Calcolo errato dell'importo rimborsi 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

## P042 - ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI MEDIANTE AFFIDAMENTO DIRETTO AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione	analisi dei fabbisogni	A causa della volontà di privilegiare un certo operatore economico, si potrebbe definire un fabbisogno o delle specifiche rispondenti ad esigenze non veritiere	MA	no	Adegua motivazione della richiesta e pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato	B
		A causa di un errore potrebbe esserci una non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa	M	no	Indicazione nel piano triennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza. Confronto con gli utilizzatori per analizzare i prodotti presenti nelle gare regionali/consip	B
	Individuazione del responsabile del procedimento	A causa di potenziale conflitto di interesse si potrebbe individuare un responsabile del procedimento non nelle condizioni di assicurare terzietà e indipendenza avvantaggiando così un certo operatore economico	M	no	Nomina del RUP con relativa sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	B
		A causa di potenziale conflitto di interesse si potrebbe individuare un responsabile del procedimento non nelle condizioni di assicurare terzietà e indipendenza avvantaggiando così un certo operatore economico	M	no	Nomina dei responsabili di fase e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	B
Progettazione	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche nonché effettuazione di indagini di mercato	A causa di interessi particolari si potrebbe fare un uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato/indagini di mercato attribuendo vantaggi competitivi in modo improprio	A	no	Pubblicazione dei contributi pervenuti dagli stakeholders e/o attestazione nella determina a contrarre dell'effettuazione della consultazione preliminare di mercato/indagine di mercato	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Residuo
	individuazione dell'istituto dell'affidamento	A causa di una mancanza di rigore nel rispetto delle regole di affidamento degli appalti, si potrebbe utilizzare una non corretta modalità di scelta del soggetto contraente	A	no	Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, in ordine alla procedura di scelta del contraente (qualora venga scelta una procedura che non prevede la messa in concorrenza di più operatori), nonché in ordine alla scelta dei criteri di affidamento ovvero alla tipologia contrattuale	B
	determinazione dell'importo del contratto	A causa della complessità dell'attività si potrebbe verificare un errore nella determinazione del valore stimato del contratto con conseguente elusione delle disposizioni normative sulle procedure da porre in essere	MB	no	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta, evidenza della determinazione del quadro economico e dove possibile confronto con lo storico	MB

## 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 qualitativo)	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		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 (qualitativamente e quantitativamente) (registrazione di entrata di merce per qtà differente rispetto a quanto richiesto)	MA	no	verifica corrispondenza tra ddt, ordine e prodotto effettivamente ricevuto	MB
		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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		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) 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	errata collocazione dei beni	MA	no	inventario a rotazione	MB
		deterioramento dei beni	M	no	inventario a rotazione - richiesta autorizzazione alla rettifica inventariale	B
		errato caricamento lotto-scadenza (vertimag - AS400, verificare Treviso)	M	no	inventario a rotazione / al momento dello scarico ai reparti	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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 Asole)		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
	Preparazione - gabbie - bancali - ceste con stampa della bolla di consegna secondo calendario di consegna		MA	no	verifica da parte delle uu.oo. Riceventi	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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		M	sì		M
	Consegna prodotti al reparto Accettazione prodotti con firma della bolla di consegna + accettazione informatica (solo CF)	smarrimento / sottrazione / furto della merce	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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 Veritmag 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
	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 qtà differenti (totale), il programma in automatico registra la differenza inventariale.	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il personale che registra le qtà 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	registrazione non completa / corretta delle differenze	MA	no	il personale che registra le qtà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	registrazione degli adeguamenti inventariali	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	a causa di errori materiali	MB	no	verifica della rispondenza tra i dati trasmessi e i	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	aggiornamento della reportistica per tenere traccia delle autorizzazioni ricevute - Obiettivo A3	nell'aggiornamento delle autorizzazioni può comportare un sovra-utilizzo di autorizzazioni o un mancato utilizzo			dati inseriti nella procedura	
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
	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
Attivazione procedure per copertura del posto a tempo determinato	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
	predisposizione dell'avviso (delibera e bando)	Errata compilazione/inserimento in procedura della proposta	MB	no	verifica della correttezza del bando rispetto a: - normativa nazionale	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		deliberativa/testo avviso a tempo determinato			- normativa regionale - esigenze aziendali	
	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
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
richiesta in crite delle autorizzazioni regionali degli incarichi	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	mancata trasmissione del fabbisogno	MB	sì		MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
professionali	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	mancato rispetto del limite di spesa	B	Sì		B
predisposizione 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
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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

##### 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	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
"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)	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
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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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	<p>vengono verificate:</p> <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 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.)	B
	blocco automatico dei cedolini	a casa della possibilità di apportare variazione, si possono modificare gli	MB	no	verifica della effettiva chiusura e salvataggio dei cedolini	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		importi precedentemente quadrati				
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	si	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 da accantonare con creazione / aggiornamento delle autorizzazioni	annualmente, verifica degli importi pagati / da pagare e comunicazione all'uoc contabilità e bilancio degli importi da accantonare a debito	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 presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	B
	quadratura a consuntivo del debito v/personale dipendente presente in Sigma rispetto al debito registrato in	il debito v/personale dipendente esposto a bilancio potrebbe essere	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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	contabilità	sovra/sottostimato			autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	
	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
	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
messa in pagamento degli stipendi per i due enti (472 dipendenti e 572 per gli esterni)	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	Sì		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	Sì		MB
	registrazione della cessazione e blocco del conto corrente	mancata chiusura con relativo indebito pagamento	M	Sì		M
Gestione eredi	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
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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
	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	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	cui viene effettuata la trattenuta: in questo modo sigma comunica a navision il fatto che va fatta la trattenuta al dipendente.					
	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 - pensionamenti - conferma dei fondi - previsione di spesa degli incarichi LP - previsione degli universitari - direzione strategica - comandi	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
	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 comando/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 produttività, vengono recuperati gli acconti ed è caricato l'importo completo	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

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	Una volta storicizzato il mese, vengono	errata rendicontazione	B	Sì		B

monitoraggio	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	(Conto Annuale - Cepa – ecc.)			
--------------	--	-------------------------------	--	--	--

### 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
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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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	M	sì		M
		mancato o errato riconoscimento del congedo parentale	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
	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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 avuto un progetto nel mese da pagare - dell'elenco degli utenti che hanno avuto proroghe, cessazioni programmate o cessazioni anticipate	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
	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	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.	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	nuova matricola solo per i nuovi utenti che hanno avviato un progetto di inserimento nel mese da pagare				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	
	inserimento di variazioni (IBAN accreditato borsa, altre variazioni anagrafiche)	modifica del conto di accreditato 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
	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	attivazione di una tessera a un dipendente che non ne ha diritto	B	sì		B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	servizio o dell'ufficio assunzioni (matricola, nome e cognome, sede di assegnazione, nr rientri previsti, luogo dove preferisce ritirare il ticket - dg - Pime - cf)					
	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
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	caricamento di biglietti non inerenti alla missione	M	no	verifica dell'arrivo degli originali dei biglietti e degli scontrini prima dell'approvazione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	pasto se la missione supera le 8 ore					
	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 doppiioni: verifica sulle timbrature e viene data comunicazione di eventuali sovrapposizioni	B

## P050 – GESTIONE ORARIO DI LAVORO

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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
	travasamento 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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
abilitazione in Angolo del dipendente	Creazione dell'iter del responsabile sul reparto nell'angolo del dipendente	mancato aggancio o errato inserimento del responsabile	M	no	L'operatore stampa le assegnazioni al reparto e che non ci siano reparti privi di responsabile. Controllo di tutti gli incarichi	M
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	errato / mancato inserimento del turno di pronta disponibilità	MB	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	pronta disponibilità del reparto					
	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")				
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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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 sospeso. 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 dai timbratori al sistema HR")				
	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	verifica che non persone titolari di incarico di funzione per un importo superiore ai 3.227,85€/anno che abbiano fatto richiesta di pagamento di straordinario o che persone in part time abbiano fatto richiesta di straordinario oltre i limiti contrattualmente previsti	B
			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	B
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		B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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	Si		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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
		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	Si		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 all'utente e a tutti i soggetti interessati	Mancata / errata/ non tempestiva comunicazione degli esiti della valutazione all'utente e a tutti i soggetti interessati	M	NO	Pieve: invio con raccomandata AR Treviso - Asolo da verificare	MB	
	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	si		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	Controllo restituzione impegnativa di	Impegnativa di residenzialità/semi residenzialità restituita errata dalla	B	NO	raccolta delle impegnative assegnate per cds, periodicamente viene fatta la verifica delle mancanti	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
servizio	residenzialità / semi residenzialità con data di ingresso dell'utente nella struttura	struttura esterna errata indicazione della data di entrata dell'utente presso la struttura					
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	
	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	Definizione dell'Accordo Contrattuale con l'Ente Gestore del Centro Diurno, della Comunità Alloggio o	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Centro Diurno, della Comunità Alloggio o della RSA / affidamento tramite gara	della RSA					
	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, 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	B
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione accordi contrattuali con strutture accreditate e deliberazioni annuali attività DSM con impegno di spesa	Definizione del contratto con l'ente gestore delle strutture accreditate	venir meno dei requisiti di accreditamento con possibile provvedimento di sospensione dello stesso	M	NO	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto	B
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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 vengono affidati a seguito procedura di gara da parte del</p>	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					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	- Comunicazione disponibilità a	Frequenza a corsi	MA	no	Analisi dei dati di prescrizione e/o acquisto	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
individuazione partecipante	sponsorizzare da parte della ditta - Invio richiesta di designazione del partecipante al resp. UO/dipartimento/struttura individuata - Individuazione partecipante da parte del resp. UO/direttore dipartimento/struttura	sponsorizzati in cambio di prescrizione farmaci o acquisto attrezzature			attrezzature del singolo sanitario che partecipa a corsi sponsorizzati	
		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 attesti 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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ATTIVITA' PRELIMINARE	(Ufficio Protocollo) acquisita /ricevuta la RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI/segnalazione la assegna all'UOC Affari generali					
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	MB	no	l'ufficio verifica la competenza dell'azienda e l'eventuale prescrizione della richiesta	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		maturata la prescrizione				
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
GESTIONE SINISTRO	ATTIVITA' dell'UUS (trattative)		B	si		B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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
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,	MB	no	presenza di uno scadenziario condiviso	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		con conseguente mancato tempestivo pagamento da parte dell'Azienda				
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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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'	(Ufficio Protocollo) acquisito	errata assegnazione del protocollo	B	si		B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
PRELIMINARE	/ricevuto l'ATTO GIUDIZIARIO regolarmente notificato, lo assegna all'UOC Affari generali					
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 documentazione depositata in causa	non produrre/fornire la documentazione e/o le informazioni al nostro legale tempestivamente (e comunque entro i termini previsti a pena di decadenza)	MA	no	tutte le comunicazioni inerenti la causa trasmesse dall'avvocato vengono protocollate ed assegnate al Responsabile dell'istruttoria che provvede a "monitorare" gli adempimenti	B
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	pagare a controparte quanto	non pagare tempestivamente e	MA	no	quando arriva la comunicazione da parte dell'avvocato del	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
CAUSA	dovuto in caso di soccombenza	spontaneamente quanto dovuto			(definitivo) esito sfavorevole della causa viene predisposta la delibera che autorizza il pagamento di quanto dovuto e si procede con i conseguenti adempimenti	

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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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
		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	M	no	Il CdG verifica che la richiesta di beni e servizi (specifiche tecniche o requisiti necessari) sia formulata dal Responsabile Progetto in	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		particolare fornitore			modo puntuale, senza identificare uno specifico fornitore, ad accezione 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	
	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
		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	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
i periodiche	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
	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	Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
risultati del progetto	risultati del progetto	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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 garantita la necessaria copertura assicurativa a fronte dei possibili 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. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B
		A causa di mancata/errata compilazione della documentazione, il Promotore/Principal Investigator potrebbe non evidenziare eventuali costi di prestazioni diagnostico/strumentali	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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		aggiuntive correlate allo studio, che, pertanto, potrebbero gravare sui costi del servizio sanitario nazionale (SSN)			Territoriale Area Nord Veneto, che procede ad una propria valutazione. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	
		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 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B
		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	1) La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dall'URC (nella fase istruttoria, prima di sottoporre lo studio al Comitato Etico) 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 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 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 extra-routinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi 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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
					possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	
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	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. Nel corso del 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	MB
		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. copertura assicurativa, copertura costi ...) 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 viene valutata dal Comitato Etico costituito da circa 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Nel corso del 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B
		A causa di interpretazioni diverse che si possono dare alla normativa gli studi potrebbero non essere classificati in modo 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. copertura	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 circa 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Nel corso del 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		assicurativa, copertura costi...) previsti dalla normativa e/o da procedure aziendali			gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	
		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 negativi per la loro salute	A	no	La sperimentazione viene analizzata dall'URC nella fase istruttoria e viene valutata dal Comitato Etico Territoriale costituito da circa 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Per la validazione è previsto un numero legale di componenti. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B
	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. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	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 (ove presente). 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). Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		A causa di pressioni allo sperimentatore da parte del partecipante allo studio, viene riconosciuto al paziente un rimborso di spese vive maggiore rispetto ai costi effettivamente sostenuti dallo stesso.	MB	no	L'URC verifica che le richieste di rimborso siano pertinenti con la sperimentazione e corrispondenti a quanto dichiarato nel protocollo di studio e nel contratto. Verifica inoltre la coerenza delle ricevute rispetto alle visite/prestazioni cui sono riferite. E' stato predisposto un modulo aziendale specifico per le richieste di rimborso. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B
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 della loro condizione 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 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	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 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	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 e sui fondi derivanti dalla ricerca clinica.	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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
					<p>periodo di riferimento o non risultano pagate le fatture alla scadenza, per verifica delle motivazioni.</p> <p>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.</p> <p>Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.</p>	
Conclusione del processo di sperimentazione e formulazione di dati		A causa di pressioni allo sperimentatore, 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	<p>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.</p> <p>Il monitor del Promotore/CRO (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio.</p> <p>Nei reparti con maggiore volume di attività di ricerca è prevista la presenza di data manager, che verifica l'esito della ricerca.</p> <p>Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.</p>	B
		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	<p>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.</p> <p>Il monitor del Promotore/CRO (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio.</p> <p>Per gli studi più strutturati lo sperimentatore convalida i dati inseriti nella CRF dal data manager.</p> <p>Nel corso del 2025 sono stati organizzati due incontri di formazione rivolti agli sperimentatori in tema privacy e biostatistica.</p> <p>Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.</p>	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
Rendicontazioni periodiche per la ripartizione delle quote derivanti dalla 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 UOC Gestione Risorse Umane, prima di liquidare il compenso, verifica che il dipendente abbia le ore aggiuntive a fronte dei compensi da erogare. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	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. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	Rendicontazione delle attività extra-routine 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> <p>Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.</p>	B
		A causa di pressioni da parte dello sperimentatore, l'URC rendiconta prestazioni diverse da quelle effettivamente sostenute per la sperimentazione o classifica 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</p>	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
					<p>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> <p>Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.</p>	
		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) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CET, dal Comitato Etico costituito da circa 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 extra-routinarie 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</p>	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
					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'UOC Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	
	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	Il Regolamento URC stabilisce specifiche quote di ripartizione. 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. 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. 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. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	B
		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	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. 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. La fattibilità viene verificata dall'URC e (se applicabile) successivamente dal CET ANV costituito da 20 componenti. 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.	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
					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. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	
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	Il Regolamento URC definisce i criteri di utilizzo dei fondi URC e no profit. La Responsabile URC preventivamente autorizza l'accesso al fondo no profit o al fondo URC e verifica la congruità e la pertinenza delle richieste. Il Referente amministrativo verifica e firma la richiesta all'UOC competente al fine di procedere al rimborso. L'UOC interessata effettua un controllo sull'appropriatezza delle richieste. Sono state pubblicate nel 2025 nel sito aziendale le procedure e schemi operativi dell'URC con relativa modulistica inerenti alla gestione degli aspetti riguardanti la ricerca.	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 – ATTIVITA' IN REGIME DI LP

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
	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/equipe - tariffario ricoveri - quote di ripartizione	M	no	In sede di ripartizione mensile viene verificata la corrispondenza tra incassi e i dati inseriti in gestionale (tariffario/quote di ripartizione) Specialistica	B
			M	no	In sede di ripartizione mensile viene verificata la corrispondenza tra incassi e i dati inseriti in gestionale (tariffario/quote di ripartizione). Ricoveri	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		Pressioni al soggetto che inserisce i dati nei gestionali al fine di effettuare inserimenti o variazioni di prestazioni non autorizzate			In sede di ripartizione mensile viene verificata la corrispondenza tra incassi e i dati inseriti in gestionale (tariffario/quote di ripartizione)	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 ricevuta di pagamento.	B
					L'operatore dell'ufficio L.P. verifica la ricevuta di pagamento inviata dal paziente con la fattura e la reverse SEF	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	L'operatore l.p. verifica le richieste di rimborso e le inoltra al Responsabile dell'Ufficio LP che 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
	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	MA	no	l'operatore verifica la quadratura tra l'importo del compenso ripartito tramite gestionale LP e l'importo del file dei compensi	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
			Stato			Stato
		derivanti dalla ripartizione degli incassi			inseriti nel gestionale SIGMA.	
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
attivazione/rinnovo dell'atto	verifica possesso requisiti dirigenti	autorizzare medici o	MB	no	l'operatore dell'ufficio LP verifica che la struttura	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
deliberativo e preparazione della convenzione (la richiesta parte del centro)	(esclusività r.l., tempo pieno, consulenza indicata nel bando)  verifica requisiti struttura sanitaria (no accreditata, autorizzazione comunale, composizione societaria) raccolta parere D.G.	strutture non in possesso dei requisiti previsti			sanitaria sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e che il medico sia autorizzato a svolgere attività in LP.	
ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la struttura e fatturazione	controllo del numero degli accessi (in rispetto alla normativa) controllo, effettuato dall'ufficio personale, di verifica che gli accessi siano stati effettuati al di fuori dell'orario istituzionale (no infortunio, malattia, ecc.)	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 automatica tramite programma navision			si		

**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	verifica possesso requisiti raccolta pareri del direttore U.O.C. interessata e del D.F.O. predisposizione atto deliberativo e convenzionale	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	la nota di liquidazione viene emessa dalla D.A. e	rimborsare a terzi	M	no	mitigare il rischio attraverso una check list	B

attività effettuate	inviata all'U.O.C. contabilità bilancio per il seguito di competenza	spese/contributi/rimborsi non realmente sostenuti			di controllo e da turn over del personale	
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						

#### P080 - ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA-SOGGETTO AGGREGATORE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	verifica dei fabbisogni	a causa di una non corretta individuazione dei fabbisogni si potrebbero effettuare gare con oggetti sovrapponibili a quelli delle centrali di committenza con l'elusione degli obblighi di adesione	MB	NO	Controllo dei contratti stipulati dalla Centrale di committenza/Soggetto Aggregatore	B
	formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ...) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale	a causa di un ritardo nei tempi di comunicazione dei fabbisogni si potrebbe verificare un mancato rispetto dei tempi di adesione alle proroghe	M	NO	definizione e monitoraggio di tempi e modalità standard per l'adesione/recepimento	B

#### P081 - AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
PROGRAMMAZIONE	analisi dei fabbisogni	A causa della volontà di privilegiare un certo operatore economico, si potrebbe definire un fabbisogno o delle specifiche rispondenti ad esigenze non veritiere	MA	no	Adeguate motivazione della richiesta e pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato	B
		A causa di un errore potrebbe esserci una non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa	M	no	Indicazione nel piano triennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza. Confronto con gli utilizzatori per analizzare i prodotti presenti nelle gare regionali/consip	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Redazione ed aggiornamento del programma triennale per l'acquisizione di beni, servizi e lavori	A causa del mancato inserimento delle procedure di gara nel piano o del mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano medesimo, si potrebbe verificare l'eccessivo ricorso a proroghe contrattuali	M	no	Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara da inserire nel piano e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali	MB
	Individuazione del responsabile del procedimento	A causa di potenziale conflitto di interesse si potrebbe individuare un responsabile del procedimento non nelle condizioni di assicurare terzietà e indipendenza avvantaggiando così un certo operatore economico	M		Nomina del RUP con relativa sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	B
		A causa di potenziale conflitto di interesse si potrebbe individuare un responsabile del procedimento non nelle condizioni di assicurare terzietà e indipendenza avvantaggiando così un certo operatore economico	M		Nomina dei responsabili di fase e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	B
PROGETTAZIONE	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche nonché effettuazione di indagini di mercato	A causa di interessi particolari si potrebbe fare un uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato/indagini di mercato attribuendo vantaggi competitivi in modo improprio	M	no	Pubblicazione dei contributi pervenuti dagli stakeholders e/o attestazione nella determina a contrarre dell'effettuazione della consultazione preliminare di mercato/indagine di mercato	B
	individuazione dell'istituto dell'affidamento	A causa di una mancanza di rigore nel rispetto delle regole di affidamento degli appalti, si potrebbe utilizzare una non corretta modalità di scelta del soggetto contraente	MA	no	Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, in ordine alla procedura di scelta del contraente (qualora venga scelta una procedura che non prevede la messa in concorrenza di più operatori), nonché in ordine alla scelta dei criteri di affidamento ovvero alla tipologia contrattuale	B
	Individuazione degli elementi essenziali del contratto	A causa di interessi particolari si potrebbe verificare un 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	consultazioni preliminari di mercato e, ove possibile, affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Determinazione dell'importo del contratto	A causa della complessità dell'attività si potrebbe verificare un errore nella determinazione del valore stimato del contratto con conseguente elusione delle disposizioni normative sulle procedure da porre in essere	MB	no	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta, evidenza della determinazione del quadro economico e dove possibile confronto con lo storico	B
		A causa della complessità dell'attività si potrebbe verificare un errore nell'individuazione/quantificazione delle singole voci di costo con la conseguenza di favorire determinati operatori economici	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	A causa di scarsa conoscenza della normativa si potrebbero definire dei requisiti tecnico - economici di accesso alla gara che di fatto favoriscono un'impresa piuttosto che un'altra	MB	no	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice. Corsi di formazione/aggiornamento professionale in materia di appalti pubblici	B
		A causa di interessi particolari/conflicto di interesse si potrebbero inserire nel capitolato tecnico, prescrizioni finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	consultazioni preliminari di mercato e, ove possibile, affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni	B
		A causa di interessi particolari/conflicto di interesse si potrebbero inserire nel capitolato tecnico, prescrizioni finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione del capitolato tecnico di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse sulla base di modulistica appositamente predisposta	B
	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	A causa della complessità dell'attività si potrebbe verificare una non corretta declinazione dei criteri di aggiudicazione della gara rispetto all'oggetto del contratto	M	no	Affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari	B
SELEZIONE DEL CONTRAENTE	fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	A causa di un mancato allineamento con la normativa di settore si potrebbe verificare un'illegittima concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	MB	no	La concessione della proroga deve essere valutata almeno dal RUP (oppure dal soggetto richiedente la fornitura/servizio, qualora diverso dal RUP). La motivazione della proroga deve rientrare nei presupposti indicati dalla normativa (artt. 25 e 92 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.) e deve essere inserita nel fascicolo di gara	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	nomina della commissione di gara	A causa di mancati controlli si potrebbero nominare commissari in conflitto di interesse o privi di requisiti	M	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 del casellario giudiziale in merito alla veridicità delle dichiarazioni presentate dai commissari.	B
	Valutazione delle offerte e la verifica di anomalia dell'offerta	A causa di una dimenticanza si potrebbero non richiedere i giustificativi in caso di offerte potenzialmente anomale	MA	no	Documentare l'istruttoria in ordine alla valutazione della congruità	B
Verifica aggiudicazione e stipula del contratto	la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	A causa della volontà di favorire un operatore economico privo dei requisiti si potrebbero alterare o omettere delle verifiche	MB	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.	B

## P082 - ATTIVITÀ DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
Programmi operativi di controllo	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.	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
					Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar 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/richieste 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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
------	----------	---------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione	Accettazio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione
Inserimento/modifica dati anagrafici	Inserimento e variazione posizione anagrafica del medico nel gestionale HR	Inserimento / variazione dati anagrafici / fiscali del medico	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 dall' operatore dell'area giuridica 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	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
			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	M	no	confronto con i colleghi dell'area giuridica; un soggetto diverso da chi ha effettuato gli inserimenti procede alla verifica	B
	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	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	M	no	verifica che per i MMG/PLS di nuovo inserimento, avvenuto nel mese precedente, vengano mantenute le corrette voci stipendiali della qualifica con particolare attenzione alle integrazioni economiche	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione	Accettazio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione
Liquidazione competenze	rilevazione delle variazioni sul numero di assistiti del MMG/PLS al 15 del mese di riferimento ("GIRO 15")		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	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
	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	MA	no	calcolo effettuato a partire da ACN e controllato da una collega della stessa area; confronto delle voci presenti nel cedolino elaborato manualmente con le voci presenti nei cedolini dei mesi precedenti	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	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)	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	MB	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	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	

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione	Accettazio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione
		prestazioni dal medico titolare per liquidarle al medico sostituto				
	liquidazione competenze arretrate ai medici	conteggio in HR delle competenze arretrate derivanti da rinnovi ACN e/o competenze non precedentemente liquidate	MB	no	in caso di rinnovi contrattuali vengono effettuati controlli a campione sui conteggi effettuati dalla Ditta fornitrice del software 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	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	MA	no	verifica della documentazione ricevuta dalle MGI (correttezza importi e delle ore fatturate)	B
	liquidazione anticipo / saldo PATTO MMG-PLS-MGI	valutazione degli aventi diritto e calcolo del dovuto	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	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	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	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	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
	liquidazione DISTACCHI SINDACALI	valutazione degli aventi diritto derivante dalla comunicazione inviata e controfirmata dal medico sostituto; inserimento manuale in HR del dovuto	MB	no	verifica presenza del medico in servizio e della capienza tetto-ore	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione	Accettazio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione
	liquidazione VISITE PAZIENTI STRANIERI	inserimento manuale in HR dei compensi per le visite ai pazienti stranieri ed autorizzate dall'ufficio estero	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, preventivamente verificati dall'Ufficio rapporti da e con l'Estero che ne autorizza il pagamento	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	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti; monitoraggio degli assistiti in carico al medico per eventuale sospensione dell'erogazione, come previsto da DGR n.1561/2024 e s.m.i.	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	M	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'inserimento procede che procede alla verifica sulla correttezza dei dati inseriti	B
Elaborazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	elaborazione provvisoria degli stipendi	in HR si procede all'elaborazione provvisoria dei cedolini	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 codice 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		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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione	Accettazio	Misura di contenimento del rischio	Valutazione
	Chiusura definitiva delle elaborazioni stipendiali	Elaborazione provvisoria dei cedolini, controllo incrociato delle attività e inserimenti svolti e successiva elaborazione definitiva	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 delle situazioni anomale rilevate in chiusura; estrazione casuale di n.4/5 voci stipendiali sulle quali viene verificata, con l'utilizzo di un file excel, la correttezza del valore, affinché sia conforme a quanto previsto da ACN e/o AIR	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	M	no	controllo da parte del SEF	B
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	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	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	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	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	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	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 retribuiti e non retribuiti)	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 - 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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	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
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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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

## P089 – ACQUISIZIONE, SVILUPPO E ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO

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 del fabbisogno immobiliare (Richieste da parte dei servizi aziendali, Piano investimenti, Bilancio Economico Preventivo, Piano straordinario di alienazione del patrimonio immobiliare disponibile)	Analisi del fabbisogno sulla base di valutazione interne dell'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	A causa di un'istruttoria insufficiente, si potrebbe definire un fabbisogno non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità	M	no	valutazioni tecniche sugli immobili a disposizione	B
	Acquisizione delle richieste di acquisizione beni immobili provenienti dai servizi aziendali ovvero dalla Direzione strategica ovvero da esterni	A causa della sopravvenienza inaspettata di pratiche più urgenti e di scarsità del personale necessario a svolgere le attività, le richieste potrebbero non essere evase tempestivamente	MB	no	richiesta parere scritto a servizio aziendale competente	B
	Valutazione e scelta delle soluzioni adottabili	A causa di attività affrettate e approssimate, si potrebbe adottare una soluzione non corrispondente a criteri di efficienza ed economicità	B	no	valutazioni tecniche sugli immobili a disposizione; applicazione della normativa sui contratti	B
<b>Fase: Progettazione</b> Scelta degli strumenti giuridici da adottare, scelta dei soggetti preposti a	Nomina del Responsabile del Procedimento e del Direttore dell'Esecuzione del Contratto	A causa di controlli non approfonditi, si potrebbe verificare la nomina di soggetti privi dei requisiti tecnici previsti dalla normativa ovvero in situazione di conflitto d'interessi	B	no	applicazione della normativa sul procedimento amministrativo; trasparenza interna	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
sovrintendere le operazioni, negoziazione delle condizioni economiche	Definizione dei requisiti degli immobili oggetto dell'operazione	A causa di controlli non approfonditi, si potrebbero sottostimare o sovrastimare i requisiti	MB	no	valutazioni tecniche	B
	Scelta della procedura da seguire (avviso, asta pubblica, negoziazione privata)	A causa di un'errata interpretazione della normativa, potrebbe essere scelta una procedura inappropriata	MB	no	applicazione della normativa civile e amministrativa	B
	Negoziazione delle obbligazioni con le controparti	Per effetto di valutazioni di opportunità nelle negoziazioni con controparte, potrebbe verificarsi una ripartizione delle obbligazioni non consona agli interessi dell'Azienda	M	no	applicazione della normativa civile e amministrativa	B
	Redazione, verifica e approvazione dello schema contrattuale, predisposizione avviso di ricerca di mercato o di asta pubblica	A causa di non approfondita conoscenza della normativa, potrebbe essere scelta una tipologia di contratto inappropriata	M	no	applicazione della normativa civile e amministrativa	B
<b>Fase: Esecuzione</b> Adozione del provvedimento approvativo, stipula del contratto, procedure d'asta, esecuzione del contratto ed adempimenti conseguenti	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	A causa di non approfondita conoscenza della normativa, si potrebbero utilizzare strumenti non conformi a quanto stabilito dalla normativa	M	no	applicazione della normativa civile e amministrativa	B
	Stipula del contratto	A causa della sopravvenienza inaspettata di pratiche più urgenti e di scarsità del personale necessario a svolgere le attività, potrebbe non essere rispettata la tempistica opportuna	B	no	applicazione della normativa civile e amministrativa	B
	Esecuzione del contratto	A causa di controlli non approfonditi, si potrebbe verificare mancato pagamento del dovuto (per i contratti passivi) o mancata riscossione del dovuto (per i contratti attivi)	M	no	applicazione della normativa civile e amministrativa	B

## P092 – PROJECT FINANCING GESTIONE SERVIZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	Individuazione Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC)	Nel caso di servizi complessi o territorialmente diffusi mancata nomina di un numero adeguato di assistenti al DEC con conseguente difficoltà nella verifica dell'esecuzione del servizio	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione degli atti di gara da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di controlli non approfonditi si potrebbe ricorrere a professionisti esterni anziché a professionalità presenti in Azienda	M	no		B
	Autorizzazione al subappalto	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe avere una mancata o carente verifica dei requisiti generali e speciali del subappaltatore	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica degli adempimenti a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di autorizzazione del subappalto da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero avere carenze istruttorie nelle verifiche propedeutiche all'autorizzazione al subappalto.	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di autorizzazione del subappalto da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, DL/DEC potrebbero non effettuare i controlli sulle imprese presenti in cantiere	MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Verifica dell'attività del DL / DEC a cura del RUP e del Dirigente;	B
	Verifiche in corso di esecuzione	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe avere una mancata o errata effettuazione di controlli previsti dal contratto stipulato e dai capitolati.	M	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbe non dare avvio ai market test nei termini di contratto per la verifica della congruità dei canoni dei servizi	M	no	Confronto dei prezzi applicati dal Concessionario con un benchmark definito.	B
	Ammissione delle varianti/modifiche (ai sensi dell'art. 189 del D.Lgs. 36/2023)	A causa di una normativa farraginoso e di difficile interpretazione si potrebbero approvare modifiche contrattuali non previste dalla normativa.	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Redazione di una relazione del RUP sulla circostanza della variante Approvazione delle modifiche da parte del RUP e/o dell'Amministrazione con apposito provvedimento Comunicazione ad ANAC della modifica e delle motivazioni della variante	B
A causa di normativa e/o convenzione farraginoso e di difficile interpretazione si potrebbe non eseguire la verifica del mantenimento dell'equilibrio del Piano Economico Finanziario		MB	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Redazione di una relazione del RUP sulla circostanza della variante; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Approvazione delle modifiche da parte del RUP e/o dell'Amministrazione con apposito provvedimento	B	
A causa di una dimenticanza si potrebbe verificare la mancata comunicazione e/o pubblicità della modifica approvata		MB	no	Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente	B	
	Gestione delle riserve formulate dal Concessionario	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero avere carenze istruttorie nella gestione delle riserve, accoglimento di riserve non riconoscibili o rigetto generico di riserve che hanno fondamento	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Parere dell'Avvocatura dell'Azienda Provvedimento di approvazione degli atti transattivi da parte dell'Amministrazione	B
	Gestione delle controversie Utilizzo di rimedi di risoluzione delle	Per evitare contestazioni e contenziosi con il Concessionario si potrebbero riconoscere somme non dovute	MA	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Parere dell'Avvocatura dell'Azienda Provvedimento di approvazione degli atti transattivi da parte dell'Amministrazione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	A causa di una normativa farraginosa e di difficile interpretazione si potrebbe non dare avvio all'accordo bonario al superamento dei limiti previsti dalla normativa (ai sensi degli art. 210-211 del D.lgs. 36/2023)	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Parere dell'Avvocatura dell'Azienda Provvedimento di approvazione degli atti transattivi da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di una normativa farraginosa e di difficile interpretazione si potrebbe ricorrere all'utilizzo di una Transazione al di fuori dei casi consentiti dalla legge (ai sensi dell'art. 212 del D.lgs 36/2023)	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Parere dell'Avvocatura dell'Azienda Provvedimento di approvazione degli atti transattivi da parte dell'Amministrazione	B
	Liquidazione dei corrispettivi dovuti agli appaltatori	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, in caso di mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010 potrebbe accadere che non vengano avviate le azioni necessarie alla regolarizzazione	MB	NO	Procedure di blocco pagamenti e liquidazione delle fatture in caso di mancato rispetto delle norme sulla trasparenza	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero verificare ritardi nei pagamenti che possono generare richieste di interessi	B	no	Verifiche tramite il sistema informatizzato delle fatture in scadenza	B
	Ultimazione esecuzione servizio	Per evitare contestazioni e contenziosi con l'Appaltatore si potrebbe verificare la mancata applicazione delle penali senza che ci siano i presupposti per la disapplicazione	MA	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Verifiche della regolarità in sede di verifica di esecuzione (collaudo CRE)	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
<b>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	Per il bisogno di rispettare tempistiche molto strette si potrebbe non effettuare tutti i passaggi necessari alla nomina del Collaudatore (verifiche personale interno ed esterno ecc.)	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di nomina dei collaudatori da parte dell'Amministrazione	B
		Per il bisogno di rispettare tempistiche molto strette si potrebbe non effettuare controlli approfonditi sui requisiti generali speciali e sulle cause di incompatibilità	M	NO	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di nomina dei collaudatori da parte dell'Amministrazione	B
	Monitoraggio Rinnovi tecnologici / forniture	A causa di controlli non approfonditi si potrebbe verificare l'eventualità che il gestore del servizio addebiti al Concedente un importo superiore rispetto a quanto pagato al fornitore	MB	no	Applicazione della convenzione; Verifica delle procedure a cura del RUP e del DEC	B
	Redazione conguagli	A causa della complessità dell'attività in sede di conguaglio annuale si potrebbero accordare importi non dovuti (ad esempio per errata interpretazione della convenzione o per errori in contabilità)	MB	no	Applicazione della convenzione; Verifica delle procedure a cura del RUP e del DEC	B
	Rilascio del Certificato di verifica di conformità o del Certificato di regolare esecuzione	A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato, insufficiente a svolgere le attività, si potrebbero verificare ritardi nell'emissione del Collaudo o del CRE	MA	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di nomina dei collaudatori da parte dell'Amministrazione	B
		A causa di un eccessivo carico di lavoro sul personale assegnato ai controlli si potrebbero non rilevare eventuali inesattezze nell'attività di collaudo / verifica svolta dal collaudatore	M	no	Applicazione della normativa sugli appalti pubblici; Trasparenza interna; Verifica delle procedure a cura del RUP e del Dirigente; Provvedimento di approvazione del collaudo da parte dell'Amministrazione e/o del CRE da parte del RUP	B

## P096 – GESTIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVE ALLE STRUTTURE INTERMEDIE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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	A causa di un errore/dimenticanza può verificarsi un mancato invio delle richieste di autodichiarazione viene omesso/ritardata la programmazione dei sopralluoghi secondo criteri	B	no	Controllo a campione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
	attività di controllo	omogenei				
	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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
------	----------	---------	---------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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 caso di non conformità	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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla ricezione di una segnalazione, programmazione di un sopralluogo e registrazione dei documenti, alla eventuale comunicazione ad altre autorità competenti	Ricezione della segnalazione/esposto/ricieste 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
	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	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	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 idoneità. Inserimento in graduatoria se idoneo	A causa di una documentazione incompleta o una mancanza dei requisiti si potrebbe ricevere una domanda non idonea che potrebbe portare a un riconoscimento non dovuto del contributo	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
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	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	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	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
normativa regionale prevista per ciascuna linea di ICD		contributo liquidando in modo improprio			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	

## P104 – ESECUZIONE E MONITORAGGIO CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
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 specificatamente richiesto nel contratto. La stazione appaltante effettua le liquidazioni a favore dei soggetti esecutori	Ammissione di varianti e approvazione di modifiche del contratto originario	A causa di possibili errori nella definizione dei fabbisogni si potrebbe ricorrere a varianti non previste	A	no	Verifica della corrispondenza tra fabbisogni stimati da contratto e fabbisogni emersi in corso di esecuzione	B
		A causa dell'approvazione non formalizzata si rischiano modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo, quantità, o mantenimento di requisiti specifici previsti dalla normativa) con relative conseguenze di natura amministrativa e/o economica	M	no	report di monitoraggio dell'esecuzione o eventuale Collaudo tecnico da parte del prescrittore	B
	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	A causa di uno scarso o inadeguato controllo si rischiano inadempimenti degli obblighi in materia di sicurezza, con risarcimento di eventuali danni, e si rischia di favorire il fornitore per erogazione di prestazioni non	M	no	accertamenti, controlli e verifiche a campione delle disposizioni in materia di sicurezza (es: verifica della presenza di certificazioni, o verifica del D.U.V.R.I. se presente, ecc.)	MB

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		conformi				
	verifiche in corso di esecuzione	A causa del mancato monitoraggio del contratto (mancata o ritardata erogazione della prestazione o per quantità/caratteristiche non rispondenti delle prestazioni) si rischia di favorire il fornitore con conseguente danno erariale	MA	no	attestazione del DEC/assistente al DEC e/o report di monitoraggio dell'esecuzione  Futuro: implementazione di un sistema di monitoraggio più strutturato	M
	gestione delle controversie	A causa della mancata contestazione da parte del DEC non viene comunicato l'inadempimento contrattuale e di conseguenza non vengono applicate eventuali penali	M	sì		M
		A causa della mancata comunicazione da parte del RUP non vengono erogate le penali proposte dal DEC	M	no	Verifica presenza di istruttoria per la chiusura della pratica di quanto comunicato dal DEC	B
	Liquidazione fatture in corso di esecuzione	A causa di non corretta gestione di codifica anagrafica in relazione alla dichiarazione del conto corrente dedicato, si effettuano pagamenti non conformi rispetto alla normativa	M	no	Verifica delle richieste di tracciabilità e delle schede anagrafica fornitore	B
		A causa del mancato controllo delle pattuizioni contrattuali si effettuano liquidazioni con valore economico non conforme alle previsioni contrattuali	M	no	Verifica da parte del DEC della correttezza dei contenuti della fattura	B
		A causa di diverse attività in capo a medesimo soggetto si potrebbe verificare una tardiva attestazione di regolarità dell'esecuzione da	M	no	Monitoraggio fatture in scadenza/scadute e presenza attestazione di regolarità dell'esecuzione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
		parte del DEC, con conseguente ritardo nella liquidazione della fattura				
		A causa di una non corretta preventiva richiesta del DURC la fattura va in scadenza	M	no	Monitoraggio fatture in scadenza/scadute, monitoraggio DURC	B
Rendicontazione del contratto l'Amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta (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	A causa della mancata registrazione della chiusura del contratto negli applicativi aziendali, si potrebbero continuare ad utilizzare le somme residue disponibili e/o non svincolare le cauzioni	M	no	richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione  Futuro: strutturazione di un vincolo informatico sull'utilizzo delle autorizzazioni e CIG	MB
	pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	A causa di scarsa attenzione agli obblighi di pubblicità per la trasparenza, si potrebbe pubblicare in modo tardivo e/o incompleto rischiando di incorrere in eventuali segnalazioni e sanzioni	MB	no	Incontri di formazione specifica per il personale Stesura manuale di pubblicazione Monitoraggio dei tempi di pubblicazione e dei dati pubblicati	B

**P105 – ESECUZIONE E MONITORAGGIO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE SERVIZI**

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Esecuzione del Contratto momento in cui	Ammissione di varianti e approvazione di	A causa di possibili errori nella definizione dei fabbisogni si potrebbe ricorrere a varianti non previste	M	no	Verifica della corrispondenza tra fabbisogni stimati da contratto e fabbisogni emersi in corso di esecuzione	B

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa	
l'esecutore (il fornitore aggiudicatario) pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto. La stazione appaltante effettua le liquidazioni a favore dei soggetti esecutori	modifiche del contratto originario	A causa dell'approvazione non formalizzata si rischiano modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo, quantità, o mantenimento di requisiti specifici previsti dalla normativa) con relative conseguenze di natura amministrativa e/o economica	M	no	report di monitoraggio dell'esecuzione o eventuale Collaudo tecnico da parte del prescrittore	B	
	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza per interferenza	A causa di uno scarso o inadeguato controllo si rischiano inadempimenti degli obblighi in materia di sicurezza, con risarcimento di eventuali danni, e si rischia di favorire il fornitore per erogazione di prestazioni non conformi	M	no	accertamenti, controlli e verifiche a campione delle disposizioni in materia di sicurezza per interferenza (es: verifica della presenza di certificazioni, o verifica del D.U.V.R.I. se presente, ecc.)	MB	
	verifiche in corso di esecuzione	A causa del mancato monitoraggio del contratto (mancata o ritardata erogazione della prestazione o per quantità/caratteristiche non rispondenti delle prestazioni) si rischia di favorire il fornitore con conseguente danno erariale	MA	no	attestazione del DEC/assistente al DEC e/o report di monitoraggio dell'esecuzione  Futuro: implementazione di un sistema di monitoraggio più strutturato	M	
	gestione delle controversie		A causa della mancata contestazione da parte del DEC non viene comunicato l'inadempimento contrattuale e di conseguenza non vengono applicate eventuali penali	M	sì		M
			A causa della mancata comunicazione da parte del RUP non vengono erogate le penali proposte dal DEC	M	no	Verifica presenza di istruttoria per la chiusura della pratica di quanto comunicato dal DEC	MB
	liquidazione fatture in corso di esecuzione	A causa di non corretta gestione di codifica anagrafica in relazione alla dichiarazione del conto corrente dedicato, si effettuano pagamenti non conformi rispetto alla normativa	M	no	Verifica delle richieste di tracciabilità e delle schede anagrafica fornitore	B	



Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa
		A causa del mancato controllo delle pattuizioni contrattuali si effettuano liquidazioni con valore economico non conforme alle previsioni contrattuali	M	no	Verifica da parte del DEC della correttezza dei contenuti della fattura	B
		A causa di diverse attività in capo a medesimo soggetto si potrebbe verificare una tardiva attestazione di regolarità dell'esecuzione da parte del DEC, con conseguente ritardo nella liquidazione della fattura	M	no	Monitoraggio fatture in scadenza/scadute e presenza attestazione di regolarità dell'esecuzione	B
		A causa di una non corretta preventiva richiesta del DURC la fattura va in scadenza	M	no	Monitoraggio fatture in scadenza/scadute, monitoraggio DURC	B
	verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione	A causa della mancata registrazione della chiusura del contratto negli applicativi aziendali, si potrebbero continuare ad utilizzare le somme residue disponibili e/o non svincolare le cauzioni	M	no	richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione  Futuro: strutturazione di un vincolo informatico sull'utilizzo delle autorizzazioni e CIG	MB
	pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	A causa di scarsa attenzione agli obblighi di pubblicità per la trasparenza, si potrebbe pubblicare in modo tardivo e/o incompleto rischiando di incorrere in eventuali segnalazioni e sanzioni	MB	no	Incontri di formazione specifica per il personale Stesura manuale di pubblicazione Monitoraggio dei tempi di pubblicazione e dei dati pubblicati	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
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; 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
	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	<i>Owner</i> dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	<i>Report</i> 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 e della validazione	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 "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	UOC Affari Generali	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	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	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 e della validazione	Aggiornamento
	Burocrazia zero	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. 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	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	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	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	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 e della validazione	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 (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	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	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 (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 (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 (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	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	UOC Affari generali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Affari generali	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 (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		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		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 (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 e della validazione	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 (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)
				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)
				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)
				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 e della validazione	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: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		UOC Affari generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. c) 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		UOC Affari generali (obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, 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	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		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		UOC Affari generali	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		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 (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) e c. 1-bis, 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 (obbligo sospeso)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		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 (obbligo sospeso)	Annuale	
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico		UOC Affari generali	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		UOC Affari generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica		UOC Affari generali	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 e della validazione	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		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. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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. 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 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. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, 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 Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		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. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		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. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		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. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)	
		art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		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. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		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. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale		
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da	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. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. d), 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. 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 Gestione risorse umane	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 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 e della validazione	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 e della validazione	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)
Bandi di concorso		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 nonche' 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)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	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
	Piano della Performance	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)
	Relazione sulla Performance		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)
	Ammontare complessivo dei premi	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)
	Dati relativi ai premi	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)	
Benessere organizzativo	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 e della validazione	Aggiornamento
	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	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	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari generali	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	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	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari generali	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	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	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	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	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 e della validazione	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	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	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	UOC Affari generali	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	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	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	UOC Affari generali	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	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	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	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	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	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	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 e della validazione	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	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	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari generali	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	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	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		UOC Affari generali	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	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	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	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	
				<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		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)
		Art. 35, c. 1, lett. b), 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 e della validazione	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	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 e della validazione	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 e della validazione	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 e della validazione	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 e della validazione	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 procedure	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 e della validazione	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)
Sovvenzioni contributi	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri 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)
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto:  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)

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 e della validazione	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 e della validazione	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	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.
				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 e della validazione	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	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	Ufficio legale	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Ufficio legale	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Ufficio legale	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 e della validazione	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 igrotopi, 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 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 e della validazione	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	Servizi amministrativi territoriali	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Servizi amministrativi territoriali	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 e della validazione	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	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	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	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.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	UOC 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	UOC 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	UOC 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 e della validazione	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 - PTFP 25/27 - Aggiornamento anno 2025

Azienda		502 - Marca Trevigiana																														
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers. a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie														
						CCNL: L. 213/2023; D.L. 202/2024	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>												1) Limite 200% del costo sostenuto nel 2008 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2008 per altri Profili													
						Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario														Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>												
FTE ANNUI				503.575.029,40		Dirigenza		19.902.520,95 €		Altro Personale																						
						€ 5.187.774,23				446.116,00																						
						€ 1.273.420,39																										
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.248,4	246,2	€ 137.863.914,91	€ -	€ 5.187.774,23	€ 473.207,00	€ 771.238,00	€ 17.414.705,83	€ 3.780.583,00	€ 2.132.502,37	€ 6.154.325,00	€ -	€ 112.850,00	€ 6.025.935,37	€ 23.670,00	€ -	€ 9.000,00													
	Dirigenza veterinaria	S	64,1	2,6	€ 6.394.267,87	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 553.412,11	€ -	€ -	€ -	€ 553.412,11	€ -	€ -	€ 151.346,70													
	Dirigenza sanitaria	S	193,0	84,2	€ 16.571.513,37	€ -	€ -	€ -	€ 41.545,00	€ 2.487.815,12	€ 105.101,00	€ 399.667,36	€ 73.631,00	€ -	€ -	€ 504.768,36	€ 406.097,50	€ 44.694,50	€ 827.550,60													
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -													
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	28,5	0,6	€ 2.951.802,97	€ 149.397,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 193.817,45	€ -	€ -	€ -	€ 193.817,45	€ -	€ -	€ 15.398,90													
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.534,0</b>	<b>333,6</b>	<b>€ 163.781.499,12</b>	<b>€ 149.397,66</b>	<b>€ 5.187.774,23</b>	<b>€ 473.207,00</b>	<b>€ 812.783,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.885.684,00</b>	<b>€ 3.279.399,29</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 112.850,00</b>	<b>€ 7.277.833,28</b>	<b>€ 429.767,50</b>	<b>€ 44.694,50</b>	<b>€ 1.003.296,20</b>												
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.739,7	0,0	€ 177.875.521,15	€ 74.313,63	€ 1.273.420,39	€ 202.803,00	€ -	€ -	€ -	€ 2.585.324,00	€ -	€ -	€ 2.585.324,00	€ -	€ -	€ -														
	Personale tecnico sanitario	S	450,4	2,4	€ 20.741.356,13	€ -	€ -	€ -	€ 9.891,00	€ -	€ -	€ 376.760,00	€ -	€ -	€ 376.760,00	€ 5.879,90	€ -	€ -														
	Personale della riabilitazione	S	410,0	2,0	€ 14.858.006,87	€ 1.838.264,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 479.297,00	€ -	€ -	€ 479.297,00	€ 29.808,10	€ -	€ 36.144,00														
	Personale della prevenzione	S	187,9	0,0	€ 8.098.331,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 62.036,00	€ -	€ -	€ 62.036,00	€ -	€ -	€ -														
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -														
	OSS	SS	1.777,0	0,0	€ 63.910.475,70	€ 1.242.085,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 371.733,00	€ -	€ -	€ 371.733,00	€ -	€ -	€ -														
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	342,3	23,7	€ 11.467.933,14	€ 2.009.112,31	€ -	€ -	€ 5.427,00	€ -	€ 45.398,50	€ 614.156,00	€ -	€ -	€ 659.554,50	€ 309.103,20	€ 16.600,00	€ 114.092,20														
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	758,3	1,0	€ 27.190.185,68	€ 583.526,64	€ -	€ -	€ 5.546,00	€ -	€ -	€ 1.655.059,00	€ -	€ -	€ 1.655.059,00	€ -	€ -	€ -														
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>7.665,6</b>	<b>29,1</b>	<b>€ 324.141.809,99</b>	<b>€ 5.747.301,90</b>	<b>€ 1.273.420,39</b>	<b>€ 202.803,00</b>	<b>€ 20.864,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 45.398,50</b>	<b>€ 6.144.365,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 6.189.763,50</b>	<b>€ 344.791,20</b>	<b>€ 16.600,00</b>	<b>€ 150.236,20</b>														
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.199,6</b>	<b>362,7</b>	<b>€ 487.923.309,11</b>	<b>€ 5.896.699,56</b>	<b>€ 6.461.194,62</b>	<b>€ 676.010,00</b>	<b>€ 833.647,00</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.931.082,50</b>	<b>€ 9.423.764,29</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 112.850,00</b>	<b>€ 13.467.696,79</b>	<b>€ 774.558,70</b>	<b>€ 61.294,50</b>	<b>€ 1.153.532,40</b>													

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in 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 - 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)

4 - Devono intendersi solo 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.

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 2 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2026

Azienda		502 - Marca Trevigiana		Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers. a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>			CCNL; L. 213/2023;	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>												
		FTE ANNUI		€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
		A	B																C
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.268,4	259,3	€ 139.233.016,95	€ -	€ 4.579.057,00	€ 473.207,00	€ 826.326,43	€ 17.414.705,83	€ 4.405.698,04	€ 2.132.502,37	€ 6.154.325,00	€ -	€ 121.350,00	€ 6.659.550,41	€ 23.670,00	€ -	€ 9.000,00
	Dirigenza veterinaria	S	64,1	2,6	€ 6.396.221,77	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 553.412,11	€ -	€ -	€ -	€ 553.412,11	€ -	€ -	€ 151.340,00
	Dirigenza sanitaria	S	193,0	84,7	€ 16.576.306,89	€ -	€ -	€ -	€ 41.545,00	€ 2.487.815,12	€ 122.479,33	€ 399.667,36	€ 73.631,00	€ -	€ -	€ 522.146,69	€ 406.097,50	€ 5.000,00	€ 867.240,00
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	28,5	0,6	€ 2.952.687,62	€ 149.397,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 193.817,45	€ -	€ -	€ -	€ 193.817,45	€ -	€ -	€ 15.390,00
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.554,0</b>	<b>347,2</b>	<b>€ 165.158.233,23</b>	<b>€ 149.397,66</b>	<b>€ 4.579.057,00</b>	<b>€ 473.207,00</b>	<b>€ 867.871,43</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 4.528.177,37</b>	<b>€ 3.279.399,29</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 121.350,00</b>	<b>€ 7.928.926,66</b>	<b>€ 429.767,50</b>	<b>€ 5.000,00</b>	<b>€ 1.042.990,00</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.804,7	0,0	€ 180.376.772,23	€ 74.313,63	€ 1.023.564,00	€ 202.803,00	€ -	€ -	€ 2.585.324,00	€ -	€ -	€ -	€ 2.585.324,00	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	460,4	2,4	€ 21.113.295,19	€ -	€ -	€ 9.891,00	€ -	€ -	€ 376.760,00	€ -	€ -	€ -	€ 376.760,00	€ 5.879,90	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	420,0	2,0	€ 15.228.320,19	€ 1.838.264,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 479.297,00	€ -	€ -	€ -	€ 479.297,00	€ 29.808,10	€ -	€ 36.140,00	
	Personale della prevenzione	S	191,9	0,0	€ 8.247.026,26	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 62.036,00	€ -	€ -	€ -	€ 62.036,00	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS	SS	1.820,0	0,0	€ 65.248.653,82	€ 1.242.085,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 371.733,00	€ -	€ -	€ -	€ 371.733,00	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	348,3	24,1	€ 11.681.330,98	€ 2.009.112,31	€ -	€ -	€ 5.427,00	€ -	€ 52.905,08	€ 614.156,00	€ -	€ -	€ 667.061,08	€ 309.103,20	€ 16.000,00	€ 114.690,00	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	773,3	1,0	€ 27.714.297,84	€ 583.526,64	€ -	€ -	€ 5.546,00	€ -	€ 1.655.059,00	€ -	€ -	€ -	€ 1.655.059,00	€ -	€ -	€ -	
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.818,6</b>	<b>29,5</b>	<b>€ 328.609.696,51</b>	<b>€ 5.747.301,90</b>	<b>€ 1.023.564,00</b>	<b>€ 202.803,00</b>	<b>€ 20.864,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 52.905,08</b>	<b>€ 6.144.365,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 6.197.270,08</b>	<b>€ 344.791,20</b>	<b>€ 16.000,00</b>	<b>€ 150.836,00</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.372,6</b>	<b>376,7</b>	<b>€ 494.767.929,74</b>	<b>€ 5.896.699,56</b>	<b>€ 5.602.621,00</b>	<b>€ 676.010,00</b>	<b>€ 888.735,43</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 4.581.082,45</b>	<b>€ 9.423.764,29</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 121.350,00</b>	<b>€ 14.126.196,74</b>	<b>€ 774.558,70</b>	<b>€ 21.000,00</b>	<b>€ 1.193.826,00</b>	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in 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 - 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)

4 - Devono intendersi solo 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.

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 3 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2027

Azienda 502 - Marca Trevigiana				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers.a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie			
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>			CCNL	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>												Dirigenza	Comparto	1) Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario
				Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario																	
																7.203.008,50					
																Altro Personale					
																446.116,00					
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=L+N+O	Q	R	S			
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.268,4	168,7	€ 139.763.011,76	€ -	€ 4.579.057,00	€ 473.207,00	€ 826.326,43	€ 17.414.705,83	€ -	€ 1.602.507,56	€ 6.154.325,00	€ -	€ 121.350,00	€ 1.723.857,56	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza veterinaria	S	64,1	0,0	€ 6.533.762,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 415.871,56	€ -	€ -	€ -	€ 415.871,56	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza sanitaria	S	193,0	31,5	€ 16.675.636,97	€ -	€ -	€ -	€ 41.545,00	€ 2.487.815,12	€ -	€ 300.337,28	€ 73.631,00	€ -	€ -	€ 300.337,28	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	28,5	0,0	€ 3.000.857,43	€ 149.397,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 145.647,64	€ -	€ -	€ -	€ 145.647,64	€ -	€ -	€ -		
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.564,0</b>	<b>200,2</b>	<b>€ 165.973.268,48</b>	<b>€ 149.397,66</b>	<b>€ 4.579.057,00</b>	<b>€ 473.207,00</b>	<b>€ 867.871,43</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.464.364,04</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 121.350,00</b>	<b>€ 2.585.714,04</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>		
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.804,7	0,0	€ 181.019.307,65	€ 74.313,63	€ 1.023.564,00	€ 202.803,00	€ -	€ -	€ -	€ 1.942.788,58	€ -	€ -	€ -	€ 1.942.788,58	€ -	€ -	€ -		
	Personale tecnico sanitario	S	460,4	2,0	€ 21.206.932,06	€ -	€ -	€ -	€ 9.891,00	€ -	€ -	€ 283.123,13	€ -	€ -	€ -	€ 283.123,13	€ -	€ -	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	420,0	0,0	€ 15.347.440,77	€ 1.838.264,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 360.176,42	€ -	€ -	€ -	€ 360.176,42	€ -	€ -	€ -		
	Personale della prevenzione	S	191,9	0,0	€ 8.262.444,18	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 46.618,08	€ -	€ -	€ -	€ 46.618,08	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	OSS	SS	1.820,0	0,0	€ 65.341.041,32	€ 1.242.085,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 279.345,50	€ -	€ -	€ -	€ 279.345,50	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	348,3	1,0	€ 11.833.968,32	€ 2.009.112,31	€ -	€ -	€ 5.427,00	€ -	€ -	€ 461.518,66	€ -	€ -	€ -	€ 461.518,66	€ -	€ -	€ -		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	773,3	1,0	€ 28.125.632,75	€ 583.526,64	€ -	€ -	€ 5.546,00	€ -	€ -	€ 1.243.724,09	€ -	€ -	€ -	€ 1.243.724,09	€ -	€ -	€ -		
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.818,6</b>	<b>4,0</b>	<b>€ 331.136.767,05</b>	<b>€ 5.747.301,90</b>	<b>€ 1.023.564,00</b>	<b>€ 202.803,00</b>	<b>€ 20.864,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.617.294,46</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.617.294,46</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>			
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.372,6</b>	<b>204,2</b>	<b>€ 497.110.035,53</b>	<b>€ 5.896.699,56</b>	<b>€ 5.602.621,00</b>	<b>€ 676.010,00</b>	<b>€ 888.735,43</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 7.081.658,50</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 121.350,00</b>	<b>€ 7.203.008,50</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>			

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in 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 - 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)

4 - Devono intendersi solo 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.

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 4 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2028

Azienda		502 - Marca Trevigiana		Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers.a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>			CCNL:	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>												
		FTE ANNUI		€ 510.424.033,37	€	Dirigenza		€ 19.902.520,95	Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario							€ 7.203.008,50			
		A	B			€	€		Altro Personale										
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.268,4	168,7	€ 139.763.011,76	€ -	€ 4.579.057,00	€ 473.207,00	€ 826.326,43	€ 17.414.705,83	€ -	€ 1.602.507,56	€ 6.154.325,00	€ -	€ 121.350,00	€ 1.723.857,56	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	64,1	0,0	€ 6.533.762,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 415.871,56	€ -	€ -	€ -	€ 415.871,56	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	193,0	31,5	€ 16.675.636,97	€ -	€ -	€ -	€ 41.545,00	€ 2.487.815,12	€ -	€ 300.337,28	€ 73.631,00	€ -	€ -	€ 300.337,28	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	28,5	0,0	€ 3.000.857,43	€ 149.397,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 145.647,64	€ -	€ -	€ -	€ 145.647,64	€ -	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.554,0</b>	<b>200,2</b>	<b>€ 165.973.268,48</b>	<b>€ 149.397,66</b>	<b>€ 4.579.057,00</b>	<b>€ 473.207,00</b>	<b>€ 867.871,43</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.464.364,04</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 121.350,00</b>	<b>€ 2.585.714,04</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.804,7	0,0	€ 181.019.307,65	€ 74.313,63	€ 1.023.564,00	€ 202.803,00	€ -	€ -	€ 1.942.788,58	€ -	€ -	€ -	€ 1.942.788,58	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	460,4	2,0	€ 21.206.932,06	€ -	€ -	€ -	€ 9.891,00	€ -	€ 283.123,13	€ -	€ -	€ -	€ 283.123,13	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	420,0	0,0	€ 15.347.440,77	€ 1.838.264,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 360.176,42	€ -	€ -	€ -	€ 360.176,42	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	191,9	0,0	€ 8.262.444,18	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 46.618,08	€ -	€ -	€ -	€ 46.618,08	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS	SS	1.820,0	0,0	€ 65.341.041,32	€ 1.242.085,32	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 279.345,50	€ -	€ -	€ -	€ 279.345,50	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	348,3	1,0	€ 11.833.968,32	€ 2.009.112,31	€ -	€ -	€ 5.427,00	€ -	€ 461.518,66	€ -	€ -	€ -	€ 461.518,66	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	773,3	1,0	€ 28.125.632,75	€ 583.526,64	€ -	€ -	€ 5.546,00	€ -	€ 1.243.724,09	€ -	€ -	€ -	€ 1.243.724,09	€ -	€ -	€ -	
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.818,6</b>	<b>4,0</b>	<b>€ 331.136.767,05</b>	<b>€ 5.747.301,90</b>	<b>€ 1.023.564,00</b>	<b>€ 202.803,00</b>	<b>€ 20.864,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.617.294,46</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.617.294,46</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.372,6</b>	<b>204,2</b>	<b>€ 497.110.035,53</b>	<b>€ 5.896.699,56</b>	<b>€ 5.602.621,00</b>	<b>€ 676.010,00</b>	<b>€ 888.735,43</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 7.081.658,50</b>	<b>€ 6.227.956,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 121.350,00</b>	<b>€ 7.203.008,50</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in 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 - 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)

4 - Devono intendersi solo 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.

DIRETTORE GENERALE

Tabella B - Scheda 1 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda -							
	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali <sup>1</sup> (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. <sup>2</sup>	Personale da processi di reinternalizzazione <sup>3</sup>
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.451	0	0	14	0
	Dirigenza veterinaria	S	66	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	194	0	0	1	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	44	1	0	0	0
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.755</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	4.023	1	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	505	0	0	2	0
	Personale della riabilitazione	S	380	52	3	0	0
	Personale della prevenzione	S	200	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	1.711	39	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	483	48	13	1	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	926	15	12	1	0
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>8.228</b>	<b>155</b>	<b>28</b>	<b>4</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>			<b>9.983</b>	<b>156</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>0</b>

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi

2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n.420008 del 01/10/2019

Il Direttore Generale

Tabella B - Scheda 2 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2026

Azienda -							
Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali <sup>1</sup> (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. <sup>2</sup>	Personale da processi di reinternalizzazione <sup>3</sup>	
		A	B	C	D	E	
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	1.451	0	0	15	0
	Dirigenza veterinaria	S	66	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	194	0	0	1	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	44	1	0	0	0
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.755</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>	Personale infermieristico/ostetrico	S	4.023	1	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	505	0	0	2	0
	Personale della riabilitazione	S	380	52	3	0	0
	Personale della prevenzione	S	200	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	1.711	39	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	483	48	13	1	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	926	15	12	1	0
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>8.228</b>	<b>155</b>	<b>28</b>	<b>4</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>			<b>9.983</b>	<b>156</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>0</b>

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi

2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n.420008 del 01/10/2019

Il Direttore Generale

# Tabella C - Scheda 1 - PTFP 2026/2028 - Anno 2026

Progetto n° 1

Personale interessato a processi di Rinternalizzazione (nastione diretta del servizio)

<b>Attività da internalizzare :</b> (indicare sinteticamente nella casella a destra l'oggetto dell'attività)	SERVIZIO DI LOGISTICA CENTRALIZZATA PER L'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA
---	---

Azienda <b>502 - Marca Trevigiana</b>	Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € <b>457.134,00</b>
---------------------------------------	---

			DIPENDENTI		
	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
			A	B	C
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS	SS	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	7,00	€ 210.161,00	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>7,00</b>	<b>€ 210.161,00</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>7,00</b>	<b>€ 210.161,00</b>	<b>€ -</b>

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

---

# Tabella C - Scheda 2 - PTFP 2026/2028 - Anno 2027

-

Personale interessato a processi di Rienternalizzazione (gestione diretta del servizio)

<b>Attività da internalizzare :</b> (indicare sinteticamente nella casella a destra l'oggetto dell'attività)	
---	--

Azienda -	Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € -
-----------	---

			DIPENDENTI		
	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
			A	B	C
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS	SS	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

---

# Tabella C - Scheda 3 - PTFP 2026/2028 - Anno 2028

-

Personale interessato a processi di Reintemalizzazione (gestione diretta del servizio)

Attività da internalizzare : (indicare sinteticamente nella casella a destra l'oggetto dell'attività)	
--	--

Azienda	-	Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati	€	-
---------	---	---	---	---

			DIPENDENTI		
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale	
		A	B	C	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS	SS	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

ELENCO SCHEDE DI BUDGET 2026

Codice	Schede dei Dipartimenti Strutturali	
A0203D	Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio	
HT102D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Generale	
HT103D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Interna	
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	
HA101D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale	
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	
TTDFT1	Direttore della Funzione Territoriale	
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
AF4281	Ufficio Legale in qualità anche di Ufficio Sinistri aziendale	
<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
	PV3121	IUV Igiene urbana veterinaria
<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	Chirurgia Generale 1 Treviso
	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	Ematologia Treviso
	H10191	Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione
	H10211	Geriatria Treviso
	H10261	1° Medicina generale Treviso
	H10262	2° Medicina generale Treviso
	H10291	Nefrologia Treviso
	H10641	Oncologia Treviso
	H19992	Reumatologia 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 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	Foniatra 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
	H11042	Neuroradiologia interventistica spinale Treviso
	H10693	Radiologia interventistica aziendale Treviso
	H10694	Radiologia a indirizzo senologico aziendale 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 Trasmfusionale 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
	H40371	Ostetricia e ginecologia Conegliano e Vittorio Veneto
	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
	H49993	Governance delle attività di ricovero in area omogenea chirurgia per intensità di cura Conegliano
	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
H40211		Geriatrics 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>	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
	H60371	Ostetricia e ginecologia Castelfranco
	H70601	Lungodegenza Montebelluna
	H70691	Radiologia Montebelluna
	H70371	Ostetricia e ginecologia Montebelluna
	H7DMP1	Direzione Medica ospedaliera Montebelluna e Castelfranco
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	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>	H61061	Accettazione e pronto soccorso Castelfranco
	H70391	Pediatria Montebelluna
	H70491	Anestesia e rianimazione Montebelluna
	H70681	Pneumologia Montebelluna
	H70961	Terapia del dolore Montebelluna
	H71061	Accettazione e pronto soccorso Montebelluna