



## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

28/04/2022, n. 811

Il Direttore generale di questa Azienda ULSS dott. Francesco Benazzi, nominato con D.P.G.R. n. 21 del 26 febbraio 2021, coadiuvato da:

Direttore amministrativo

Direttore sanitario

Direttore dei servizi socio-sanitari

- Dott.ssa Patrizia Mangione

- Dott. Stefano Formentini

- Dott. Roberto Rigoli

ha adottato la seguente deliberazione:

### **OGGETTO**

**ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2022-2024.**

**OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2022-2024.**

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”.

Il Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito denominato Piano o indicato con l’acronimo PIAO) è un documento unico di programmazione e *governance* che assorbe, in un’ottica di razionalizzazione e semplificazione, una serie di atti e documenti che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre in maniera distinta.

Ai sensi della citata normativa, il Piano, di durata triennale e aggiornato annualmente, definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all’articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all’accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all’ambito d’impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell’attività e dell’organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, inoltre, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

L'art. 6, comma 4, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, prevede che le pubbliche amministrazioni pubblichino il PIAO nel proprio sito istituzionale entro il 31 gennaio 2022 e inviino lo stesso al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione nel relativo portale.

Tuttavia, il comma 6-bis del suddetto articolo, come introdotto dal decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, ha previsto che in sede di prima approvazione il Piano venga adottato entro il 30 aprile 2022.

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 2022-2024, corredato dei relativi allegati, nel testo allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, che accorpa e sostituisce:

- il Piano delle Performance;
- il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA);
- il Piano triennale del fabbisogno del personale;
- il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Inoltre, visto il contenuto dell'art. 6, commi 5 e 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, i Dirigenti proponenti precisano che il Piano è stato predisposto in un'ottica di prima razionalizzazione e semplificazione degli strumenti di programmazione aziendali previsti e con riserva di eventuale aggiornamento dello stesso in considerazione del contenuto della normativa e delle disposizioni che dovessero venir successivamente adottate in materia.

**RICHIAMATE** le Deliberazioni aziendali:

- n. 595 del 31 marzo 2021 recante "Adozione del piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana per il triennio 2021-2023";
- n. 2195 del 11 novembre 2021 recante "Incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) di cui alla legge n. 190/2012";
- n. 2622 del 31 dicembre 2021 recante "Piano formativo aziendale anno 2022";
- n. 175 del 31 gennaio 2022 recante "Approvazione del Piano delle performance 2022-2024, Documento direttive 2022 e budget per centro di responsabilità dell'azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana";
- n. 327 del 17 febbraio 2022 recante "Adozione definitiva del Piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2021-2022-2023-2024 e approvazione dotazione organica anni 2021-2022 dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana";

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

**VISTO** l'art. 3, comma 6, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

**IL DIRETTORE GENERALE**

VISTA la suesposta relazione;

CONDIVISE le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta dei succitati Dirigenti proponenti;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, per le parti di rispettiva competenza;

### DELIBERA

- 1) di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione 2022-2024, 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, con riserva di eventuale aggiornamento in considerazione del contenuto della normativa e delle disposizioni che dovessero venir successivamente adottate in materia, il quale accorpa e sostituisce:
  - il Piano delle Performance;
  - il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA);
  - il Piano triennale del fabbisogno del personale;
  - il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- 2) di dare atto che il ciclo di gestione della performance è stato avviato con l'adozione della DDG n. 175 del 31 gennaio 2022 in premesse richiamata;
- 3) di confermare come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana l'avv. Marzia Volpato, Dirigente amministrativo della UOC Affari generali e legali, fino alla data del 31 gennaio 2023;
- 4) di confermare come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore della UOC Provveditorato, fino alla data del 31 gennaio 2023;
- 5) di demandare a ciascun Referente, come individuato nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024, gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- 6) di pubblicare il Piano nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nelle previste sezioni di "Amministrazione Trasparente" e di inviarlo al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione nel relativo portale;
- 7) di dare atto che il presente provvedimento diventa esecutivo dalla data di adozione.

## Deliberazione 28/04/2022, n. 811

Documento firmato elettronicamente secondo la normativa vigente.

Per il parere di competenza:

Il Direttore amministrativo n.ro certificato: E26C50D275F1164F1DBA807A4028F5 Firmatario: Dott.ssa Patrizia Mangione

Il Direttore sanitario n.ro certificato: 0DB3D24D98754E7053E798599B2AAA39 Firmatario: Dott. Stefano Formentini

Il Direttore dei servizi socio-sanitari n.ro certificato: 48E942B3A2877A5FB9BC1F5F887F6FF6 Firmatario: Dott. Roberto Rigoli

### Il Direttore generale Dott. Francesco Benazzi

n.ro certificato: 5044A729C9180C7ED7C8E46C65F890EB

---

La presente deliberazione viene:

- affissa all'albo Aziendale per quindici giorni consecutivi da oggi
- inviata in data odierna al Collegio Sindacale

Treviso, 29/04/2022 SERVIZIO AFFARI GENERALI – Il Funzionario  
n.ro certificato: 1157A12405100D8C881A2553641AA420 Firmatario: Marzia Volpato

---

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 28/04/2022

Treviso, 28/04/2022 SERVIZIO AFFARI GENERALI – Il Funzionario  
n.ro certificato: 1157A12405100D8C881A2553641AA420 Firmatario: Marzia Volpato

---

La presente deliberazione viene inviata a:

Uffici/Servizi:

Ufficio Trasparenza e Anticorruzione  
U.O.C. Controllo di gestione  
U.O.C. Gestione risorse umane



# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2022-2024

**Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana**

*L'azienda che si prende cura di te.*



# SOMMARIO

Introduzione	3
Cos'è il PIAO?	4
Scheda anagrafica dell'organizzazione	5
Il territorio e la popolazione	5
L'assistenza ospedaliera	8
L'assistenza specialistica	12
L'assistenza distrettuale	13
L'assistenza primaria	14
Il Dipartimento di Prevenzione	16
Valore pubblico, performance e anticorruzione	18
Valore pubblico	18
Performance	21
Rischi corruttivi e trasparenza	42
Organi di riferimento per la prevenzione della corruzione e trasparenza	42
La gestione dei rischi di corruzione	47
Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione	60
La trasparenza	75
Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza	78
Rendicontazione e diffusione	78
Organizzazione e capitale umano	81
Struttura Organizzativa	85
Organizzazione del lavoro agile	88
Piano triennale dei fabbisogni del personale	100
Monitoraggio	112
Elenco degli allegati	117
Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi	117
Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori	117
Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione	117
Allegato 4 - Piano dei fabbisogni	117

# INTRODUZIONE

Quest'anno la normativa ci invita a semplificare la documentazione che produciamo per illustrare *“cosa faremo”* in termini di obiettivi aziendali (Piano Performance), azioni per contenere i rischi corruttivi e promuovere la trasparenza (Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza) e regole sulla gestione del personale (Piano operativo per il Lavoro Agile e Piano fabbisogno di risorse umane).

Accogliamo questa come un'opportunità per snellire i documenti riportando i contenuti programmatori aziendali all'interno di questo documento chiamato Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Ridurre il numero di pagine non vuol certo dire ridurre la portata del contenuto che intendiamo esplicitare. È nostra intenzione rendere noto a tutti gli stakeholders, *in primis* ai cittadini che risiedono nel nostro territorio, ma anche agli enti locali e alle strutture territoriali che rappresentano i nostri partners, gli impegni che come Azienda intendiamo assolvere nel prossimo triennio, al fine di dare concretezza alla *mission aziendale*, che definisce la nostra identità: la salvaguardia e l'incremento del benessere sanitario e sociale delle persone che appartengono alla nostra comunità.

Le sfide che come azienda sanitaria siamo chiamati ad affrontare sono di anno in anno sempre più impegnative: non solo il Covid-19, ma anche tutta l'attività, volta a rispondere alla domanda di salute di una comunità sempre più longeva, di erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale, come definito dalla programmazione regionale.

Per questo è importante rivedere i processi che permeano le nostre attività in un'ottica di efficienza allocativa e tecnica delle risorse, definendo priorità e obiettivi in modo che siano chiari all'interno dell'organizzazione e allo stesso tempo rappresentino la formalizzazione di un impegno che l'Azienda si assume nei confronti della collettività. L'impegno lo riassumiamo in questa frase: noi come Azienda, noi come professionisti, dal medico all'infermiere, a chi si occupa di pratiche amministrative, **abbiamo cura di te cittadino**, sia quando ti trovi in situazione di bisogno sanitario e quindi necessiti di cure, sia quando hai bisogno per esempio di una situazione abitativa comunitaria che ti accolga nelle fasi più delicate della vita.

Nelle pagine che seguono riportiamo come intendiamo portare avanti questo impegno e le azioni concrete che intraprenderemo nel prossimo triennio.

*“Non è tanto quello che facciamo, ma quanto amore mettiamo nel farlo. Non è tanto quello che diamo, ma quanto amore mettiamo nel dare.”*

Madre Teresa di Calcutta

*Francesco Benazzi*

Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

# COS'È IL PIAO?

Il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, 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", prevede all'articolo 6 che le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di 50 dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), 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.

Ai sensi del comma 6-bis del medesimo decreto, come introdotto dal D.L. n. 228/2021, "in sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022".

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, inserendo un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l'organizzazione del lavoro, compreso quello agile, la formazione del personale ed il fabbisogno del personale.

Il PIAO si pone come uno strumento di riconfigurazione e integrazione progressiva e graduale dei piani preesistenti, al fine di realizzare concretamente gli obiettivi per i quali è stato concepito, vale a dire assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Preso atto dell'intesa in sede di Conferenza Unificata del 2 dicembre 2021 sullo schema di Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui all'articolo 6, comma 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 con cui sono stati definiti i contenuti del Piano e predisposto un modello standard, è stato redatto il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione che si articola in tre sezioni oltre alla scheda anagrafica dell'amministrazione:

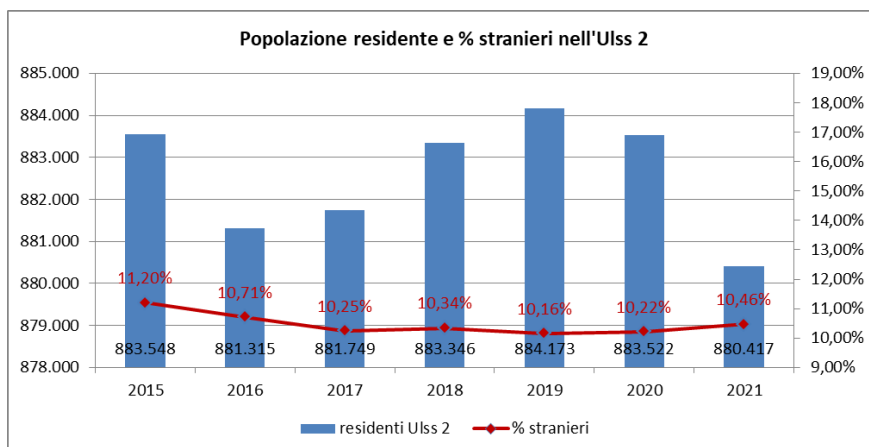
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.



Alla data del 1° gennaio 2021 gli abitanti che fanno riferimento al territorio dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana sono 880.417 (di cui il 10,5% di cittadinanza straniera).

Il grafico seguente illustra l'andamento dal 2015 al 2021 della popolazione residente nell'Azienda con indicazione dell'incidenza in percentuale dei residenti stranieri sulla popolazione totale.



Fonte: ISTAT, Anno 2021, <http://www.demo.istat.it>

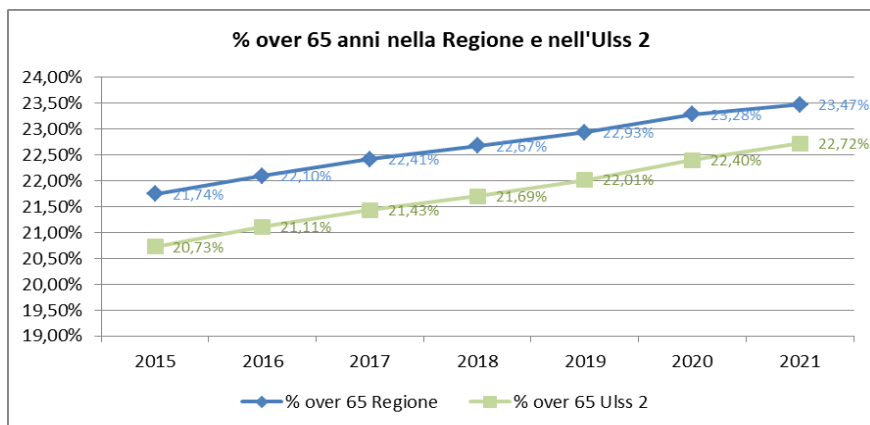
Si riporta di seguito la popolazione residente all'1.1.2021 distinta per grandi classi d'età e per Distretto.

Classi d'età	Distretto				TOTALE	% di stranieri
	Treviso Nord	Treviso Sud	Pieve di Soligo	Asolo		
0-14	29.411	26.850	26.753	35.170	<b>118.184</b>	<b>14,78%</b>
15-64	137.041	132.057	132.726	160.394	<b>562.218</b>	<b>12,52%</b>
65 e oltre	44.326	50.153	51.886	53.650	<b>200.015</b>	<b>2,12%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>210.778</b>	<b>209.060</b>	<b>211.365</b>	<b>249.214</b>	<b>880.417</b>	<b>10,46%</b>

Fonte: ISTAT, Anno 2021, <http://www.demo.istat.it>

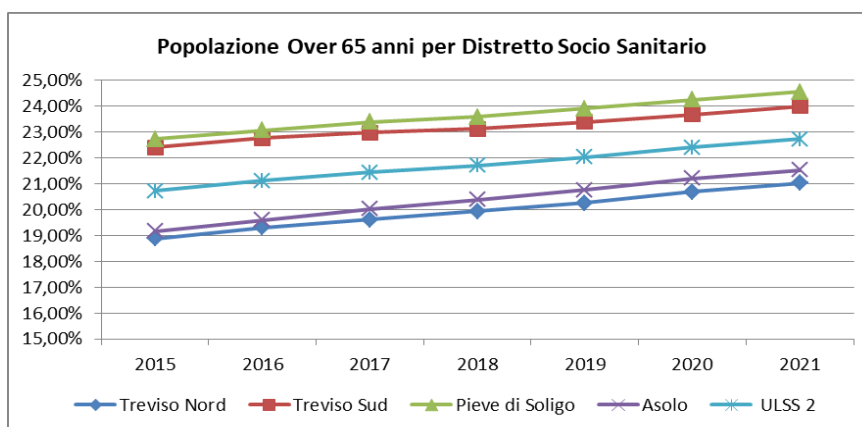
L'allungamento della vita media è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età più avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbilità.

Il grafico seguente illustra l'andamento dal 2015 al 2021 dell'incidenza in percentuale della popolazione over 65 anni sulla popolazione totale rispettivamente dell'Azienda e della Regione. Analizzando l'incidenza in percentuale della popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si evidenzia che è in crescita pur su valori inferiori a quelli regionali.



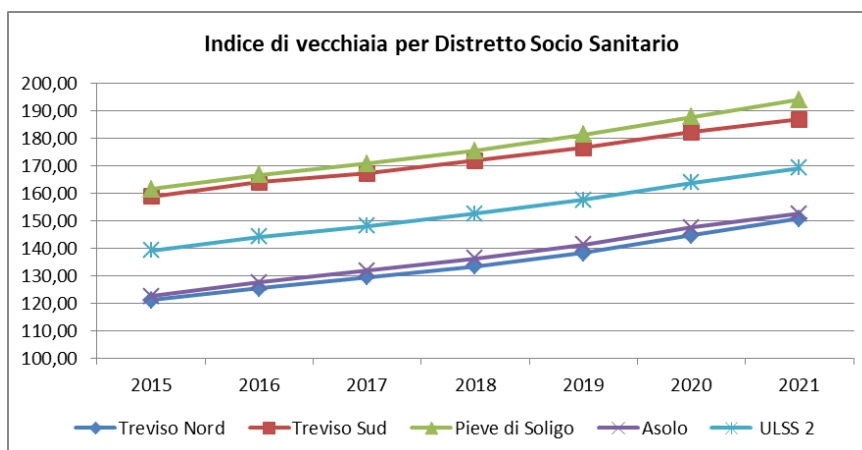
Fonte: ISTAT, Anno 2021, <http://www.demo.istat.it>

Focalizzando l'analisi sulla popolazione residente nei 4 Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si nota come l'incidenza della popolazione over 65 anni sul totale sia maggiore ed in costante aumento nel distretto di Pieve di Soligo (24,5% nel 2021), e più bassa rispetto all'Azienda sia nel distretto di Treviso Nord (21% nel 2021) che nel distretto di Asolo (21,5% nel 2021).



Fonte: ISTAT, Anno 2021, <http://www.demo.istat.it>

Come si evince dal grafico seguente, anche l'andamento dell'indice di vecchiaia della popolazione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, che misura il numero di anziani in una popolazione ogni 100 giovani, ha sempre segnato un aumento anno dopo anno passando dal 139,1 del 2015 al 169,2 del 2021.



Fonte: ISTAT, Anno 2021, <http://www.demo.istat.it>

## L'assistenza ospedaliera

L'ospedale è la Struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Azienda assicura nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario ed integrato con gli altri servizi sanitari e socio sanitari in conformità alla pianificazione sanitaria regionale, comprendendo anche attività di formazione e di ricerca. La legge regionale n. 23 del 29.6.2012 identifica l'ospedale come "luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale". L'ospedale per acuti è quindi la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase di post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure. Nell'ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

L'elevata complessità del sistema ospedale fa sì che per dare risposta a tutti i potenziali e crescenti bisogni di salute e per una gestione ottimale delle cure e delle risorse, l'assistenza erogata vada inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di rete coordinata, secondo modelli hub & spoke. Questo modello prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (Hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la migliore qualità dell'assistenza erogata e il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (Spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

In questa ottica la Regione Veneto definisce due livelli a seconda delle funzioni da garantire:

- Ospedali di riferimento provinciale: devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento e la presenza di alte specialità per un territorio più ampio costituendo centri hub;
- Presidi ospedalieri di rete: hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità assicurati in rete con il precedente livello, costituendo centri spoke.

Oltre ai due livelli sopradescritti sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate "ospedali nodi della rete" che possono avere il servizio di emergenza-urgenza. Per gli ospedali monospecialistici si potranno prevedere forme gestionali anche di diritto privato.

La programmazione regionale (DGR n. 614 del 14.05.2019) prevede i seguenti ospedali per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana:

- Ospedale HUB di riferimento: Treviso
- Presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Conegliano e Vittorio Veneto
- Presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Castelfranco e Montebelluna
- Ospedale Nodo di Rete: Oderzo
- Struttura Riabilitativa monospecialistica Ospedale Motta di Livenza

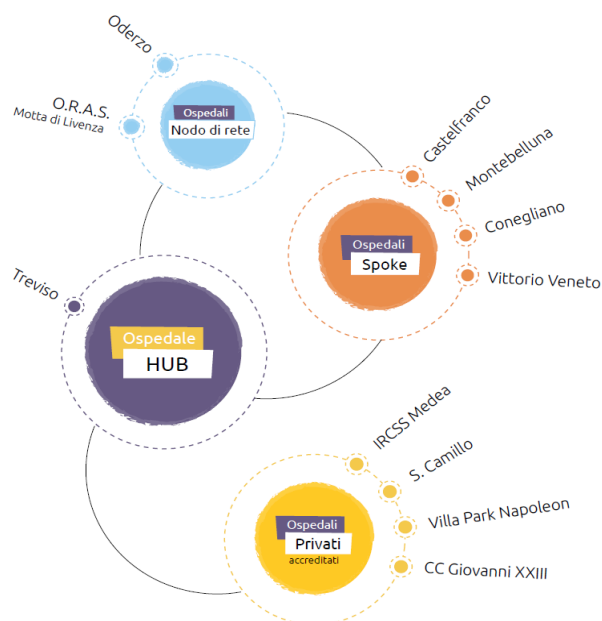
Sono inoltre presenti nel territorio dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana le seguenti strutture private accreditate con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale:

- C.C. Giovanni XXIII
- O.C.L. San Camillo
- Struttura Riabilitativa monospecialistica IRCSS "Medea" Istituto La Nostra Famiglia sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo
- Struttura Monospecialistica di Riabilitazione Psichiatrica C.C. Park Villa Napoleon.

L'Azienda collabora con gli ospedali privati accreditati presenti nel proprio territorio stipulando accordi secondo principi di trasparenza, sviluppo della qualità, ricerca dell'appropriatezza, implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Gli ospedali dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana articolano la propria organizzazione interna secondo le Unità Operative stabilite dalla programmazione regionale. La DGRV n. 614 del 14 maggio 2019 prevede un totale complessivo di 2.390 posti letto di cui n. 1.003 del P.O. Hub di Treviso, n. 182 del P.O. di Oderzo, n. 174 per il P.O. di Motta di Livenza, n. 314 per il P.O. di Conegliano, n. 225 del P.O. Vittorio Veneto, n. 189 per il P.O. di Castelfranco e n. 303 per il P.O. di Montebelluna.

Di seguito si rappresentano i volumi di attività delle componenti della rete ospedaliera dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in riferimento agli ultimi quattro anni e alcuni indicatori sull'attività di ricovero.



Tipo di istituto	Ospedale	N. Dimessi			
		2018	2019	2020	2021
Pubblico	Ospedale di Treviso	37.111	37.865	32.999	35.021
	Ospedale di Oderzo	6.756	5.986	4.880	4.827
	Ospedale di Conegliano	13.757	14.022	13.226	14.315
	Ospedale di Vittorio Veneto	9.086	9.281	6.322	4.327

	Ospedale di Castelfranco	14.304	11.330	8.487	8.285
	Ospedale di Montebelluna	12.113	12.863	11.155	10.698
	Ospedale Di Motta Di Livenza	3.442	3.346	2.435	2.391
Privato	Ospedale Classificato San Camillo	3.695	3.877	3.628	4.047
	Casa Di Cura Park Villa Napoleon	936	970	921	934
	Casa Di Cura Giovanni XXIII	6.895	7.439	6.830	7.365
	Ircss Medea Conegliano	1.198	1.269	691	1.150
	Ircss Medea Pieve Di Soligo	700	760	431	731
<b>Totale</b>		<b>109.993</b>	<b>109.008</b>	<b>92.005</b>	<b>94.091</b>

<i>Indicatori</i>	2019	2020	2021
% di ricoveri di residenti Azienda ULSS 2 in Presidi ospedalieri aziendali	83,94%	84,70%	84,19%
dimessi per 1.000 abitanti	103	89	90

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso. Nel 2021, ci sono stati più di 240.000 accessi. Il 13% degli accessi è poi esitato in ricovero, mentre il 8% è transitato in Osservazione Breve Intensiva (OBI).

<i>Attività di Pronto Soccorso</i>	n. accessi	di cui esitati in ricovero	di cui transitati in OBI
Ospedale di Treviso	92.660	13.931	5.655
Ospedale di Oderzo	21.593	1.945	1.988
Ospedale di Conegliano	54.139	5.398	5.321
Ospedale di Vittorio Veneto	13.618	1.433	274
Ospedale di Castelfranco	32.264	3.923	3.638
Ospedale di Montebelluna	32.734	4.439	3.389
<b>Totale Ospedali</b>	<b>247.008</b>	<b>31.069</b>	<b>20.265</b>

*Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana e Istituto Oncologico Veneto*

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera particolare rilevanza assume il rapporto tra l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana e l'Istituto Oncologico Veneto IOV- IRCCS, in riferimento all'incardinamento in capo allo IOV di articolazioni funzionali organizzative presso la sede distaccata di Castelfranco Veneto.

Con DGRV n. 1635/2016 la Regione Veneto ha disposto di sviluppare la capacità operativa dello IOV-IRCCS attraverso "l'utilizzo dedicato di una parte dell'edificio ove insiste l'Ospedale di Castelfranco Veneto", di fatto ampliando la Rete Oncologica Veneta prevista dalla L.R. 23/2012 e confermata nel Piano Socio-sanitario Regionale 2019-2023.

Nel 2017 è stata definita una convenzione quadro per la disciplina dell'utilizzo dei locali e dei servizi relativi alla sede distaccata di IOV-IRCCS presso l'Ospedale di Castelfranco Veneto,

successivamente modificata con una serie di provvedimenti nel 2018 (Deliberazioni del Direttore Generale n. 376 del 5.03.2018, n. 1404 del 7.08.2018, n. 2052 del 30.11.2018)

Con la deliberazione del Direttore Generale n. 2051 del 30.11.2018 è stato approvato l'accordo tra Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana e IOV-IRCCS per il trasferimento delle articolazioni funzionali di gastroenterologia, urologia, anestesia e rianimazione, anatomia e istologia patologica, medicina nucleare; con Deliberazione del Direttore Generale n. 1271 del 27.06.2019 è stato approvato l'accordo per il trasferimento di ematologia, oncologia, breast unit e gruppo operatorio.

L'attuazione di questi accordi realizza una maggiore diffusione delle attività assistenziali erogate dallo IOV in virtù del principio di accessibilità delle cure previsto dal PSSR 2019-2023 e identifica un modello di integrazione tra gli enti del Servizio sanitario regionale che favorisce la condivisione delle migliori professionalità presenti e la razionalizzazione delle risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie.

## L'assistenza specialistica

Nell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e da un totale di 17 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.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2198 del 12.11.2019 è stato adottato il Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, recependo quanto disposto dalla DGRV n. 1164 del 06 agosto 2019 di approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) e indicando una serie di attività necessarie per garantire i tempi massimi previsti sia per le prestazioni specialistiche ambulatoriali che ospedaliere, ai sensi della normativa sopra citata.

Nell'anno 2020 l'Azienda per alcuni mesi ha dovuto sospendere e rivedere l'erogazione dell'assistenza specialistica in conseguenza del rischio sanitario. Dopo la prima fase emergenziale primaverile la Regione ha indirizzato le aziende sanitarie verso il recupero dell'attività ordinaria emanando la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1329 dell'8 settembre 2020 "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104".

In sintesi nel Piano Operativo Regionale vengono confermate le azioni già poste in essere dalla Regione per il governo delle liste d'attesa, vengono ripartite per ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale le risorse assegnate alla Regione dall'art. 29 del d.l. n. 104/2020 e viene attivato il monitoraggio mensile sull'attuazione del Piano stesso al fine di valutare eventuali azioni migliorative.

E' stato inviato in Regione un primo avanzamento del piano a novembre 2020 nel quale si evidenziava un sostanzioso rientro delle prestazioni sospese. Si sottolineava però il nuovo aggravarsi dell'epidemia ed il recepimento delle indicazioni regionali per la sospensione dell'erogazione e prenotazione delle attività ambulatoriali in priorità D, P e controlli procrastinabili. L'Azienda sta ad oggi rispondendo alle richieste di prestazioni ambulatoriali sulla base delle indicazioni regionali, programmando per quanto possibile l'attività di recupero delle liste di attesa.

## 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.

Il ruolo del Distretto è stato nel tempo consolidato, infatti nella visione adottata dalla Regione Veneto e confermata con la L.R. del 28 dicembre 2018 n. 48 che ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, ci si riferisce ad un Distretto "forte"; il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'Azienda quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, dell'assistenza e della riabilitazione, finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L'integrazione si intende riferita anche agli ambiti istituzionali (es. Comuni) e altri soggetti quali organizzazioni di volontariato, cooperative e ONLUS che hanno un impatto sempre crescente nell'erogazione dell'assistenza nelle varie aree quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- cure palliative;
- assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l'affido e l'adozione;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze, della salute mentale e dell'età evolutiva;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- riabilitazione;
- assistenza protesica;
- assistenza penitenziaria;
- azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

L'azienda è impegnata nello sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio favorendo la presa in carico del paziente fragile attraverso:

- il potenziamento della Centrale Operativa Territoriale (COT)

Secondo gli indirizzi della DGR n. 230/2018 e le indicazioni pervenute dalla Regione è stata avviata la riorganizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) con l'obiettivo di costituire una COT strutturata in più sedi con modalità operative, strumenti e processi di presa in carico uniformi su tutto il territorio provinciale, in connessione con il servizio di assistenza domiciliare. La riorganizzazione iniziata ad agosto 2018 ha richiesto interventi di tipo strutturale, organizzativo-gestionale e funzionale e già dal 2019 è stata creata la piattaforma unica di gestione che consente di tracciare tutto il processo della dimissione protetta. Nel 2020 durante l'emergenza COVID-19 si conferma il ruolo di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, svolto dalle COT quale raccordo con tutti i servizi. Più precisamente la COT costituisce il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.

- l'attivazione di strutture per l'assistenza extra-ospedaliera (Strutture di Ricovero Intermedie)

Secondo quanto stabilito dalla Regione del Veneto, l'attivazione delle strutture di ricovero intermedie persegue l'obiettivo strategico di sviluppare l'assistenza extra-ospedaliera. L'inserimento in queste strutture rappresenta una valida risposta a carattere temporaneo qualora lo stato di salute e il contesto familiare non consentano il mantenimento del paziente al proprio domicilio, garantendo le cure necessarie a quei pazienti stabilizzati dal punto di vista medico che non richiedono assistenza ospedaliera. In Azienda è attiva presso l'IPAB Istituto di Soggiorno per Anziani "San Gregorio" di Valdobbiadene l'Unità Riabilitativa Territoriale (URT) con 25 posti letto destinati a pazienti con funzioni/abilità temporaneamente perse ma recuperabili; pazienti a lento recupero funzionale; pazienti cronici evolutivi (es. sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua.

A settembre 2020 è stato attivato nell'area del presidio ospedaliero Ca' Foncello di Treviso un Ospedale di Comunità che dispone di 28 posti letto per accogliere pazienti che richiedono una bassa intensità di cura, stabilizzati dal punto di vista clinico, che necessitano di assistenza continuativa non erogabile a domicilio.

## **L'assistenza primaria**

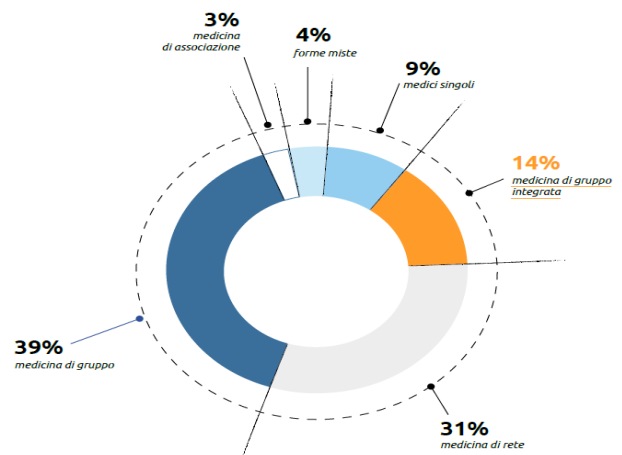
Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che "la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l'assistenza primaria costituisce 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".

Tra le scelte strategiche della programmazione aziendale risulta quindi fondamentale il potenziamento e il consolidamento dell'offerta territoriale, la sinergia virtuosa tra Ospedale e

Territorio, l'avvio di politiche di integrazione professionale, l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

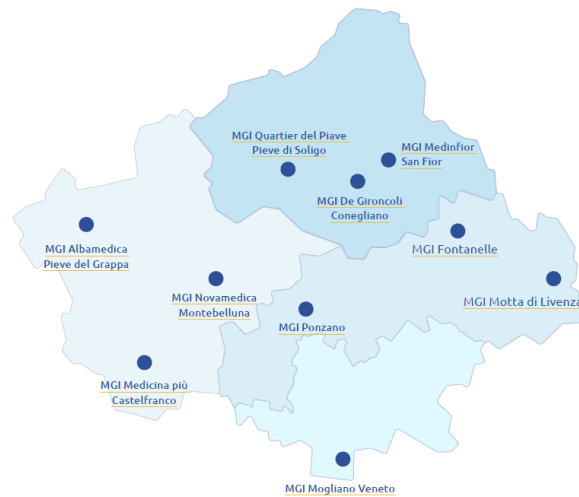
L'associazionismo della Medicina Generale (Rete, Gruppo, Medicina di gruppo Integrata), fino al livello più avanzato costituito ad oggi dalle Medicine di Gruppo Integrate, rappresenta la modalità più diffusa e funzionale di erogazione dell'assistenza primaria territoriale. Nel nuovo contesto organizzativo dell'Azienda è stato elaborato un Piano di sviluppo delle cure primarie tenendo conto delle specificità geografiche, demografiche, dei servizi socio-sanitari attivi e dell'esperienza maturata dalla Medicina Convenzionata tramite i Patti aziendali e lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nel territorio della Marca Trevigiana.

Il mantenimento di medici singoli o in rete, in particolare nelle aree più periferiche del territorio aziendale, ha permesso di garantire un'assistenza il più prossima possibile alla popolazione. D'altra parte l'incremento delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), costituite da team di Medici di Medicina Generale supportati da personale di studio infermieristico ed amministrativo, ha consentito di migliorare l'assistenza di base attraverso:



- una maggiore accessibilità alle cure primarie, assicurando la presenza H12 della medicina di famiglia nella sede di riferimento e un'integrazione effettiva con il servizio di continuità assistenziale per garantire una copertura sanitaria H24;
- una presa in carico della cronicità sulla scorta dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale (BPCO, diabete, scompenso cardiaco, tao/nao) e contestualizzati nelle singole realtà aziendali per uniformare l'approccio clinico a determinate categorie di pazienti;
- la presenza di strumentazione diagnostica negli studi medici, che si è rivelata particolarmente efficace nella gestione dell'emergenza sanitaria per Covid-19, consentendo una presa in carico effettiva della popolazione senza gravare sulle strutture ospedaliere per i casi meno gravi.

Attualmente sono state attivate, progressivamente, 10 MGI con il coinvolgimento di 78 medici per un bacino di 118.592 assistiti.



## Il Dipartimento di Prevenzione

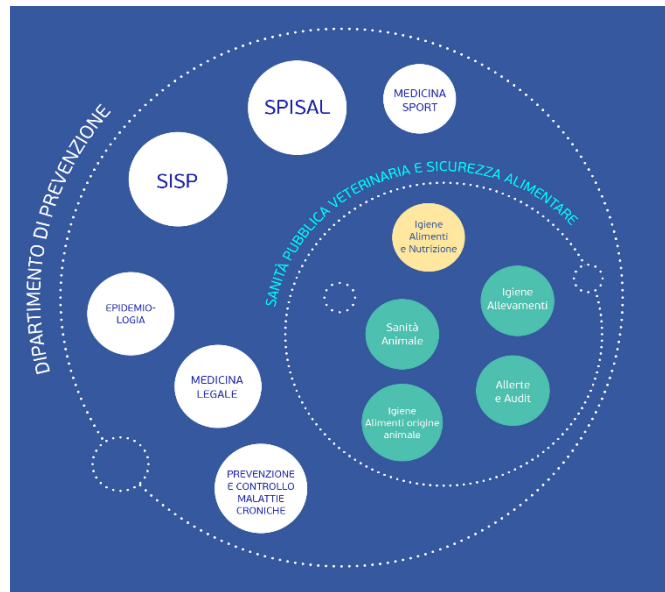
L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana tramite il Dipartimento di Prevenzione garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e delle comunità mediante un sistema coordinato di azioni di prevenzione e di promozione della salute che accompagnano le persone in tutte le fasi e i contesti della vita, perché possano restare sane, attive e indipendenti anche nelle età più avanzate.

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, all'interno della Azienda ULSS, 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



# 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 2022-2024 per realizzare valore pubblico, inteso come l'impatto generato dall'azienda in termini di benessere per il cittadino.

Il Valore Pubblico che l'Azienda intende perseguire guida tutti gli obiettivi di performance che vengono definitivi e monitorati dall'Azienda, riducendo il rischio che il perseguimento delle performance attese, ad opera dei tanti dipendenti (performance individuali) per il tramite delle molte unità organizzative di appartenenza (performance organizzative), si riduca a tante attività scomposte e tra loro scoordinate.

In questo contesto si inserisce l'obiettivo del buon andamento dell'amministrazione impegnata ad impiegare le risorse assegnate per i processi di assistenza secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità: diventa quindi importante inserire in questa parte anche gli obiettivi che riguardano le azioni di contrasto ai rischi corruttivi, senza dimenticare che uno dei principi cardine da perseguire è la trasparenza dell'azione amministrativa quale strumento per prevenire la corruzione.

## Valore pubblico

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha come compito quello di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, come definiti dall'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, dal D.P.C.M. 29.11.2001 e dai successivi accordi intervenuti, nonché di realizzare, nel proprio ambito territoriale, le finalità del Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, impiegando nei processi di assistenza le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza e pubblicità.

ULSS n. 2 Marca trevigiana non si limita a svolgere un compito, come qualsiasi organizzazione che fornisce servizi sanitari: l'Azienda, forte della natura di ente pubblico, intende realizzare **valore** per i cittadini.

### Quale tipo di valore pubblico?

L'azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana pone al centro la persona e la comunità nella quale opera, focalizzando l'attenzione sul perseguimento del benessere sanitario e sociale dei cittadini. L'Azienda non si limita a "fornire servizi" di diagnosi e di cura ma *ha a cuore* l'individuo nella sua interezza.

L'Azienda si occupa di attuare politiche di prevenzione delle malattie e politiche di promozione del benessere fisico e psicologico. Fornisce servizi di diagnosi quando compare un problema di salute, sia con la rete di medici di medicina generale che operano in sinergia con l'Azienda, sia con prestazioni di alto livello professionale e con strumentazione tecnologica avanzata.

L'Azienda poi si occupa ovviamente della cura ma anche del sostegno del malato e del caregiver attraverso lo sviluppo di servizi di supporto nel territorio, basti pensare all'incremento delle prestazioni fornite dal servizio ADI al domicilio del paziente.

E ancora, l'Azienda si prende cura del cittadino quando la sua autonomia è compromessa, quando sono indispensabili servizi residenziali che accolgono le persone nell'ultima fase della loro vita o quando la disabilità che li ha colpiti rende necessaria una situazione abitativa diversa rispetto a quella delle persone con piena autonomia.

In questo senso l'Azienda crea valore pubblico, in quanto si occupa della *persona*, inserita nella collettività e non solamente del "problema di salute" che l'ha colpita; interviene quando non ci sono malattie e diviene importante promuovere stili di vita sana per prevenirle, interviene anche dopo la fase acuta quando è necessario un sostegno non solo sanitario ma anche sociale.

### Quale strategia viene attuata per favorire la creazione di questo valore pubblico?

Al fine di incrementare il valore pubblico prodotto l'Azienda adotta queste strategie:

- Migliorare la qualità delle cure
- Incrementare l'accessibilità ai servizi
- Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Migliorare la qualità delle cure è senza dubbio il focus dell'Azienda, nella convinzione che fornire un servizio di qualità sia la missione che ogni professionista presente in Azienda debba fare propria nell'interesse del paziente che ha di fronte. La qualità in sanità è tracciata in particolare attraverso degli indicatori di esito che indagano se effettivamente è stato erogato il livello di performance che garantisce la massima efficacia delle cure.

L'accessibilità ai servizi è importante affinché la "qualità" sulla quale l'Azienda lavora arrivi al maggior numero di individui che ne hanno bisogno. In taluni casi performance elevate per un ridotto numero di malati non rappresentano il bene per la collettività in senso ampio; è necessario favorire l'accesso ai servizi, tenendo in considerazione i principi di appropriatezza e rovesciando il paradigma per il quale il paziente con necessità si reca nelle strutture sanitarie



a favore di un servizio sanitario che cerca quanto più possibile di raggiungere il paziente al suo domicilio.

Nel creare valore pubblico e quindi beneficio per la collettività, l'Azienda revisiona continuamente i propri processi sia di erogazione delle cure e servizi, sia i processi amministrativi. Revisionare i processi significa porsi degli interrogativi se il modo nel quale l'Azienda opera possa essere migliorato, in un'ottica di efficacia e di efficienza. La parola chiave della normativa più recente in ambito pubblico è senza dubbio la "semplificazione" e in questa ottica l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana rivede i processi gestionali e operativi per affinarne le modalità e renderle quanto più possibile lineari e appunto *semplici*, tenendo conto comunque dell'importanza di garantire adeguati livelli di sicurezza sia rispetto al paziente, sia rispetto all'osservanza di trasparenza e riduzione del rischio di corruzione.

## Performance

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico, ovvero il benessere sanitario e sociale dei cittadini.

Ognuno di questi obiettivi è legato all'attuazione di una delle tre strategie sopra illustrate.

### STRATEGIA 1 - MIGLIORARE LA QUALITA' DELLE CURE

#### Obiettivi operativi:

- 1.1 Migliorare la diagnosi della penombra ischemica
- 1.2 Migliorare la diagnosi TC di malattie interstiziali polmonari (ILD)
- 1.3 Migliorare gli indicatori di esito del Sistema Bersaglio
- 1.4 Sviluppo rete clinica urologica
- 1.5 Sviluppo rete clinica pneumologica
- 1.6 Sviluppo rete clinica disagio giovanile

#### Implementazione di sistemi di intelligenza artificiale in ambito neurologico e pneumologico

L'Azienda intende implementare sistemi di intelligenza artificiale (IA) che consentano, grazie a software sofisticati, di facilitare la diagnosi in tempi rapidi, attraverso l'apprendimento di una grande mole di dati specifici di indagini precedenti. Nel prossimo triennio si intende sviluppare strumenti di intelligenza artificiale in ambito neurologico e pneumologico.



#### Strategia 1 Migliorare la qualità delle cure

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
1.1 Migliorare la diagnosi della penombra ischemica	Adozione di uno strumento di intelligenza artificiale in ambito neurologico	Avvio utilizzo software IA		
	% incremento di terapie di riperfusione effettuate nell'Azienda		+ 10%	
1.2 Migliorare la diagnosi TC di malattie interstiziali polmonari (ILD)	Adozione di uno strumento di intelligenza artificiale in ambito pneumologico	Avvio utilizzo software IA		
	% di tac che utilizzeranno il		20%	

	nuovo sistema			
--	---------------	--	--	--

### Migliorare le performance misurate dal sistema Bersaglio della scuola sant'Anna di Pisa

L'Azienda intende confrontarsi con i sistemi di misurazione degli esiti presenti in Italia, al fine di evitare un'ottica di autoreferenzialità, stimolando un approccio di benchmarking da parte dei professionisti



Strategia 1 Migliorare la qualità delle cure				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
1.3 Migliorare gli indicatori di esito del Sistema Bersaglio	% indicatori di fascia verde			

### Sviluppo delle reti cliniche

L'Azienda intende sviluppare le reti cliniche intese come creazione di sinergie tra centro hub e centri spoke l'ottica di specializzare le varie sedi e valorizzare le eccellenze.

Le reti cliniche che si intende sviluppare sono innanzitutto le seguenti:

- Rete Clinica Urologica
- Rete Clinica Pneumologica
- Rete Clinica Disagio Giovanile

#### Rete Clinica Urologica

Relativamente alla rete clinica urologica, l'Azienda intende dedicare i due Centri di riferimento (UOC Treviso e UOC Conegliano) ad uno specifico ambito.

La sede di Treviso, in quanto HUB, ha la possibilità di garantire un'assistenza plurispecialistica nei casi di patologia oncologica particolarmente complessa anche nel paziente fragile e compromesso; è presente un'attrezzatura chirurgica completa ed all'avanguardia comprendente anche il sistema robotico Da Vinci Xi, ad oggi il miglior dispositivo chirurgico in commercio per il trattamento delle patologie neoplastiche urologiche. Inoltre è presente in seno all'Ospedale di Treviso un team multidisciplinare per la patologia oncologica prostatica coinvolgente molteplici specialità (Urologia, Oncologia, Radiologia, Radioterapia, Anatomia Patologica, Medicina Riabilitativa) ed in grado di offrire un percorso clinico-assistenziale ben codificato e di facile fruibilità per l'Utenza.

Utilizzando tali risorse l'UOC di Treviso potrà occuparsi dell'Urologia Oncologica (a "cielo aperto", robotica, videolaparoscopica, endoscopica) garantendo il 70% delle prestazioni chirurgiche.

L'UOC di Conegliano si occuperà della patologia endoscopica, relativamente alle alte vie urinarie (litiasi, neoplasie uroteliali) ed alle basse vie urinarie (neoplasie/calcolosi vescicali, ipertrofia/calcolosi prostatica, patologie uretrali), garantendo il 70% delle prestazioni chirurgiche; in tale sede sarà maggiormente utilizzato il già presente strumentario endoscopico ed endourologico mini-invasivo altamente tecnologico (Laser a Tullio e Laser a Olmio).

A Montebelluna, ove è presente una UOS di Urologia ambulatoriale facente riferimento a Treviso, potrà essere implementata l'attività già presente con l'introduzione di una seduta operatoria settimanale in anestesia generale per il trattamento ed il follow-up della patologia neoplastica vescicale e della calcolosi urinaria.

Ad Oderzo, in passato sede di UOS con attività chirurgica settimanale in anestesia generale, attualmente è presente un servizio ambulatoriale e di diagnostica mini-invasiva (ecografia prostatica trans-rettale e agobiopsia prostatica), che potrà essere implementato e dedicato alla diagnosi e cura della patologia prostatica benigna, possibilmente ripristinando attività chirurgica in anestesia generale.

Il vantaggio di tale progetto si traduce in:

- Ottimizzazione delle risorse tecnologiche
- Valorizzazione delle competenze professionali in un'ottica di ultra-specializzazione
- Creazione di chiari percorsi diagnostico-terapeutici dedicati per patologia a cui l'utenza può afferire.
- Incremento dell'attività urologica complessiva dell'azienda e riduzione dei tempi d'attesa
- Riduzione fuga regionale/Aumento attrattività extraregione



### Strategia 1 Migliorare la qualità delle cure

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
1.4 Sviluppo rete clinica urologica	Formalizzazione della rete clinica			
	% di pazienti che rientrano nel target previsto dalla rete clinica urologica	70% negli ultimi 3 mesi dell'anno per Urologia Tv e Conegliano		
	n. medio di pazienti mensili urologici operati in Ospedale di Montebelluna	10 (da aprile 2022)		

## Rete Clinica Pneumologica

La rete clinica pneumologica mira a dare una risposta efficace alla fragilità dei pazienti con insufficienza respiratoria cronica.

I pazienti con insufficienza respiratoria cronica, se non seguiti adeguatamente sul territorio, hanno frequenti ricoveri e accessi nelle strutture ospedaliere. Reiterati ricoveri e accessi in ospedale causano una progressione più rapida di malattia, occupazione di posti letto, notevole impiego di risorse. Vi sono numerosi esempi ed esperienze anche nel nostro paese di come una corretta gestione territoriale (valutazioni domiciliari, controlli programmati, attività di telemedicina) possa prevenire riacutizzazioni e ricoveri.

L'impatto economico di una corretta gestione territoriale dell'insufficienza respiratoria è importante non solo per il costo in sé della protesica. Si pensi ad esempio al danno economico che deriva dal mancato ritiro dei presidi respiratori nei pazienti che non ne fanno uso corretto o nel caso l'indicazione alla protesica cessi per il mutare delle condizioni cliniche.

La futura pianificazione del Sistema Sanitario Nazionale, anche alla luce dell'esperienza epidemica, si orienta ad assegnare un crescente valore alla gestione territoriale delle cronicità: si veda a questo proposito quanto riportato anche nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021) e le indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina (accordo Stato Regioni di ottobre 2020). Le competenze necessarie per seguire questi pazienti esulano da quelle della assistenza domiciliare di base: è necessario gestire tecnologie complesse (ventilatori, concentratori di ossigeno, apparecchi per l'assistenza alla tosse, cpap). La notevole professionalità attuale degli infermieri, adeguatamente sviluppata nella parte specialistica, e la carenza di personale medico spingono verso la realizzazione di modelli assistenziali basati sulla figura dell'infermiere. Tali attività attualmente sono realizzate solo parzialmente, in modo molto disomogeneo nei vari distretti, con personale non dipendente dall'Azienda ma dai fornitori della protesica.



### Strategia 1 Migliorare la qualità delle cure

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
1.5 Sviluppo rete clinica pneumologica	Formalizzazione della rete clinica	sì		
	Approvazione protocollo unico per la gestione amministrativa dei pazienti che utilizzano protesi respiratorie a domicilio	sì		
	% di pazienti seguiti con telemedicina sul totale dei pazienti in O2LTD e ventiloterapia domiciliare	30%		

### Rete Clinica Disagio giovanile

Relativamente alla rete del disagio giovanile, vi è un progetto che si propone di definire in maniera più articolata le modalità di presa in carico rispetto ad una fascia di età adolescenziale e di giovani adulti che va dai 14 ai 24 anni attraverso un rapporto di collaborazione sinergico sancito da buone prassi, da protocolli e da una modalità organizzativa di presa in carico trasversale tra il Dipartimento di salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, le Unità complesse Infanzia adolescenza famiglia e Consultori, creando inoltre percorsi condivisi e accompagnamenti fattivi verso altre unità di offerta di cura, con UOC Pediatria di Treviso.

La progettazione delle modalità di intervento e programmazione è un percorso già iniziato attraverso il tavolo adolescenti (delibera aziendale) e che si sta affrontando attraverso i tavoli Distrettuali PRISMA; La prossima implementazione delle UFDA (delibera regionale che consente di acquisire personale LP per lavorare con la fascia di età succitata) fornirà la base operativa e concreta per lavorare con i ragazzi e sperimentare in termini clinici e di percorsi quanto progettato nei tavoli distrettuali.



### Strategia 1 Migliorare la qualità delle cure

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
1.6 Sviluppo rete clinica del disagio giovanile	N. di adolescenti presi in carico dall'Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA)	50		
	N. di incontri dei gruppi di lavoro distrettuali Prisma (Gruppo di lavoro Distrettuale interservizi per il disagio giovanile) per il trattamento dell'adolescente in modo trasversale (14-24 anni) nei vari ambiti territoriali	6		
	Definizione protocollo sulla presa in carico degli adolescenti (compresi i criteri di eleggibilità al percorso PRISMA e all'UFDA)	sì		

## STRATEGIA 2 - INCREMENTARE L'ACCESSIBILITA' AI SERVIZI

### Obiettivi operativi:

- 2.1 Migliorare l'assistenza a domicilio e nelle strutture intermedie dei pazienti con il supporto della telemedicina e far crescere le competenze degli operatori
- 2.2 Migliorare e uniformare le modalità di gestione degli ospedali di Comunità (a gestione diretta e indiretta)
- 2.3 Apertura nuovi Ospedali di Comunità
- 2.4 Realizzazione Case di Comunità
- 2.5 Realizzazione Centrali Operative Territoriali
- 2.6 Sviluppo Cittadella della Salute Treviso

### Sviluppo della telemedicina sul territorio

L'Azienda intende proseguire nello sviluppo della telemedicina in quanto permette un ottimale e più razionale utilizzo delle risorse in relazione alla migliore tempistica per l'effettuazione delle prestazioni e fornisce assistenza sanitaria da parte del professionista abbattendo i limiti della distanza e fornendo assistenza sanitaria anche in aree periferiche.



### Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
2.1 Migliorare l'assistenza a domicilio e nelle strutture intermedie dei pazienti con il supporto della telemedicina e far crescere le competenze degli operatori	n. di UVMD con MMG/PLS presente in videoconferenza	100		
	Esecuzione dell'ECG a domicilio, in Medicina di gruppo integrata e nelle strutture intermedie con refertazione da remoto	Nel distretto di Treviso (dal 2 semestre)	Nel distretto di Pieve e Asolo	
	L'utilizzo di una App che utilizza la telemedicina per le consulenze da parte dei referenti ospedalieri sulle lesioni cutanee gestite a domicilio dagli infermieri/medici delle cure domiciliari	Avvio sperimentale nel Distretto di Pieve	Avvio sperimentale nel Distretto di Asolo e Treviso	A regime in tutti i Distretti
	n. visite mensili in modalità di teleconsulto e televisita a	30 (dal mese di		

	domicilio per la branca specialistica neurologia	settembre)		
	Utilizzo degli ecografi portatili da parte di infermieri/medici per gestione accessi venosi del ristagno urinario ed individuazione trombosi venose a domicilio		Avvio nel distretto di Pieve	

### Sviluppo ospedali di comunità

La Regione Veneto, in linea con le disposizioni nazionali (DM 70/2015 ; DM 2 aprile 2015 n.704; Accordo Stato Regioni 20.1.2020) ha attivato una nuova tipologia di strutture di ricovero con il fine di trattare pazienti necessitanti di *cure intermedie* cioè pazienti stabilizzati dal punto di vista medico che non richiedono assistenza ospedaliera in un reparto per acuti, ma sono troppo instabili per essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che si risolvono in un periodo limitato nel tempo (4-6 settimane) (DGR 2718/2012).

Tra queste nuove tipologie di struttura vi sono anche gli Ospedali di Comunità (OdC).

La Giunta Regionale (DGR n.614/19 e DGR n.1107/20) ha previsto in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana complessivamente n. 206 posti letto per OdC distribuiti su 8 sedi aziendali di cui 5 a gestione diretta della ULSS 2 e 3 a gestione indiretta per mezzo di strutture private accreditate. Sulla base di queste premesse, nell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, poco prima dell'inizio della pandemia COVID 2019 è stato attivato l'Ospedale di Comunità a gestione diretta presso il Presidio Ospedaliero di Treviso. Tuttavia, a causa di tale pandemia, esso non ha potuto svilupparsi pienamente come originariamente previsto. In Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, è imminente l'attivazione di un OdC con sede a nel Presidio Ospedaliero di Castelfranco Veneto a gestione diretta. Alla luce di quanto sopra, in applicazione alla normativa nazionale e regionale è previsto un consistente sviluppo degli Ospedali di Comunità in Azienda. Per questo, diventa importante, per quanto possibile coerentemente alla regressione della pandemia COVID19, definire linee guida cliniche ed operative degli OdC presenti in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana con l'obiettivo di dare una risposta efficace, efficiente e coordinata tra i diversi OdC sia rispetto agli Ospedali per acuti presenti nel rispettivo circostante territori, rispetto alle strutture/professionisti territoriali presenti nei Distretti.

Lo sviluppo degli ospedali di comunità è previsto anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede specificatamente una riorganizzazione delle reti di prossimità con l'investimento nelle Case della Comunità, nelle Centrali Operative Territoriali e negli Ospedali di Comunità (Missione 6 "salute").

La Regione Veneto con DGR 136 del 15/02/2022 ha aggiornato le schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie, già approvate con Delibera della Giunta regionale n. 614 del 14 maggio 2019 e successivamente modificate dalla Delibera n. 1107 del 6 agosto 2020,

inserendo la progettualità delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità in coerenza con le indicazioni del PNRR previsti nella Missione 6 Componente 1 e investimento, rispettivamente, 1.1 e 1.3.



<b>Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi</b>				
<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore soglia anno 2022</b>	<b>Valore soglia anno 2023</b>	<b>Valore soglia anno 2024</b>
2.2 Migliorare e uniformare le modalità di gestione degli ospedali di Comunità (a gestione diretta e indiretta)	Protocollo aziendale aggiornato di accoglienza e dimissione dei pazienti negli ospedali di comunità a gestione diretta e a gestione indiretta	sì		
	Linee guida omogenee di cure intermedie per determinate patologie (es. pazienti diabetici con complicanze vascolari - piede diabetico) prevedendo i percorsi di ingresso e gestione in OdC	sì		
	Avvio dell'utilizzo di un software unico aziendale (per gestione flusso e cartella clinica) per gli Ospedali di Comunità	Ultimo trimestre 2022		
2.3 Apertura nuovi Ospedali di Comunità	n. posti letto attivati a gestione diretta	30 a Castelfranco Veneto 23 a Vittorio Veneto		
	n. posti letto attivati a gestione indiretta		30 a Tomitano Bocassin - Motta di Livenza	

### **Sviluppo Case della Comunità e Centrali Operative Territoriali**

La realizzazione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'ambito della missione 6 "salute" (Investimento 1.1 e 1.2), consente, in particolare ai malati fragili e cronici, di accedere a strutture

dotate di team multidisciplinari con medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri e assistenti sociali, per beneficiare di vari servizi sanitari, senza aggravare ulteriormente gli ospedali.

A tale proposito la Regione del Veneto, per il tramite delle strutture tecniche competenti, ha elaborato, a seguito di confronto con il territorio, la progettualità per l'individuazione di 99 Case della Comunità, al fine di distribuire sul territorio regionale una Casa della Comunità ogni 50.000 abitanti circa, le cui attività rispondono alle funzioni definite dal Piano Socio Sanitario, all'interno delle competenze distrettuali, e alle indicazioni presenti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

In Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è prevista la realizzazione di 17 Case della Comunità così distribuite:

- n. 4 nel Distretto Socio sanitario Treviso Nord
- n. 4 nel Distretto Socio sanitario Treviso Sud
- n. 5 nel Distretto Socio sanitario Asole
- n. 4 nel Distretto Socio sanitario Pieve di Soligo



### Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
2.4 Realizzazione Case di Comunità	Progetti per Indizione Gara	n. 17		
	Sottoscrizione contratti per la realizzazione		n. 17 (Giugno 2023)	

In Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è prevista la realizzazione di 8 Centrali Operative Territoriali con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza, così distribuite:

- n. 1 nel Distretto Socio sanitario Treviso Nord
- n. 2 nel Distretto Socio sanitario Treviso Sud
- n. 2 nel Distretto Socio sanitario Asole
- n. 3 nel Distretto Socio sanitario Pieve di Soligo



### Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
2.5 Realizzazione Centrali Operative Territoriali	N. COT attivate		8	

## Sviluppo Cittadella della Salute Treviso

L'accessibilità ai servizi riguarda anche l'aspetto strutturale degli edifici nei quali si erogano prestazioni. Per questo lo sviluppo della "Cittadella della Salute" rappresenta uno degli obiettivi di performance che interessa l'Azienda nel prossimo triennio e che impatta fortemente nella gestione dell'operatività.

E' oramai in corso di ultimazione la Fase 1 che comprende la realizzazione dell'edificio "A36" adibito a centrale del SUEM 118 e dell'HEMS (*Helicopter Emergency Medical Service*) nei pressi dell'edificio della lavanderia, del nuovo tracciato di Via del Passo e Via Santa Maria di Cà Fancello, la realizzazione della nuova centrale energetica e delle infrastrutture tecnologico logistiche negli edifici A30 A e B e, soprattutto, la realizzazione dell'edificio ospedaliero di maggiore importanza, l'edificio A29, nell'area prima occupata in parte dall'elisuperficie.

Il nuovo Edificio 29 - high care sarà il cuore della Cittadella della Salute dell'Ospedale di Treviso: vi troveranno collocazione tutte le funzioni a maggiore intensità di cura e complessità tecnologica quali sale operatorie, terapie intensive, diagnostica per immagini e radioterapia, l'area parto e le degenze di ostetricia, medicina nucleare e degenze chirurgiche.

Contestualmente si sta perfezionamento il piano dei trasferimenti al fine di attivare i nuovi reparti dell'Edificio 29-high care.

Il trasferimento sarà finalizzato in particolare a liberare spazi attualmente utilizzati negli edifici esistenti ma destinati alla futura demolizione e/o ristrutturazione (fase 2).

### *Sviluppo della Fase 2 dell'intervento con la definizione della progettazione dei lavori per gli ulteriori edifici*

Nella seconda Fase di realizzazione della nuova Cittadella della Salute, la ristrutturazione di n. 6 edifici (denominati: 1, 4, 8, 9, 20, 21) e la nuova costruzione di n. 3 edifici (denominati 33, 34, 35). La Fase 2 è divisa in sottofasi che permettono la realizzazione dei lavori compatibilmente con il mantenimento in funzione dell'ospedale.

Tale ultimo aspetto rappresenta un elemento estremamente vincolante per lo sviluppo progettuale e l'avanzamento dei lavori e va calibrato puntualmente coordinando le attività del Concessionario con le fondamentali attività sanitarie del Presidio Ospedaliero.

La prima sub fase (Fase 2.a) prevede la demolizione di un primo edificio esistente (edificio 02), per consentire la costruzione di un nuovo edificio (edificio 33) dedicato a specialità prevalente mediche nella stessa posizione, e la ristrutturazione dell'edificio dov'è attualmente collocato il Pronto Soccorso.

Questi due ultimi corpi di fabbrica completeranno ciò che rappresenta il “core” della Cittadella Sanitaria e saranno collegati al precedente edificio “high care” tramite la “main street” dedicata alla movimentazione orizzontale di visitatori e pazienti tra i diversi edifici. Il Pronto Soccorso, marginalmente interessato dai lavori di ristrutturazione, continuerà a funzionare durante i lavori sugli altri livelli.

In questa fase inoltre verrà realizzata la nuova sede universitaria di medicina (edificio 35) ottemperando alle disposizioni della Legge Regionale n. 10 del 16/04/2020, con la quale la Regione del Veneto ha approvato l’attivazione da parte dell’Università degli Studi di Padova il corso di Laurea in Medicina e chirurgia presso l’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana. La realizzazione dell’edificio 35, da destinare a nuova sede universitaria di medicina, non è vincolata ad altri edifici o trasferimenti e si prevede che possa essere completata all’inizio della fase 2.

Ne frattempo dovrà essere sviluppata la progettualità della seconda fase (Fase 2.b) che prevede attualmente, ancorché in fase di approfondimento, la ristrutturazione con parziale ricostruzione dell’edificio oggi adibito alle specialità chirurgiche (edificio 04) che sarà destinato a funzioni di Day Hospital, Day Surgery e ambulatori. Contestualmente saranno oggetto di ristrutturazione i restanti edifici esistenti (08, 09) destinati alle degenze delle rimanenti specialità mediche e gli edifici 20, 21 che saranno destinati anche ad attività ambulatoriale. Sarà in fine realizzato l’edificio 34 destinato all’ Area Amministrativa.



<b>Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi</b>				
<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore soglia anno 2022</b>	<b>Valore soglia anno 2023</b>	<b>Valore soglia anno 2024</b>
2.5 Sviluppo Cittadella della Salute Treviso	Attivazione dei nuovi reparti dell'Edificio 29-high care	sì		
	Sviluppo ed approvazione della progettazione esecutiva Fase n. 2 e dell'Area della Formazione Universitaria	sì	si	
	Demolizione edificio esistente (Edificio 02 attualmente adibito a rianimazione generale e al Dipartimento Cardiochirurgico)		si	si
	Ristrutturazione con parziale		si	si

	ricostruzione dell'edificio 01 (oggi adibito a Pronto soccorso, Centro trasfusionale e degenze chirurgiche)			
	Inizio lavori di realizzazione del Nuovo Edificio 33 (edificio nel quale verranno collocate prevalentemente le degenze mediche)			si
	Inizio lavori di realizzazione del Nuovo Edificio 35 (area Formazione)		si	

## STRATEGIA 3 - AMPLIARE LA SEMPLIFICAZIONE E LA SICUREZZA

### Obiettivi operativi:

- 3.1 Potenziamento della sicurezza digitale e della protezione dei dati clinico-sanitari-  
Cybersecurity
- 3.2 Sviluppo del SIO
- 3.3 Superamento visita per rinnovo accreditamento istituzionale
- 3.4 Attuare le misure per il contenimento del rischio corruttivo e per lo sviluppo della  
trasparenza

### Cybersecurity

Per loro natura, gli ospedali e le strutture sanitarie sono entità in cui la gestione del rischio cyber ricopre estrema importanza.

Serve un cambiamento di prospettiva rispetto alle precedenti regolamentazioni in materia di privacy, passando da un approccio basato sulla sola protezione dei dati ad uno più strutturato basato sulla governance dei dati. Tutto questo passa per la designazione di precisi soggetti responsabili e relativi ruoli nell'ambito della gestione dei dati di tutti i cittadini. A questo si aggiunge, d'altro lato, la complessità delle infrastrutture ICT di ospedali e strutture sanitarie, che rende altrettanto complessa la loro gestione, così come quella del personale addetto al loro utilizzo.

Il progetto si esplica nelle seguenti tappe:

- Unificazione firewall e unificazione regole di navigazione
- Campagna di phishing "benevolo" con pillole formative
- Applicazione/acquisizione di un sistema di strumenti software di backup anti-cryptolocker ed anti-ransomware Distretto di Treviso
- Applicazione/acquisizione di un sistema di strumenti software di backup anti-cryptolocker ed anti-ransomware Distretto di Pieve e Asolo
- Acquisizione di una piattaforma software (PAM: Privileged Access Management) per il controllo avanzato degli accessi degli amministratori di sistema
- Completo deployment della piattaforma di asset management delle PDL (IVANTI) per la gestione efficace delle postazioni di lavoro aziendali

Revisione degli elenchi degli utenti con accesso al dossier sanitario e alle cartelle cliniche informatizzate



### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
3.1 Potenziamento della sicurezza digitale e della protezione dei dati clinico-sanitari	% di fasi realizzate rispetto a quelle previste	90%		

#### Sviluppo del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Le applicazioni software in utilizzo negli ospedali della Regione Veneto saranno completamente rinnovate nei prossimi mesi. A seguito della deliberazione di Azienda Zero n° 362 del 01/08/2019 è stata aggiudicata la gara SIO, che porterà alla sostituzione degli applicativi software in tutti gli ospedali della Marca Trevigiana.

L'obiettivo è realizzare una piattaforma regionale integrata di gestione dei principali processi ospedalieri presenti nelle Aziende Sanitarie, siano essi di natura amministrativa, diagnostica e clinica, al fine di costruire un percorso di cura dell'assistito uniforme e condiviso, nel rispetto delle normative regionali e nazionali.

I cittadini e gli operatori sanitari beneficeranno di un contenuto informativo più ampio e completo, utile e necessario a rendere maggiormente efficienti ed efficaci i percorsi di cura e di salute.



### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
3.2 Sviluppo del Sistema Informativo Ospedaliero	Distretti nei quali viene avviato il SIO	Avvio nel Distretto di Pieve	Avvio nel Distretto di Asolo e Treviso	

#### L'accreditamento istituzionale

L'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana adotta un modello unico di gestione della qualità sulla base degli indirizzi definiti dalla normativa regionale in materia di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 22/2002, l'Azienda ha ottenuto l'autorizzazione all'esercizio, di durata quinquennale, per le strutture sanitarie con Decreto n. 562 del 11.12.2018 e l'accreditamento istituzionale, di durata triennale, nel 2018 (Dgrv n. 4/2020).

Nel 2022 vi sarà la visita per il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale dell'Azienda ULSS 2. La visita di verifica si svolgerà in loco e sarà condotta da valutatori di Azienda Zero e valutatori delle Aziende ULSS che saranno selezionati dall'elenco dei valutatori regionali.

L'azienda ritiene che l'accREDITamento non rappresenti un adempimento meramente formale ma sia l'occasione e lo stimolo per una capillare revisione delle procedure adottate nell'ottica della semplificazione.



### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
3.3 Superamento visita per rinnovo accreditamento istituzionale	% Unità operative che hanno rivisto i propri processi operativi	90%		

### Prevenzione della corruzione e trasparenza

L'Azienda adotta una strategia di prevenzione della corruzione che si basa sull'analisi dei processi aziendali e sulla gestione dei relativi rischi. Questa attività concorre allo sviluppo di una strategia di semplificazione e sicurezza dell'attività amministrativa svolta dall'Azienda e si sostanzia in un obiettivo di performance il cui contenuto viene dettagliato nella sezione di questo documento "rischi corruttivi e trasparenza".



### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
3.4 Attuare le misure per il contenimento del rischio corruttivo e per lo sviluppo della trasparenza	<i>Vedi sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"</i>			

La performance aziendale non può prescindere dagli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende sanitarie che rappresentano il riferimento principale della programmazione aziendale e che sono legati allo sviluppo delle tre strategie che l'Azienda intende perseguire.

In attesa dell'emanazione degli obiettivi regionali relativi al 2022, l'Azienda fa riferimento agli obiettivi assegnati nel 2021 con DGRV n. 958 del 13.07.2021 qui di seguito riportati.



LEA	OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA
<b>PREVENZIONE</b>			
<b>A Controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali</b>			
P.A. 1	Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	P.A. 1. 1 Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico.  P.A. 1. 2 Rafforzare le azioni di contact tracing  P.A. 1. 3 Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19  P.A. 1. 4 Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60  P.A. 1. 5 Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer	Soglie da DGR 727/2021, DGR 805/2021 e s.m.i.  ≥ 70%  ≥ 60%  ≥ 80%  ≥ 30%
P.A. 2	Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020	P.A. 2. 1 Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età >= 60 anni  P.A. 2. 2 Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	≥ 75%  ≥ 60%
P.A. 3	Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni	P.A. 3. 1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)  P.A. 3. 2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	≥ 95%  ≥ 95%
<b>B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati</b>			
P.B. 1	Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)	P.B. 1. 1 Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	≥ 95%
<b>C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</b>			
P.C. 1	Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro	P.C. 1. 1 Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive	≥ 15%
<b>E Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori</b>			

	P.E. 1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1. 1	% aziende bovine controllate per anagrafe	≥ 3% delle aziende
	P.E. 2	Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare	P.E.2. 1	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	>1
<b>F Prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening</b>					
	P.F. 1	Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1. 1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	≥ 65%
			P.F.1. 2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	≥ 60%
			P.F.1. 3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	≥ 60%
<b>ASSISTENZA DISTRETTUALE</b>					
<b>A Assistenza sanitaria di base</b>					
	D.A. 1	Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale	D.A.1. 1	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	Si, entro i termini previsti nel Vademecum
	D.A. 2	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.2. 1	% MGI con valore IVAQ sufficiente (≥ 0,65)	100%
<b>C Assistenza farmaceutica</b>					
	D.C. 1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata	D.C.1. 1	Limite di costo Farmaceutica Convenzionata	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
			D.C.1. 2	Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	Soglia definita nel Vademecum
<b>D Assistenza Integrativa</b>					
	D.D. 1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1. 1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
<b>E Assistenza specialistica ambulatoriale</b>					
	D.E. 1	Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	D.E.1. 1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	100% di quanto previsto dal piano
			D.E.1. 2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	100%

	D.E. 2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.2. 1	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>95%
	D.E. 3	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.3. 1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.	valore compreso tra 40‰ e 60‰
<b>F Assistenza Protesica</b>					
	D.F. 1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1. 1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica 2021	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
<b>H Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale</b>					
	D.H. 1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1. 1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6)
			D.H.1. 2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9)
			D.H.1. 3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)
D.H. 2	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.2. 1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	
D.H. 3	Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale	D.H.3. 1	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	Si, relazione nei termini previsti dal Vademecum	
		D.H.3. 2	Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	Si, entro i termini previsti nel Vademecum	
<b>T Assistenza Distrettuale - Continuità ospedale-territorio</b>					
	D.T. 1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1. 1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	≤ 4
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>					
<b>B Ricovero ordinario per acuti</b>					
	O.B. 1	Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	O.B.1. 1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero come da Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	100% di quanto previsto dal piano
			O.B.1. 2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	100%
<b>T Assistenza Ospedaliera - obiettivi trasversali</b>					
	O.T. 1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei	O.T.1. 1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale

	beni sanitari	O.T.1. 2	Limite di Costo Dispositivi Medici	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
		O.T.1. 3	Limite di Costo IVD	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
		O.T.1. 4	Rispetto dei limiti di costo per DPC	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
O.T. 2	Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	O.T.2. 1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	> 90%
		O.T.2. 2	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	> 80%
		O.T.2. 3	% di parti cesarei primari	< 20% se ≥ 1.000 parti all'anno < 15% se < 1.000 parti all'anno
		O.T.2. 4	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	>90%
O.T. 3	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.3. 1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Sì, entro i termini previsti nel Vademecum
O.T. 4	Implementazione della Rete Ematologica Veneta	O.T.4. 1	Revisione dei PDTA esistenti e implementazione di nuovi PDTA	Sì, soglie da Vademecum

#### PROCESSI DI SUPPORTO

#### A Programmazione delle risorse

S.A.1	Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Soglia differenziata, come da delibera di assegnazione risorse LEA
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	≤ 0 gg
		S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	≤ 0%
S.A.3	Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edili e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda aggiornato al 30 maggio 2021

	S.A.4	Riorganizzazione attività ciclotrone	S.A.4.1	Relazione sulla riorganizzazione dell'attività con il ciclotrone con mantenimento dell'attività di radiofarmacia prodotta in proprio entro il 30/11/2021	SI
	S.A.5	Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021	S.A.5.1	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	100%
	S.A.6	Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	S.A.6.1	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	SI
			S.A.6.2	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	SI
	S.A.7	Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR	S.A.7.1	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	100% (v.Vademecum)
<b>B Informatizzazione</b>					
	S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	≥98%; ≥95% a seconda della tipologia (v. Vademecum)
	S.B.2	Attività propedeutiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	SI, secondo cronoprogramma
			S.B.2.2	Presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	SI, secondo cronoprogramma
			S.B.2.3	Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	Soglia definita in vademecum
			S.B.2.4	Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali	SI, secondo cronoprogramma
			S.B.2.5	Adeguate compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite	SI, secondo cronoprogramma
	S.B.3	Prenotazione online (interoperabilità)	S.B.3.1	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s
			S.B.3.2	Monitoraggio	1
			S.B.3.3	Accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	Tempo di ripristino <24h
			S.B.3.4	Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	SI, secondo cronoprogramma

	S.B.4	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	100%
<b>E Trasparenza e anticorruzione</b>					
	S S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	SI
<b>F Rispetto delle direttive regionali</b>					
	S.F.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.1.1	% richieste puntualmente soddisfatte	100%

## Rischi corruttivi e trasparenza

Scopo della presente sezione è quello di definire, in linea con gli obiettivi strategici aziendali, un modello di prevenzione della corruzione organico e sistematico e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere altresì 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 novembre 2012, n. 190 (L. 190/2012), e regionale, in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione (PNA).

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

Le fasi principali sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema. Il processo si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento: in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

### Organi di riferimento per la prevenzione della corruzione e trasparenza

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

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

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

Con delibera del Direttore Generale n. 2195 del 11.11.2021, l'Azienda ha nominato l'Avv. Marzia Volpato come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e con l'approvazione del presente documento la stessa viene confermata in tale ruolo.

L'Azienda ha seguito le indicazioni riportate nel PNA 2019 di ANAC in merito alla scelta del RPCT. Infatti è stata garantita l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza del funzionamento

dell'amministrazione, sia scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva e che non svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

Per lo svolgimento dei suoi compiti, al RPCT deve essere garantito adeguato supporto in termini di risorse umane, finanziarie e strumentali. Lo stesso deve avere accesso a tutti gli atti dell'organizzazione, dati e informazioni, funzionali all'attività di controllo, per l'esercizio della quale individua le migliori modalità atte anche alla salvaguardia della riservatezza.

I compiti attribuiti al RPCT non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando ma anche *in eligendo*.

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

### 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, a seconda della struttura di appartenenza, del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, del Direttore della Funzione ospedaliera, dei Direttori di Distretto socio sanitario.

È dovere di tutti i referenti e di tutti i dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1 ter, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Nell'Allegato 2, 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.

Oltre a tali attività, l'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. Per quanto riguarda il presente aggiornamento, gli stessi sono stati coinvolti nella predisposizione del nuovo Piano inserendo nel *format* per la relazione annuale da presentare entro fine 2021 una sezione relativa a “suggerimenti per la redazione del Piano”. Inoltre, attraverso la nota prot. n. 33690 del 23.02.2022, con cui è stato trasmesso il Report relativo al monitoraggio finale dello stato di avanzamento delle attività previste nel PTPCT 2021-2023, gli stessi sono stati informati del fatto che il PTPCT 2022-2024, come disposto dall'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (D.L. 80/2021), sarebbe stato adottato quale parte integrante del PIAO, entro il successivo 30 aprile, e della possibilità di formulare al RPCT, entro l'11 marzo, eventuali proposte per la predisposizione del nuovo Piano. In entrambi i casi non sono pervenute proposte.

I responsabili delle diverse unità operative, nell'esercizio delle funzioni di referenti, sono tenuti a curare il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione dei rischi, nonché di proposta e definizione delle misure per l'attuazione del piano di prevenzione della corruzione.

Tutto il personale è tenuto infatti a fornire all'RPCT e ai Referenti delle aree interessate dal piano la collaborazione necessaria per prevenire la corruzione e, ai sensi dell'art. 8 del DPR n. 62 del 16.04.2013 (D.P.R. 62/2013), a rispettare le prescrizioni contenute nel piano stesso.

Inoltre, l'Azienda sta procedendo ad individuare un gruppo di operatori, scelti, d'accordo con i relativi Responsabili, all'interno dei settori maggiormente coinvolti dall'attuazione della strategia aziendale di contrasto alla corruzione, al fine di creare una struttura organizzativa di supporto alla figura del RPCT, trasversale all'interno dell'Azienda. Si provvederà inoltre ad individuare delle specifiche figure che possano essere di volta in volta coinvolte dal RPCT nella gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti.

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

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

Il PNA 2016 prevede poi l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, considerando questa come un'importante misura 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 dell'UOC Provveditorato.

### Internal auditing

L'Internal Auditing si occupa di:

- assicurare il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione con l'obiettivo di assistere la direzione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di *corporate governance*;
- garantire il coordinamento e il monitoraggio delle attività ed i piani di audit;
- svolgere specifica attività di audit al fine di migliorare i processi di gestione dei rischi e il controllo dei principali processi amministrativi dell'azienda.

L'obiettivo dell'Internal Auditing è quindi precipuamente quello di affrontare e gestire le molteplici tipologie di rischio derivanti sia da fattori endogeni che esogeni all'azienda, che devono essere identificati, analizzati, trattati e monitorati, in quanto, se trascurati o gestiti inadeguatamente, possono impattare sul grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali ovvero intaccare il patrimonio aziendale.

Il PNA 2019 prevede che è altamente auspicabile, come buona prassi, non introdurre ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati.

All'interno dell'Azienda è prevista una stretta sinergia tra l'Internal Auditing e l'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione, in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi di entrambe con un approccio sistematico, che generi un valore aggiunto in quanto finalizzato ad analizzare e migliorare i processi, gestendo i rischi sia amministrativo contabili sia di corruzione.

L'Internal Auditing aziendale coadiuva il RPCT svolgendo le seguenti funzioni:

- sviluppa un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza;
- supporta da un punto di vista metodologico l'analisi del contesto, la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruzione connesso;

- verifica l'efficacia delle misure di trattamento del rischio.

Nel piano triennale dell'Internal Auditing 2022-2024, in corso di definizione, sono previste le attività di analisi e audit con le singole unità operative dei rischi:

- amministrativo-contabile (non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative),
- frode (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)
- di compliance (mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne),
- nonché la verifica dell'efficacia delle azioni di miglioramento avviate nel 2021.

Nel corso del 2021, Internal Auditing, RPCT e Innovazione e Sviluppo Organizzativo hanno proseguito con le attività relative alla gestione dei suddetti rischi seguendo la metodologia del *Control Risk Self Assessment* (CRSA), proposta da Azienda Zero per il controllo interno e armonizzata con la ISO 31000:2018 e le linee guida fornite da ANAC.

Nel triennio, in linea con le indicazioni del PNA, è auspicabile mantenere una forte sinergia tra tutti i sistemi di *governance* al fine di non ridondare i controlli all'interno dell'azienda, in modo da realizzare un forte coordinamento ed "economie di scala". L'ottica non dovrà essere di puro controllo ma si tratterà di realizzare audit del processo, con la finalità di valutare la loro efficacia ed efficienza, oltre che lo stato di conformità del sistema di gestione dell'organizzazione, in una visione di lean management e miglioramento continuo.

### Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.01.2017, n. 1538 del 10.08.2017 e n. 857 del 24.05.2018 è stato costituito un unico ufficio procedimenti disciplinari (UPD) per l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana che dovrà agire nel caso di procedimenti disciplinari per infrazioni punibili con sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa).

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 all'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.

I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC pubblicata sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione

Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

### 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 marzo 2013, n. 33 (D. Lgs. 33/2013) e della L. 190/2012).

Con il D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (D. Lgs. 97/2016) sono state rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e 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 maggio 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 rendicontate nei relativi verbali e attestazioni consultabili sul sito web dell'Azienda.

### La gestione dei rischi di corruzione

Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2019 sottolinea che il lavoro di autoanalisi organizzativa per individuare le misure di prevenzione della corruzione non è solo un adempimento burocratico, né un processo formalistico, ma contribuisce ad una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo.

L'analisi dei rischi deve essere di natura organizzativa, deve tendere all'acquisizione delle conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, piuttosto che all'applicazione meccanicistica di formule matematiche per il calcolo del rischio. È fondamentale la conoscenza degli stakeholders (utenti, operatori economici, ecc.).

Il processo di gestione del rischio riguarda tutti i livelli organizzativi, è graduale e di miglioramento continuo, non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive e non implica valutazioni sulla qualità degli individui ma su eventuali disfunzioni a livello organizzativo. L'intero processo deve tener conto anche dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi organizzativi per ridurre i rischi.

I principi introdotti dalla normativa anticorruzione si sono inseriti all'interno della struttura dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana in un sistema di controllo interno orientato al miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali. La scelta dell'Azienda è quella di continuare a prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. Viene promosso il coinvolgimento dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruttivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è basata sui principi individuati dal PNA, legati al processo di gestione del rischio, così come previsto dalla ISO 31000:2018 succitata e dettagliata nelle seguenti fasi (come inserito nel PNA 2019):

- 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 del rischio, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione dello stesso per ciascun processo;
- analisi del rischio in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione del rischio, determinando in tal modo il livello di rischio;
- trattamento del rischio, 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.

Secondo il processo di gestione del rischio sopra descritto, in primis viene realizzata l'analisi del contesto, attraverso cui l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle peculiarità dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione ed attività (contesto interno).

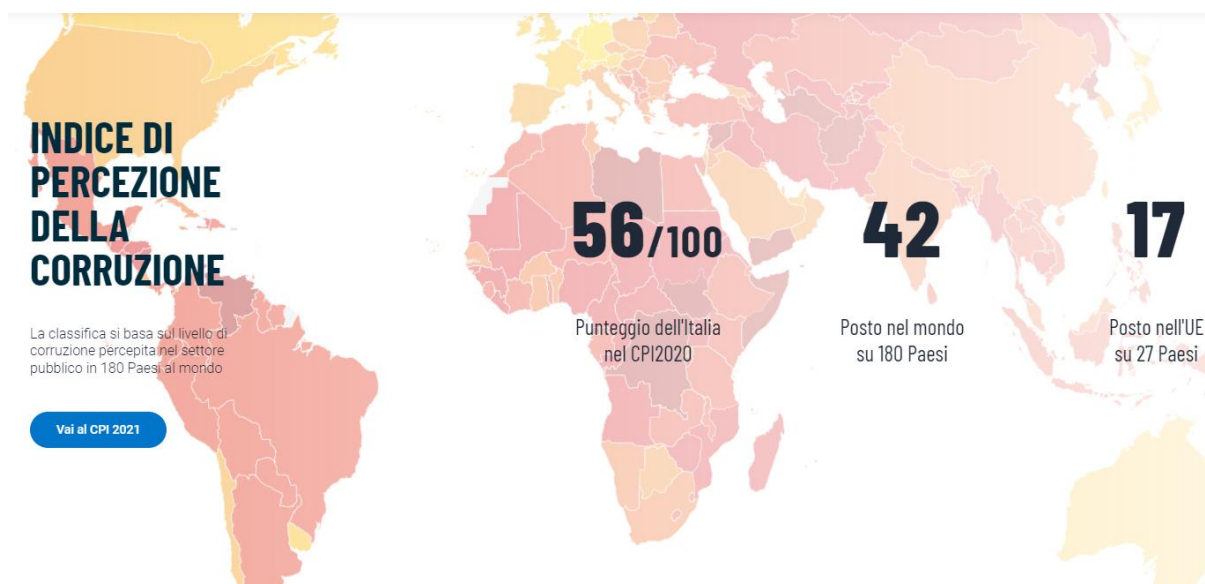
## Analisi del contesto esterno

### Il contesto nazionale

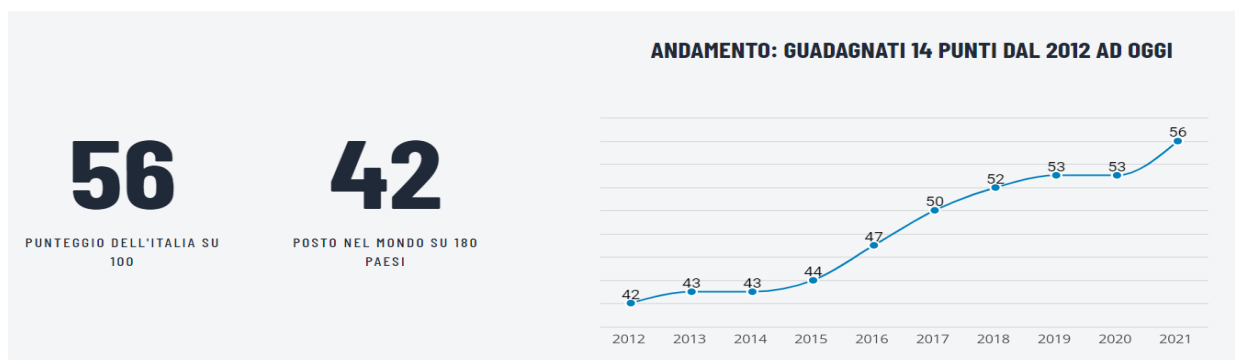
Il contesto italiano presenta vari rischi, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee

guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione.

Transparency International<sup>1</sup> pubblica l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti. Nel 2021 l'Italia si classifica al 42° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, guadagnando così 10 posizioni rispetto al 2020, e raggiungendo un punteggio di 56/100, migliorando di 3 punti rispetto all'anno precedente. A livello europeo l'Italia si pone al 17° posto su 27 paesi membri dell'Unione europea, dove il punteggio medio è di 64/100.



Dal 2012 ad oggi in Italia sono state guadagnate n. 14 posizioni, a riprova dei progressi fatti in tale ambito.



Il miglioramento del posizionamento è senz'altro da attribuire all'introduzione della legge anticorruzione, all'istituzione di ANAC, alle nuove norme sugli appalti, al diritto generalizzato di accesso agli atti della Pubblica Amministrazione, all'adozione della disciplina a tutela dei whistleblower, alla maggiore trasparenza dei finanziamenti alla politica e, con la legge anticorruzione del 2019, ad un inasprimento delle pene previste per taluni reati.

La credibilità internazionale del Paese, che si è rafforzata in quest'ultimo anno, ha influito sul clima generale di fiducia, sostenuto anche dagli sforzi espressi da numerosi stakeholder del settore

<sup>1</sup> Transparency International è la più grande organizzazione a livello globale che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione. Fondata nel 1993, con sede a Berlino, è diffusa in oltre 100 Paesi del mondo, la sezione Italia è stata fondata nel 1996 da persone di diversa estrazione sociale e professionale (imprenditori, accademici, funzionari e privati) e si rivolge a tutti gli individui, gli enti, le istituzioni, le associazioni private e pubbliche che condividano le finalità e intendano perseguire gli obiettivi propri del movimento internazionale e dell'organizzazione italiana (<https://www.transparency.it/chi-siamo>).

privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità. Restano tuttavia, sul piano del sistema ordinamentale nazionale, alcune questioni fondamentali in attesa di definizione:

1. Il recepimento della Direttiva europea 2019/1937 in materia di whistleblowing<sup>2</sup> (il cui termine è scaduto lo scorso dicembre), che consentirebbe di integrare, completandola, la disciplina ora contenuta nella Legge 30.11.2017, n. 179 (L. 179/2017);
2. la pubblicazione del registro dei titolari effettivi, introdotto con il recepimento della V Direttiva europea antiriciclaggio, che non ha ancora visto la luce in assenza dei decreti attuativi necessari;
3. l'emanazione della disciplina sul lobbying, il cui testo è stato di recente approvato, in prima seduta, dalla Camera dei Deputati e che ora attende il vaglio del Senato della Repubblica.

Lo sviluppo di nuovi strumenti, l'impegno delle Istituzioni e degli Enti per la lotta alla corruzione e la promozione della trasparenza costituiranno il volano per il conseguimento di risultati ancora più lodevoli per il nostro Paese. La sfida che riguarderà l'Italia nei prossimi anni è quella della piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): il rilancio del Paese richiede la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione

### **La Regione del Veneto e la Provincia di Treviso**

In base ai dati della Prefettura di Treviso del 2021 su legalità e infiltrazioni mafiose, sono ancora attuali le difficoltà economiche legate alla pandemia e il conseguente rischio delle imprese trevigiane di cadere nella trappola dell'illegalità. Inoltre, in base a quanto riferito dal capo della Divisione investigativa antimafia (DIA) del Triveneto, è in corso "un patto tra Ndrangheta, Camorra e Cosa Nostra per spartirsi gli affari" in provincia di Treviso come in tutta la regione. Condizione presente fin da prima dell'inizio della pandemia ma che, in un momento critico come quello attuale, potrebbe aggravarsi. Tuttavia, dalla panoramica delle esigenze delle diverse categorie a un anno dall'emergenza sanitaria chiesta dal prefetto, è emerso che, pur essendoci settori maggiormente colpiti rispetto ad altri, come turismo e agricoltura, nel complesso il sistema economico ha resistito, anche grazie agli aiuti statali.

### **La sanità**

La suddivisione dei casi di corruzione per tipologia di amministrazione vede le aziende sanitarie al terzo posto, dietro a Comuni e società partecipate.

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;

<sup>2</sup> Si veda più oltre, a pagina 73, per la disciplina dell'istituto.

- 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 pari a circa il 15% dei finanziamenti pubblici.

### L'emergenza COVID-19

In questo contesto, le sfide poste dall'emergenza Covid-19 possono mettere a rischio gli importanti risultati conseguiti se si dovesse abbassare l'attenzione verso il fenomeno e non venissero previsti e attuati i giusti presidi di trasparenza e anticorruzione, in particolare per quanto riguarda la gestione dei fondi stanziati dall'Europa per la ripresa economica.

Nell'ambito della Pubblica Amministrazione, le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono state le strutture maggiormente interessate dal fenomeno della pandemia da Covid-19, sotto l'aspetto operativo, gestionale e finanziario. Non solo l'emergenza Covid19 sta richiedendo estrema sforzi al Sistema Sanitario Nazionale, ma quest'ultimo deve anche fronteggiare gli attacchi di corrotti e speculatori. La cronaca giudiziaria racconta di una sanità sempre più aggredita e sarà importante che i finanziamenti che andranno ad alimentare il settore sanitario vengano protetti da fenomeni corruttivi.

In occasione della Giornata internazionale 2021 contro la corruzione, celebrata ogni anno il 9 dicembre, il Presidente del Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO) del Consiglio d'Europa, Marin Mrčela, ha rilasciato la seguente dichiarazione:

*“Nell'affrontare le ondate successive della pandemia da Covid-19 e dovendo fornire risposte rapide, i governi ricorrono spesso a misure straordinarie. Nonostante l'eccezionalità della situazione, è cruciale che i governi agiscano nel pieno rispetto della legge e basino tutte le loro azioni sui principi di trasparenza, di supervisione e di responsabilità. I rischi di corruzione legati alla pandemia rimangono elevati, soprattutto nel settore sanitario e nell'azione dei governi volta ad affrontare il suo impatto economico. L'accesso pubblico alle informazioni continua a essere cruciale, come anche sistemi efficaci di protezione per chi denuncia le irregolarità. Quando si tratta di combattere la corruzione nel settore pubblico o privato, le linee guida per prevenire i rischi di corruzione legati alla pandemia pubblicate nei primi mesi dell'emergenza sanitaria rimangono pertinenti come allora. Aree particolarmente sensibili sono l'assegnazione di appalti pubblici, i conflitti di interessi e le attività di lobby ... È essenziale che i governi attuino completamente le raccomandazioni del GRECO per prevenire e combattere la corruzione. Il loro obiettivo principale*

*dovrebbe essere l'istituzione di un quadro giuridico e istituzionale che riduca il rischio di atti di corruzione prima che si verifichino e associarlo a procedure penali rapide ed eque che prevedano sanzioni efficaci, proporzionate e dissuasive. Nel loro lavoro di prevenzione e lotta contro la corruzione, gli Stati membri devono dedicare particolare attenzione alla sensibilizzazione rispetto ai rischi e ai costi associati alla corruzione, come anche all'istruzione dei giovani e dei minori sui principi fondamentali di integrità e responsabilità nella vita pubblica."*

### **La sfida del PNRR**

Come è noto, la pandemia e la crisi economica che ne è derivata hanno spinto l'UE a prevedere ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri con il programma Next Generation EU (NGEU - luglio 2020), sulla scorta del quale il Governo italiano ha poi predisposto il Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In questo contesto, gli Stati dovranno attuare una valutazione del rischio, una vera e propria compliance in tema di anticorruzione, di conflitto d'interesse e di frode. In Italia la valutazione del rischio sarà in capo alla cabina di regia del ministero dell'Economia.

Già nel Regolamento 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza, la prevenzione e il contrasto dei casi di frode e corruzione sono inseriti tra le priorità che gli Stati membri devono perseguire, nella redazione e nell'attuazione del Piano. A tal proposito:

- si prescrive agli Stati membri di illustrare nel piano nazionale per la ripresa e la resilienza il sistema predisposto per prevenire, individuare e reprimere la corruzione, la frode e i conflitti di interessi nell'utilizzo dei fondi (art. 18), in ossequio al principio della sana gestione finanziaria delle risorse;
- si prevede che la Commissione valuti tale sistema quale indice dell'efficienza del piano (art. 19);
- si richiede agli Stati membri, a tutela degli interessi finanziari dell'Unione, di adottare tutte le opportune misure per garantire che l'utilizzo dei fondi sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, assicurando la prevenzione, l'individuazione e il contrasto di frodi, casi di corruzione e conflitti di interessi, prevedendo un sistema di controllo interno efficace ed efficiente nonché provvedendo al recupero degli importi indebitamente versati o utilizzati in modo improprio (art. 22);
- si indica, infine, agli Stati membri di raccogliere categorie standardizzate di dati e informazioni, che consentano la prevenzione, l'individuazione e la repressione di gravi irregolarità, mediante un sistema di informazione e monitoraggio, di estrazione di dati e valutazione del rischio reso disponibile dalla Commissione.

In attuazione del Reg. UE 2021/241, nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano si è previsto che ciascuna Amministrazione sia responsabile, nell'ambito degli interventi di competenza, dell'effettuazione dei controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese, nonché dell'adozione delle misure necessarie per prevenire, individuare e sanzionare le irregolarità e gli indebiti utilizzi delle risorse stanziare. Il coordinamento e il monitoraggio a livello centrale sono

invece di competenza della Ragioneria Generale dello Stato, cui competono altresì attività di controllo e di audit.

Nel D.L. 77/2021, che ha delineato il sistema di governance del PNRR, si è poi previsto, più nello specifico, che, ai fini del rafforzamento delle attività di controllo, anche finalizzate alla prevenzione e al contrasto della corruzione, delle frodi - e ferme restando le competenze in materia dell'Autorità nazionale anticorruzione - le amministrazioni centrali possono stipulare specifici protocolli d'intesa con la Guardia di Finanza. In tale direzione, si segnala il protocollo stipulato tra il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Guardia di Finanza, con l'obiettivo di implementare la reciproca collaborazione e garantire un adeguato presidio di legalità a tutela delle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. A livello operativo, nel protocollo si prevede la reciproca condivisione del patrimonio informativo, mediante l'interoperabilità delle rispettive banche dati; inoltre, si prevede il coinvolgimento della Guardia di Finanza nella c.d. rete dei referenti antifrode.

Nel corso dell'anno verrà valutata con la Direzione strategica l'adozione di eventuali ulteriori misure per assicurare la corretta gestione dei fondi del PNRR.

### **Analisi del contesto interno e mappatura dei processi a rischio corruttivo (aree generali e specifiche di rischio)**

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 Scheda anagrafica dell'organizzazione del presente documento (pag. 5), nonché alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano (pag. 85), che qui si danno per integralmente richiamate.

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

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

Il dettaglio di tale analisi è contenuto nell'allegato 1 della presente sezione del PIAO.

Nonostante non siano formalmente individuati referenti di processo e di gestione del rischio, la definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l'intera attività svolta (come previsto anche dal PNA 2019).

Nel corso del 2019, in attuazione del piano Internal Auditing (IA) e del piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza, è stata avviata un'attività integrata di CRSA (*Control Risk Self Assessment*) che ha permesso di mappare la quasi totalità dei processi aziendali, integrando controllo interno (IA) e anticorruzione (AC), e 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 seguenti fasi di validazione della mappatura dei processi e di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi.

### **Validazione della mappatura dei processi**

Nel corso del 2018 Azienda Zero della Regione Veneto ha aggiornato il predetto elenco trasmesso con nota prot. n. 14934 del 16 novembre 2018. I processi inseriti nell'elenco costituiscono l'oggetto di riferimento per l'internal auditing. Nel 2019 si è proceduto quindi a raccordare l'elenco predisposto dalla Regione con l'elenco dei processi definiti in ambito anticorruzione, arrivando ad un unico elenco aziendale, che è stato revisionato ed affinato nel 2020. Tale attività è stata effettuata con l'obiettivo di non limitarsi a pochi processi organizzativi, ma di esaminare gradualmente l'intera attività svolta dall'amministrazione, sfruttando la flessibilità, la gestibilità, la completezza e la concretezza dell'approccio per processi, e aumentandone o riducendone l'analiticità in base a scopo, risorse e competenze. Ciò risulta in accordo con il PNA 2019, nel quale si suggerisce di utilizzare mappature dei processi già esistenti come punto di partenza per evitare duplicazioni e favorire sinergie.

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

Come detto, nel 2019, 2020 e 2021 controllo interno, "Innovazione e Sviluppo Organizzativo" e "Trasparenza e anticorruzione", nell'attività di rivalutazione di processi e rischi specifici, hanno adottato la metodologia del *Control Risk Self-Assessment* (CRSA), condivisa da Azienda Zero per l'ambito dell'Internal Auditing.

Tale approccio si sposa con l'indicazione nel PNA 2019 di possedere una mappatura del rischio integrata con altri sistemi di gestione (controllo di gestione, sistema di auditing, di gestione della qualità e sistemi di performance management).

In modo specifico per la funzione "Trasparenza e Anticorruzione", in riferimento alla prima fase prevista dalla ISO 31000 2018 (Definizione del contesto), in accordo con il PNA 2019, in cui si raccolgono tutte le aree di rischio elencate nei precedenti PNA, per questo piano si considerano le seguenti principali aree di rischio generali:

- 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.

Oltre alle aree generali, sono state indicate aree di rischio specifiche, peculiari del settore sanitario, potenzialmente esposte a rischi corruttivi (PNA 2015, par. 2.2 pag. 46 nella parte “speciale - approfondimenti”), riprese dal PNA 2019:

- I. Attività libero professionali
- J. Liste di attesa;
- K. Rapporti con soggetti erogatori;
- L. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- M. Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

In base a ciò, all'interno dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, sono stati individuati e valutati 76 processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale. Di tali processi 39 sono stati classificati a medio-alto rischio di corruzione, con Indice di Rischio medio e rilevante. Per 52 processi sono stati identificati i relativi rischi specifici ed è stato stilato il registro dei rischi.

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).

Tale macro-fase del processo di gestione del rischio è stata sviluppata per 52 dei processi identificati nell'elenco in Allegato 1, dando priorità a quelli con IR più elevato (area gialla e verde della matrice della valutazione del livello di rischio dei processi riportata all'interno dell'allegato stesso).

#### Identificazione rischi specifici

I responsabili di ogni unità organizzativa e/o processo (eventualmente supportato da un gruppo di lavoro dagli stessi individuato), avendo una conoscenza approfondita dell'organizzazione devono identificare in questa fase tutti gli eventi rischiosi che potrebbero ipoteticamente verificarsi. Così come sottolineato dal PNA 2019, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV, organi di indirizzo) devono comunque mantenere un atteggiamento attivo e segnalare eventuali rischi ad integrazione.

L'oggetto di analisi per l'identificazione dei rischi specifici sono le singole fasi (sotto processi) o attività in cui si scompone un processo.

Per l'identificazione degli eventi rischiosi si suggeriscono diverse tecniche che adottano una prospettiva rivolta al passato e al futuro:

- 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) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno o di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre ULSS;
- *brainstorming* con il gruppo di lavoro (personale che opera all'interno del processo interessato) per vagliare i rischi specifici presenti nell'elenco contenuto nell'allegato 3 del PNA 2013 e identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione per ogni fase dei processi a medio ed alto rischio di corruzione, oltre a possibili schemi di corruzione.

Ad integrazione, si aggiungono 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, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

La fase di identificazione permette di compilare la prima parte dei registri dei rischi riportati nell'Allegato 1.

Il PNA 2019 suggerisce di identificare almeno un evento rischioso per processo. Ogni rischio dovrebbe essere specifico del processo e adeguatamente descritto.

#### Analisi e ponderazione dei rischi specifici

Considerando le indicazioni del PNA 2019, si è valutato se 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).

E' molto importante procedere innanzitutto ad individuare i fattori abilitanti, cioè i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Esempi di fattori abilitanti possono essere i seguenti:

- mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Ciascun rischio individuato è stato classificato in 3 categorie:

- amministrativo contabile, che comporta non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative

- *compliance*, derivante da mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle 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 M., D'Onza G., Mancini D., Garzella S., 2003). Il rischio di corruzione si inserisce quindi all'interno di questa categoria.

Il gruppo di lavoro e l'owner di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e Internal Auditing, hanno proceduto alla relativa analisi sulla base di 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 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, da 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.

Per la ponderazione dei rischi specifici si è proceduto a normalizzare il rischio lordo in modo da essere agevolati nella ponderazione (con scala da 1 a 5: 1=basso; 2=medio-basso; 3=medio; 4=medio-alto; 5=alto), al fine di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di intervento.

All'interno dell'Azienda, su 76 processi individuati e valutati per le aree di rischio di corruzione, sono stati identificati i relativi rischi specifici ed è stato stilato il registro dei rischi per 52 processi.

Nel corso del 2021 sono stati ulteriormente aggiornati 14 registri dei rischi.

### **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 prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e nella programmazione delle modalità della loro attuazione.

Una volta misurati i rischi, come definito nel paragrafo precedente, si devono individuare i rischi da trattare prioritariamente rispetto agli altri. Le risposte in fase di trattamento possono essere di eliminazione, mitigazione o accettazione del livello di rischio.

Oltre alle misure generali per prevenire fenomeni di corruzione indicate dal PNA 2013 e successivi, possono rendersi necessarie misure specifiche di contenimento per i rischi da trattare con maggiore priorità, preferendo quelle con minore impatto organizzativo e finanziario connesso

alla relativa implementazione. Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità.

Tali misure (dette anche controlli o misure di controllo del rischio) sono azioni atte a contenere il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano per l'incidenza su problemi specifici

Di seguito un elenco esemplificativo di misure generali e specifiche che possono essere adottate:

- 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).

Sono particolarmente importanti le misure di semplificazione e sensibilizzazione interna, intesa come promozione di etica pubblica.

Le misure (dette anche controlli) 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.

Nel definire le azioni da intraprendere, come evidenziato nel PNA 2019, si dovranno considerare innanzitutto le misure già in essere e si dovrà analizzare un possibile eventuale potenziamento di tali controlli prima di introdurne di nuovi; ciò si allinea anche con l'obiettivo di non appesantire troppo l'attività amministrativa.

Secondo il PNA 2019 le misure devono rispondere ad alcuni requisiti:

- presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici: valutare l'applicazione e l'adeguatezza delle misure esistenti prima di identificarne di nuove;
- capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- sostenibilità economica e organizzativa delle misure: per ogni evento rischioso rilevante si deve individuare almeno una misura potenzialmente efficace e deve essere preferita quella con un miglior rapporto costo/efficacia;
- adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione;
- gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

Le misure sono valutate considerando le seguenti dimensioni:

- pertinenza (con peso 0,3 e scala da 1 a 5): misura la qualità del controllo in termini di effettiva capacità di limitare il rischio;
- copertura (con peso 0,4 e scala da 1 a 5): misura il grado di copertura del controllo;
- robustezza (con peso 0,3 e scala da 1 a 5): misura una serie di caratteristiche quali la non discrezionalità del controllo, la sistematicità, la segregazione, l'automazione, la tracciabilità.

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. Per ottenere la valutazione del rischio residuo si è effettuata una media pesata del punteggio assegnato ad ogni dimensione ed una successiva normalizzazione per riportare il valore in una scala da 1 a 4.

Nei registri dei rischi riportati nell'allegato 1 sono previste le singole misure specifiche da attuare. Per le azioni da implementare sono stati definite tempistiche e responsabilità, oltre ad un indicatore dello stato di attuazione.

Attesa l'importanza strategica della mappatura dei processi, dell'identificazione, analisi e ponderazione dei rischi, nonché del relativo trattamento attraverso l'individuazione delle misure di trattamento, generali e specifiche, nella presente sezione del PIAO vengono individuati gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire nel corso del triennio 2022-2024 al fine di consentire un'adeguata gestione e prevenzione del rischio corruttivo, obiettivi collegati alle strategie individuate dall'Azienda per creare Valore pubblico e che si affiancano agli obiettivi in tema di performance.

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

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali	Elenco dei processi aggiornato	Sì	Sì	Sì
Aggiornamento e/o creazione del registro dei rischi	Aggiornare/Valutare i rischi specifici di corruzione seguendo la metodologia del CRSA	Sì	Sì	Sì
Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità	Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati	Sì	Sì	Sì

	per Indice di Rischio (IR) Valutare/Monitorare l'efficacia delle misure di trattamento / controlli			
--	---	--	--	--

## 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 l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) nonché le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza (approccio valoriale);
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, 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 adottati 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 Responsabile dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione (delibera del Direttore Generale n. 2389 del 09.12.2021). 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. I criteri, in materia di formazione condivisi con il RPCT, prevedono per i dipendenti individuati dai referenti del RPCT delle unità operative amministrative e del Dipartimento di Prevenzione un aggiornamento almeno quinquennale per i corsi a valenza generale e un aggiornamento triennale per i corsi a valenza specifica.

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.

Alla luce di questo e delle indicazioni del PNA 2019 - rivolte alla necessità di orientare la formazione all'esame di casi concreti calati nel contesto delle diverse amministrazioni, nonché di valorizzazione l'importante contributo che può essere dato dagli operatori interni all'Azienda,

inseriti come docenti nel 2021 è stata predisposta, da parte di un gruppo di lavoro, una formazione a distanza (FAD) sul codice di comportamento aziendale avente ad oggetto anche la trattazione di fattispecie realistiche.

Nel 2021, a causa dell'emergenza Covid-19 alcuni corsi residenziali previsti nel PTPC 2020 - 2022 sono stati procrastinati. In ogni caso, nel 2021, il personale aziendale ha partecipato ai seguenti corsi:

- il DEC nel nuovo D.Lgs. 50/2016;
- Direzione dell'esecuzione di contratti pubblici di servizi e forniture;
- Risk management in ambito anticorruzione e Internal Auditing: progetti per il miglioramento del trattamento dei rischi;
- Sperimentazioni cliniche: aspetti normativi e organizzativi ai componenti il comitato etico;
- altri corsi specifici in tema di anticorruzione erogati da soggetti privati esterni.
- In particolare il corso Risk management in ambito di anticorruzione e Internal Auditing ha avuto un notevole impatto sulla prevenzione della corruzione perché ha consentito la revisione di alcuni registri dei rischi (n. 14) e la predisposizione di alcuni piani di miglioramento.
- Per l'anno 2022 sono stati programmati i seguenti corsi in materia di prevenzione della corruzione:
  - FAD "Codice di comportamento";
  - avvio di una FAD per neoassunti;
  - formazione specifica in materia di anticorruzione ed etica per direttori responsabili di unità operativa;
  - formazione residenziale per il Dipartimento di Prevenzione;
  - corsi specifici previsti nel Piano per la formazione aziendale.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Individuare le persone da formare sulla base dei criteri stabiliti in accordo con l'RPCT e inseriti nel PIAO	Sì	Sì	Sì
	Realizzare corsi in tema anticorruzione per l'anno 2022 come previsto dal presente piano	Sì	Sì	Sì
	Aggiornare nell'area intranet la sezione dedicata alla condivisione della metodologia di gestione del rischio, dei	Sì	Sì	Sì

	registri dei rischi e delle attività di miglioramento avviate			
--	---	--	--	--

### 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 l'esigenza di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico;
- soggettivi, intesi come i diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura.

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.

Maggiori margini di applicabilità della misura sono ravvisabili per alcune professioni sanitarie (es. farmacisti e professioni sanitarie con incarico di funzione), che costituiscono un anello determinante nella catena del processo decisionale e per alcuni incarichi amministrativi/tecnici, anche se richiedono anch'essi competenze specifiche (es. ingegnere informatico) o particolari esperienze professionali (es. Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione).

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.

Il PNA 2016 - § VII Sanità - precisa che per il personale di area tecnico/amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza.

In Azienda, nel corso dell'anno 2021, la rotazione ha riguardato alcuni incarichi apicali, in particolare sono stati sostituiti i direttori di area amministrativa, sanitaria e sociale e sono intervenute delle modifiche nella titolarità degli incarichi di direzione di alcune delle principali

strutture aziendali (ospedali e distretti socio sanitari); è inoltre stato cambiato il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Con deliberazione n. 499 del 22.3.2018, è stato approvato il regolamento che stabilisce i criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo e con deliberazione n. 1334 del 6.8.2020 è stato adottato il Regolamento sul sistema degli incarichi dirigenziali dell'area sanità- ruoli medico, veterinario, sanitario e delle professioni sanitarie -. In applicazione di tale regolamento sono stati conferiti nel 2021 n. 150 incarichi di durata quinquennale.

Con deliberazione n. 2182 del 7.12.2019 è stato adottato il regolamento aziendale disciplinante gli incarichi di funzione (di organizzazione o professionali) del personale del comparto sanità dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, che disciplina l'individuazione, le graduazioni, i criteri di conferimento e la durata e dei suddetti incarichi e, con deliberazione n. 2642 del 30 dicembre 2021, sono state avviate le procedure di selezione interna per il conferimento degli incarichi di funzione (di organizzazione) per il personale del comparto del ruolo tecnico e amministrativo. Nel 2022 pertanto si darà luogo alle selezioni per il conferimento dei suddetti incarichi, tenendo conto della necessità di dar luogo alla rotazione del personale.

Per ogni singolo processo, considerate le indicazioni del PNA 2019, è necessario eseguire un'analisi puntuale sulla fattibilità della rotazione ordinaria, integrata da una formazione e da un'organizzazione del lavoro tale da garantire l'interscambiabilità del personale, attraverso il rafforzamento della trasparenza interna delle attività e il perfezionamento di procedure operative.

In ogni caso, 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.

A titolo esemplificativo, si indicano alcune misure:

- nei processi decisionali composti da più fasi e livelli, possono essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- con riferimento ad attività ad elevato rischio, va incentivata la collaborazione tra diversi ambiti (lavoro in team);
- in presenza di processi decisionali brevi (es. quelli relativi ad attività ispettive) possono essere istituiti gruppi di lavoro;
- in caso di conferimenti di incarichi all'interno di commissioni di selezione possono essere istituiti appositi albi;
- all'interno dello stesso ufficio può essere attuata la "rotazione delle pratiche" tra personale assegnato alla medesima unità operativa;
- utilizzo di cartelle condivise con i colleghi e uso di gestionali informatici utilizzabili da tutti i componenti dell'ufficio per favorire la trasparenza dei processi decisionali;
- predisposizione di apposite procedure operative per la gestione delle attività.

Nell'anno 2021, laddove non è stato possibile attuare la rotazione, le unità operative hanno inserito nei propri registri dei rischi alcune delle suddette misure. Dell'applicazione delle stesse è stata data evidenza nelle relazioni di monitoraggio trasmesse all'RPCT.

<b>Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza</b>				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire la rotazione ordinaria del personale o l'attuazione di misure alternative	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative per contrastare le tendenze di esclusività e favorire l'interscambiabilità	Sì	Sì	Sì
	Predisporre un regolamento per la rotazione del personale nelle aree maggiormente a rischio del Dipartimento di prevenzione		Sì	

### 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 (reati di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale). Al ricorrere di tali reati l'Amministrazione è obbligata all'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta "corruttiva" del dipendente e disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento sulla rotazione straordinaria è invece facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la pubblica amministrazione.

L'ANAC ha altresì chiarito che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater del D.Lgs. 165/2001, debba intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del codice di procedura penale. La conoscenza di questo momento, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti ex lege legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sull'iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia

medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.).

Per tale ragione, al fine di far emergere situazioni tali da richiedere l'applicazione di questa misura, nel codice di comportamento aziendale, all'art. 11, è stato inserito l'obbligo per i dipendenti interessati da procedimenti penali di segnalare immediatamente al responsabile gerarchico l'avvio di tali procedimenti.

Nell'anno 2021 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.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente	Adozione e diffusione procedura per rotazione straordinaria	Si		

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

Con deliberazione n. 354 del 4.3.2021, in attuazione delle linee guida ANAC n. 177/2020, è stato adottato il codice di comportamento dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana e ne è stata data opportuna diffusione con comunicazione a tutti i dipendenti e ai collaboratori e consulenti dell'Azienda. Il Codice dell'Azienda, che integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013), è uno strumento che indica 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 che 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 e 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.

Nell'anno 2021 sono pervenute n. 34 segnalazioni di violazione del codice di comportamento nazionale e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione, sono stati avviati n. 34 procedimenti disciplinari e sono state accertate n. 16 violazioni con conseguente irrogazione della sanzione.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Diffusione del codice di comportamento	Realizzare specifica formazione	Sì	Sì	Sì
	Predisposizione decalogo riassuntivo relativo alle principali regole di comportamento		Sì	

#### Il conflitto di interessi

Una situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio sono adottate da un soggetto che ha, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l'interesse pubblico alla cui cura è preposto.

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa, di cui all'art. 97 della Costituzione, ed è trattato con riguardo sia al personale dipendente dell'Azienda, sia con riferimento a soggetti esterni destinatari di incarichi.

Il conflitto di interessi, nel procedimento amministrativo, è disciplinato dall'art. 6 - bis "conflitto di interessi" della L. 241/1990, il quale prevede che il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. Tale disposizione ha una valenza prevalentemente deontologico-disciplinare e diviene principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe.

Il conflitto di interessi, con riferimento a tutta l'attività aziendale, è disciplinato dagli artt. 6,7,14 del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (DPR 16/2013,) nonché dagli artt. 3,5,6,7 del codice di comportamento aziendale.

Ai sensi dell'art. 3 del codice di comportamento aziendale il conflitto di interesse viene individuato nelle situazioni in cui via sia il rischio che un interesse privato possa influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per l'Azienda.

In estrema sintesi, secondo la normativa vigente, i dipendenti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di astenersi e di segnalarlo al

proprio superiore gerarchico, pena la responsabilità disciplinare degli stessi e fatte salve le eventuali ulteriori responsabilità civili, penali, amministrative e contabili. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nel corso degli anni ha regolamentato il conflitto di interesse adottando diversi regolamenti specifici:

- regolamento per la gestione del procedimento amministrativo, adottato con deliberazione 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 deliberazione n. 1230 del 19.07.2018;
- regolamento attività libero professionale intramuraria, adottato con deliberazione n. 1619 del 19.8.2021;
- regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extra istituzionali del personale dipendente, adottato con deliberazione n. 2502 del 19.12.2019;
- regolamento per il funzionamento del Comitato Etico per la sperimentazione clinica delle province di Treviso e Belluno, adottato con deliberazione n. 1215 del 29.06.2017.

#### **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.

Si indica pertanto la seguente procedura che andrà applicata in ogni unità operativa dell'Azienda:

- i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di astenersi e di segnalarlo al dirigente responsabile di unità operativa;
- il dirigente responsabile di unità operativa valuta se la situazione può realizzare un conflitto di interessi e ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo;
- i dirigenti responsabili di unità operativa che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo al proprio superiore gerarchico (Direttore di Dipartimento, Direttore di Struttura tecnico - funzionale, Direttore di Area), il quale valuta se la situazione può realizzare un conflitto di interessi e ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo;
- l'esito della valutazione può essere:
  - 1) non si configura alcuna situazione, neppure potenziale, di conflitto di interessi;
  - 2) si prospetta un'ipotesi anche potenziale di conflitto di interessi: il dirigente solleva il dipendente dallo svolgimento di attività potenzialmente in conflitto;
  - 3) si configura un'ipotesi attuale di conflitto di interessi, anche generalizzato, per cui è opportuno assegnare il dipendente ad un'altra unità operativa.

#### **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*).

L'art. 42 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (D. Lgs. 50/2016) indica una specifica ipotesi di conflitto di interessi che riguarda il personale di una stazione appaltante, il quale interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato e ha - direttamente o indirettamente - un interesse finanziario, economico o altro interesse personale, che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura stessa. Il personale che versa nelle suddette ipotesi è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante e ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. La stazione appaltante ha uno specifico obbligo di vigilanza circa l'osservanza dei detti obblighi da parte del personale impiegato nell'espletamento delle procedure di affidamento e di esecuzione delle prestazioni.

Con deliberazione n. 521 del 23.3.2018 sono state approvate le linee di indirizzo da applicarsi per la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici sino al momento in cui scatterà l'obbligo di ricorrere all'albo dei componenti delle commissioni giudicatrici di cui all'art. 78 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

Il personale della stazione appaltante pertanto dichiara l'inesistenza di cause di incompatibilità e astensione e di non trovarsi in conflitto in interessi, di cui all'art. 42 del D. Lgs. 50/2016, e le unità operative competenti, in particolare l'UOC Provveditorato, effettuano le opportune verifiche.

Inoltre, al fine di garantire l'assenza di conflitti di interesse nell'intero processo di *procurement*, la suddetta dichiarazione di cui all'art. 42 del D Lgs. 50/2016 viene richiesta anche ai membri dei Gruppi tecnici nominati per la "progettazione" delle procedure di gara come da fac-simili aziendali.

Dal 2017 nei gruppi tecnici nominati per la progettazione delle gare e nelle commissioni giudicatrici è presente una figura amministrativa che oltre a dare supporto giuridico/ amministrativo ha il compito di informare i componenti dei gruppi/ commissioni in merito ai contenuti delle dichiarazioni che gli stessi devono rendere. A tal fine viene messa a disposizione degli interessati una raccolta della normativa di riferimento.

Da ultimo ANAC ha emanato le Linee Guida n. 15, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 5.6.2019, che forniscono indicazioni in merito alla gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici e la delibera n. 25 del 15.1.2020 contenente indicazioni per la gestione del conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento dei contratti pubblici.

Nel 2020 è stato costituito un gruppo di lavoro che ha coinvolto l'RPCT, l'UOC Affari Generali e Legali, l'UOSD Formazione e l'UOC Gestione risorse umane con l'obiettivo di rilevare quanto presente ed adottato in Azienda in tema di gestione del conflitto di interesse.

L'attività in oggetto, che ha subito un rallentamento nel corso del 2021 a causa della pandemia, verrà ripresa nel corso del 2022, al fine di completare la rilevazione della modulistica utilizzata in Azienda e di addivenire alla formulazione di modelli il più possibile standardizzati sia per il personale dipendente che per i consulenti e collaboratori, valutando le modalità per una raccolta automatizzata delle dichiarazioni relative al conflitto di interessi da parte del personale dipendente.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Disciplina del conflitto di interessi	Definizione di moduli tipo aziendali per le diverse categorie di soggetti interessati dal conflitto d'interesse		Sì	
	Controllo a campione dell'avvenuta raccolta delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi dei consulenti e della relativa pubblicazione	Sì	Sì	Sì

#### Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato, il D.Lgs. 39/2013.

Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal succitato decreto e per "incompatibilità" si intende 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.

Con delibera n. 149 del 22.12.2014, l'ANAC era intervenuta in materia precisando che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie locali dovevano intendersi, secondo l'ANAC, applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Nella nostra Azienda ULSS, avendo anche un Direttore dei Servizi Socio - Sanitari, le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi venivano riferite anche a questo Direttore.

Successivamente, con delibera n. 1146 del 25.9.2019, l'ANAC ha precisato che gli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi dirigenziali interni e esterni" di cui all'art. 3, co.1, lett. c) del D. Lgs. 39/2013.

All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato infatti presenta una dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e annualmente una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità.

Le dichiarazioni della direzione strategica sono raccolte, a cura dell'UOC Affari Generali e Legali, al momento della nomina e periodicamente aggiornate

Le dichiarazioni dei dirigenti dei ruoli professionali, tecnici e amministrativi sono raccolte, a cura dell'UOC Gestione Risorse Umane, al momento della nomina e periodicamente aggiornate.

Per l'anno 2021 non sono pervenute segnalazioni riguardanti cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.

Nell'anno 2022 si continuerà a curare la raccolta delle dichiarazioni previste e ad effettuare le relative verifiche, nonché a revisionare le modalità per l'acquisizione e la verifica delle dichiarazioni.

<b>Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza</b>				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Richiesta delle dichiarazioni di incompatibilità alla Direzione strategica e al personale dirigente PTA già titolare di incarico	Sì	Sì	Sì
	Richiesta della dichiarazione di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti PTA titolari di nuovi incarichi			
	Revisione modalità per acquisizione e verifica delle dichiarazioni		Sì	

### **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 passata in giudicato, per i delitti 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.

La condanna, anche non definitiva, per i reati suddetti, comporta un'ipotesi di inconfiribilità per gli incarichi previsti e di interdizione per determinate attività, di tipo preventivo, a tutela dell'immagine dell'amministrazione e non sanzionatoria.

A tal fine, i componenti delle commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi e delle commissioni di gara per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture, compresi i dipendenti con compiti di segreteria, sottoscrivono una dichiarazione ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in cui attestano, oltre all'assenza del conflitto di interessi, anche l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale e gli uffici competenti effettuano le opportune verifiche, anche mediante richiesta dei certificati del casellario giudiziale

All'atto dell'assunzione, i dipendenti rilasciano specifica dichiarazione ex art. 46 e 47 del DPR 445/2000, in cui attestano l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso e l'UOC risorse umane effettua 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, che nel 2021 non si sono verificate violazioni dei divieti di cui all'art. 35 bis del D. Lgs. 165/2001.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Acquisizione autocertificazioni e relativo controllo	Sì	Sì	Sì

#### 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, che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare 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, nel rispetto del disposto dell'art. 98 della costituzione italiana.

Con DDG n. 2502 del 19.12.2019, è stato adottato un regolamento per la disciplina gli incarichi e le attività extra istituzionali dei dipendenti, comprensivo della procedura di rilascio

dell'autorizzazione, a cui è stata data opportuna diffusione mediante pubblicazione nel sito internet aziendale, nell'intranet e comunicato a tutti i dipendenti mediante l'angolo del dipendente.

In data 18 gennaio 2021 è stato effettuato un audit riguardante la procedura di rilascio delle autorizzazioni e la gestione delle comunicazioni relative agli incarichi extra istituzionali e non sono state rilevate criticità.

Nel 2021 sono pervenute n. 408 richieste di autorizzazione e sono state rilasciate n. 368 autorizzazioni allo svolgimento di attività extra istituzionali.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Aggiornamento regolamento aziendale per lo svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali e individuazione di una <i>black list</i> delle attività vietate		Si	

### 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 inoltre prevede 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.

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

Il PNA 2019, riprendendo gli orientamenti precedentemente espressi da ANAC, ha chiarito che devono considerarsi dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, non solo i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i predetti poteri, (attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza dell'ente), ma anche i dipendenti che

hanno comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione (cfr. parere ANAC sulla normativa AG 74 del 21.10.2015 e orientamento n. 24/2015).

L'Azienda, come indicato dal bando tipo n. 1, approvato con delibera ANAC del 22.11.2017, prevede 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, c.d. *Pantouflage*.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Sì	Sì	Sì
	Predisposizione modulistica ad hoc e clausole contrattuali	Sì		

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

L'art. 54-bis del D. Lgs. 165/2001 prevede la tutela del dipendente pubblico (c.d. *whistleblower*) che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala all'RPCT ovvero all'ANAC o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Alla luce delle linee guida di ANAC in materia, adottate con determinazione n. 6 del 28.4.2015, l'Azienda, con deliberazione n. 287 del 14.2.2019, ha adottato il "Regolamento concernente le segnalazioni di illeciti e irregolarità (*whistleblowing*)", che specifica la modalità di attuazione aziendali dell'istituto di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

In sede europea è stata emanata la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, relativa alla protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'unione.

L'ANAC successivamente, con delibera n. 469 del 9.6.2021, ha aggiornato le Linee guida in materia di *whistleblowing*, approfondendo i profili relativi alle segnalazioni di fatti illeciti effettuate in ambito pubblico, ispirandosi ai principi della legislazione comunitaria e riservandosi di aggiornarle in seguito al recepimento da parte dell'Italia della suddetta direttiva.

Nell'anno 2022 l'Azienda verificherà l'attualità del vigente regolamento e delle misure aziendali adottate in materia di *whistleblowing*, con riferimento alle indicazioni delle linee guida ANAC 2021, nonché alle eventuali nuove disposizioni legislative.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni	Sì	Sì	Sì
	Verifica ed eventuale revisione regolamento	Sì		

#### Patti di integrità

Come precisato dall'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 che 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.

Le stazioni appaltanti inoltre garantiscono un sistema di controlli basati sull'acquisizione della documentazione prevista dal Codice Antimafia e del possesso dei requisiti di ordine generale (reati considerati incidenti sulla moralità professionale delle imprese come ad esempio quelli riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale o commessi contro la PA nei casi di corruzione).

Il protocollo di legalità prevede, tra l'altro, che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione vigili sulla corretta esecuzione del Patto d'Integrità.

In data 6 aprile 2017, L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha sottoscritto con la Prefettura di Treviso - Ufficio Territoriale del Governo il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici, corredato dello schema di "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici".

In data 17 settembre 2019, il Presidente della Giunta regionale ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto il rinnovo del Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il cui schema è stato approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019.

Pertanto ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in

data 17.9.2019, consultabile sul sito della Giunta Regionale: (<http://www.regione.veneto.it/web/lavori-pubblici/protocollo-di-legalita>), nonché le clausole pattizie di cui al “Patto d’integrità in materia di contratti pubblici” sottoscritto con la Prefettura - Ufficio territoriale del Governo di Treviso, in data 1.6.2017, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata.

Il Patto di Integrità viene allegato al Disciplinare di gara e sottoscritto per accettazione dal titolare/legale rappresentante della Ditta che intende partecipare alla procedura di gara.

### Strategia 3 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Sì	Sì	Sì

## La trasparenza

### Gli obblighi di pubblicazione

La trasparenza 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.

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

Le disposizioni relative alla trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione.

La trasparenza è stata attuata in Azienda soprattutto attraverso canali informatici, che consentono un'immediata conoscenza dell'operato dell'Amministrazione, senza particolari oneri per il cittadino che vuole conoscerne il dettaglio.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nell'allegato n. 3, ha individuato le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, i principali flussi informativi, le tempistiche di pubblicazione, nonché le unità operative responsabili della pubblicazione dei dati.

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.

L'Azienda assicura, inoltre, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, la tracciabilità dei procedimenti mediante:

- la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;
- la semplificazione dei flussi documentali;
- la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;
- la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili, considerato che le deliberazioni del Direttore Generale e le determinazioni dei dirigenti responsabili di struttura complessa, che sono lo strumento amministrativo ordinario dell'azione dell'Azienda, presentano elevati gradi di complessità per conseguire il perfezionamento finale e, spesso, richiedono l'intervento di più soggetti, il rispetto delle discipline normative e regolamentari e, per quelle con rilevanza economica, l'uso delle risorse disponibili in bilancio.

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 volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative a cui compete:

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

L'RPCT svolge l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione e il monitoraggio sistemico è demandato all'UOC Affari Generali e Legali. 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 2021 l'esito dell'attività di monitoraggio è il seguente: completezza dei dati e della modalità di pubblicazione entro i termini previsti dalla legge.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 25 giugno 2021, ha provveduto a sottoscrivere l'attestazione prevista dalla vigente normativa, consultabile al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/oiv-25-giugno-2021>.

Durante il 2021 sono state realizzate anche attività propedeutiche e formative per l'avvio del nuovo gestionale delibere, strumento che migliorerà l'informatizzazione del flusso di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

<b>Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi</b>				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 3 della presente sezione del PIAO	Produzione e pubblicazione del dato come declinato dall'Allegato 3 della presente sezione del PIAO	Sì	Sì	Sì
	Controllo di quanto pubblicato verificando completezza e formato del dato e l'osservanza dei termini di pubblicazione	Sì	Sì	Sì
	Verifica/aggiornamento del flusso informatizzato di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	Sì		

### L'accesso civico

L'obbligo, previsto dalla normativa, di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

L'Azienda, a tal fine, 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.

L'ANAC, con delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha dato indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico.

Con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle predette indicazioni, l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai

documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti.

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

<b>Strategia 2 - Incrementare l'accessibilità ai servizi</b>				
<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore soglia anno 2022</b>	<b>Valore soglia anno 2023</b>	<b>Valore soglia anno 2024</b>
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Sì	Sì	Sì
	Alimentare e conseguentemente pubblicare il registro degli accessi, oscurando i dati che non vanno pubblicati, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri - contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale	Sì	Sì	Sì

### **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 di monitoraggio e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo.

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 (c.d. portatori di interesse/*stakeholders*), in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

Infatti, al duplice fine di creare un rapporto fiduciario con i propri *stakeholders* e di promuovere la cultura della legalità nel contesto di riferimento, l'Azienda ritiene di fondamentale importanza garantire un'opportuna comunicazione delle misure e dell'organizzazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione.

L'attuazione di questa misura prevede la predisposizione di un buon sistema di comunicazione e di diffusione della strategia di prevenzione posta in essere dall'amministrazione e contenuta nel presente Piano, nonché la progettazione di soluzioni organizzative atte a creare e a gestire il dialogo con la società civile, valorizzando il ruolo dell'ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) quale rete organizzativa che opera come interfaccia comunicativa interno/esterno.

Infatti, in coerenza con quanto riportato nel PNA 2019, 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 il PTPCT 2021-2023 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 21 febbraio 2022, 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 da parte di alcun portatore di interesse/stakeholder o soggetto interessato.

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 2022-2024 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 al personale tramite l'Angolo del dipendente.

Anche i dipendenti dell'amministrazione devono infatti partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure di prevenzione della corruzione (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento). In particolare l'art. 8 del D.P.R. 62/2013, contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro 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, l'RPCT provvede a redigere la Relazione ANAC entro il 31 gennaio di ogni anno, 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.

L'RPCT provvede inoltre a predisporre uno specifico *report* sul monitoraggio effettuato in merito al raggiungimento degli indicatori connessi alle diverse misure di prevenzione.

Inoltre, con l'intento di approfondire alcuni aspetti di particolare rilevanza in tema di Trasparenza che, come noto, costituisce un elemento imprescindibile delle strategie di prevenzione della corruzione, è prevista l'organizzazione di una Giornata della Trasparenza annuale insieme all'Ufficio relazioni con il pubblico.

Strategia 2 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024
Rendicontazione e diffusione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontare l'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività e presentazione della rendicontazione ai referenti del RPCT	28 febbraio	31 gennaio	31 gennaio
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione, all'OIV e ai vari stakeholder	31 gennaio	31 gennaio	31 gennaio
	Organizzare la giornata contro la corruzione	Sì	Sì	Sì

# ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

I contesti in cui operano le organizzazioni sono sempre più competitivi e queste, per raggiungere e sostenere un vantaggio competitivo, devono far leva sulle risorse che possiedono, che possono essere fisiche, organizzative, cognitive e umane. Il successo di un'azienda deriva, infatti, proprio dalla sua capacità di valorizzare al meglio le proprie risorse. Le risorse più importanti, tra le tante che un'azienda può possedere, sono però quelle umane, le quali hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore per un'organizzazione.

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

Il successo di un'azienda, in effetti, non dipende solo dal management, che può avere idee più o meno eccellenti o innovative, ma anche e soprattutto dai suoi collaboratori, che mettono in pratica queste idee. La selezione e gestione delle risorse umane è quindi un momento fondamentale nella vita di un'organizzazione, poiché avere le "giuste" risorse umane è un elemento che differenzia un'azienda.

Non bisogna solo possedere delle risorse umane di qualità, ma bisogna anche infondere in queste una giusta dose di motivazione, così da creare un team, che lavori sinergicamente per il conseguimento degli obiettivi aziendali. L'obiettivo di coloro che nelle organizzazioni si occupano di gestire e sviluppare le risorse umane è infatti proprio quello di valorizzarle sino a renderle autentico capitale sociale, poiché queste costituiscono capitale sociale aziendale al pari di altri beni che producono valore.

Diventa quindi fondamentale valutare le potenzialità delle risorse umane possedute e sviluppare in queste competenze coerenti con il ruolo da ricoprire e motivazione ad operare negli interessi dell'organizzazione.

Negli ultimi decenni è andata infatti diffondendosi l'idea che il lavoratore nell'organizzazione è una variabile strategica, non deve quindi essere considerato come un costo, ma piuttosto come una risorsa a disposizione dell'organizzazione.

Gli elementi fondamentali della gestione delle risorse umane derivano da una strategia: è necessario quindi assumere un approccio strategico alla gestione delle risorse umane, poiché la gestione strategica delle risorse umane ha un impatto positivo sulle performance aziendali.

Organizzare le risorse umane significa saper stabilire compiti e responsabilità e regolare l'attività lavorativa così da poter raggiungere gli obiettivi aziendali.

La Direzione Risorse Umane si trova oggi al centro delle strategie aziendali e ricopre un ruolo chiave nelle aziende poiché si occupa di gestire e valorizzare le risorse umane, che sono appunto una risorsa cruciale e una fonte preziosa di vantaggio competitivo. Il ruolo e il potere della

Direzione Risorse Umane, la sua collocazione all'interno dell'organizzazione, le sue dimensioni e molte altre sue caratteristiche sono influenzate da fattori contingenti, come la tecnologia, le dimensioni aziendali, il contesto istituzionale e sociale, la cultura aziendale, ecc., tuttavia molto dipende anche dal modo in cui gli attori aziendali interpretano il loro ruolo, entrano in relazione tra loro e colgono le opportunità dell'ambiente interno ed esterno.

La Direzione Risorse Umane è diventata parte attiva delle politiche aziendali, e si configura come business partner strategico di tutte le divisioni aziendali, per assicurarsi che le loro attività siano allineate agli obiettivi aziendali.

Le principali attività di gestione delle risorse umane che svolge la Direzione Risorse Umane sono:

- la pianificazione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la valutazione e la gestione delle carriere;
- la retribuzione.

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

Nel 2021 l'Azienda contava in organico n. 10.003 dipendenti di cui n.1.971 appartenenti alla dirigenza e n. 8.032 appartenenti al comparto.

Per quanto riguarda la valutazione, questa è un'attività fondamentale della Direzione Risorse Umane, poiché serve per attribuire un valore oggettivo alle risorse umane che questa possiede. Oggetto della valutazione possono essere la prestazione, le competenze, la posizione o il potenziale della persona.

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

L'Azienda riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, il vero capitale di sua dotazione, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva, e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto nella formazione e dell'aggiornamento finalizzato. Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 229/1999, della normativa regionale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) e riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le organizzazioni sindacali e coadiuvato dalle specifiche iniziative del Collegio di Direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa. L'Azienda riconosce che la formazione permanente, o continua, è lo strumento necessario per ottimizzare le

risorse umane e per favorire il cambiamento organizzativo in grado di “garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all’assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale” (art. 16 bis del D. Lgs. 502/92).

Coerentemente con questo impegno, l’Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi - annuali e pluriennali - volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori, sia dipendenti che convenzionati. L’obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli standards qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti, per renderli sempre più coerenti alla “mission” aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L’esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell’Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro. I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda; essi devono altresì prevedere specifiche verifiche che permettano di poter valutare l’efficacia dei risultati acquisiti.

A tal fine l’Azienda, con deliberazione n. 2622 del 31.12.2021, ha adottato il piano formativo aziendale per l’anno 2022, qui integralmente richiamato.

L’Azienda, attraverso una metodologia trasparente e basata su elementi di oggettività, definisce la mappatura complessiva e la graduazione delle singole posizioni di cui necessita, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione.

A ciascun incarico dirigenziale è correlata una funzione dirigenziale; tutte le funzioni dirigenziali dell’Azienda sono, una volta individuate, graduate dall’Amministrazione in maniera oggettiva.

A ciascuna funzione, e pertanto a ciascun incarico dirigenziale, è correlato un valore economico determinato negli importi fissati nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

L’Azienda intende, nel rispetto del quadro normativo, rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l’assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera ad un sempre maggior impegno professionale che contribuisca alla crescita dell’intero servizio aziendalemente reso.

Le tipologie, i criteri e le modalità di conferimento degli incarichi sono effettuati sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, nonché da quanto stabilito dalla contrattazione collettiva e dal regolamento aziendale per l’affidamento degli incarichi dirigenziali.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell’ambito dell’assetto organizzativo dell’Azienda e nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro. Le procedure e i criteri di graduazione, affidamento, valutazione e revoca sono contenute nel regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali. Nel conferire gli incarichi dirigenziali opportunamente graduati nel rispetto dei regolamenti aziendali formulati per le rispettive Aree contrattuali, il Direttore Generale valuta in particolare le

attitudini personali e le capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale.

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

- incarichi di direzione di struttura complessa
- incarichi di responsabilità di struttura semplice o incarichi di responsabilità di struttura semplice dipartimentale
- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo
- incarichi di natura professionale, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

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

Gli incarichi di natura professionale possono essere conferiti a livello di singola Unità Operativa o per più Unità Operative concorrenti e a tal fine coordinate e integrate. La responsabilità tecnico specialistica deve essere prevalente rispetto ad altri criteri parametri di definizione dell'incarico.

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

L'affidamento degli incarichi ai dirigenti è preceduto dall'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire. Nella definizione del profilo l'Azienda tiene comunque conto delle capacità necessarie a:

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

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

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

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti a tempo determinato in conformità e con le procedure previste dalle leggi vigenti e dalle norme della contrattazione collettiva nazionale e dall'apposito regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi dirigenziali. Il regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi dirigenziali si ispira ai principi di trasparenza, concorrenzialità e pari opportunità.

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

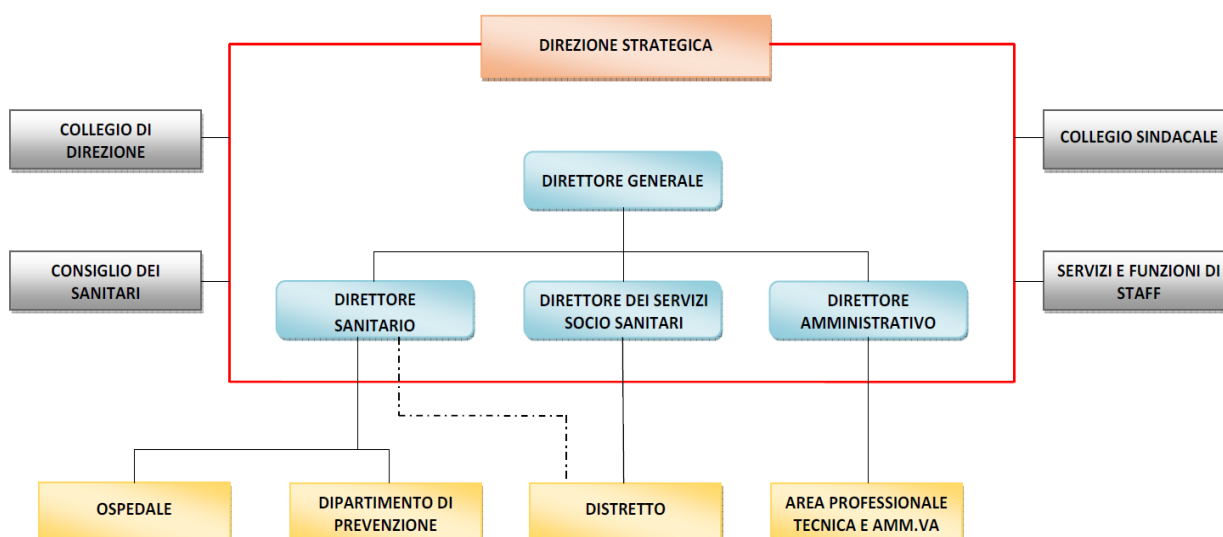
Il sistema delle posizioni organizzative per il personale del comparto è conforme a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

La natura delle funzioni di coordinamento s'inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione.

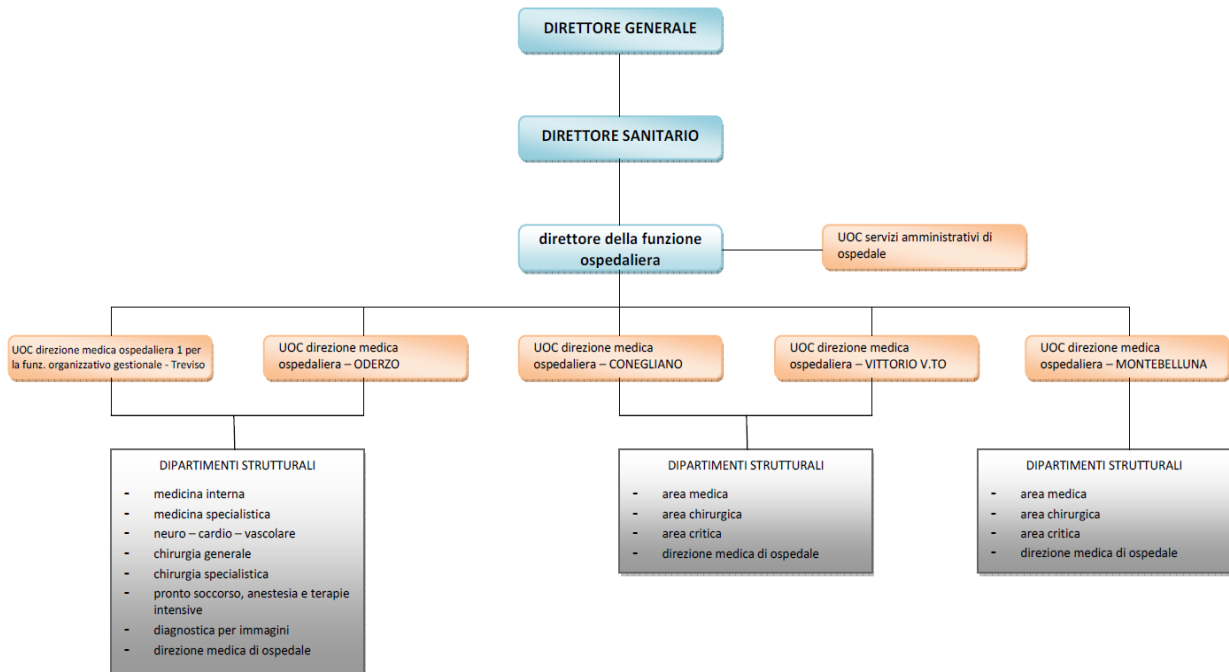
L'Azienda adotta un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. In particolare la selezione dei candidati richiederà la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire,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

## Struttura Organizzativa

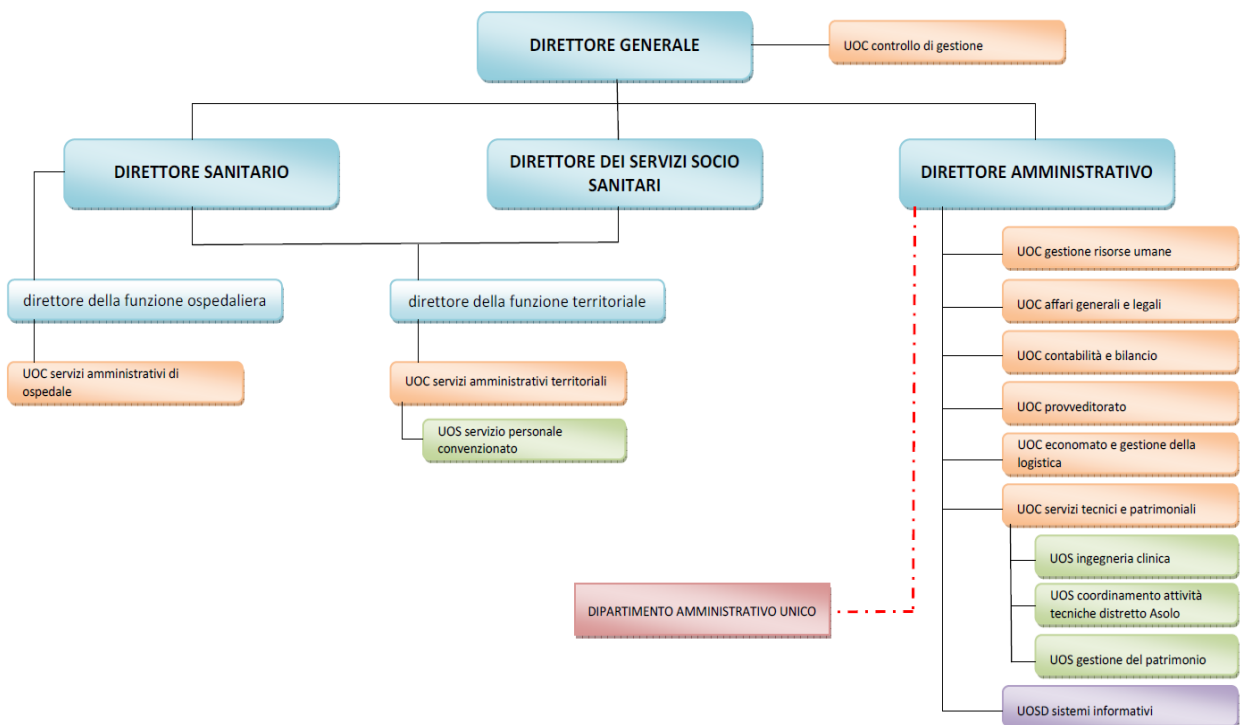
L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato l'atto aziendale con deliberazione n. 1867 del 29.10.2020, in fase di aggiornamento, come da deliberazione n. 447 del 10.3.2022. Di seguito si riporta l'organigramma delle principali strutture organizzative.



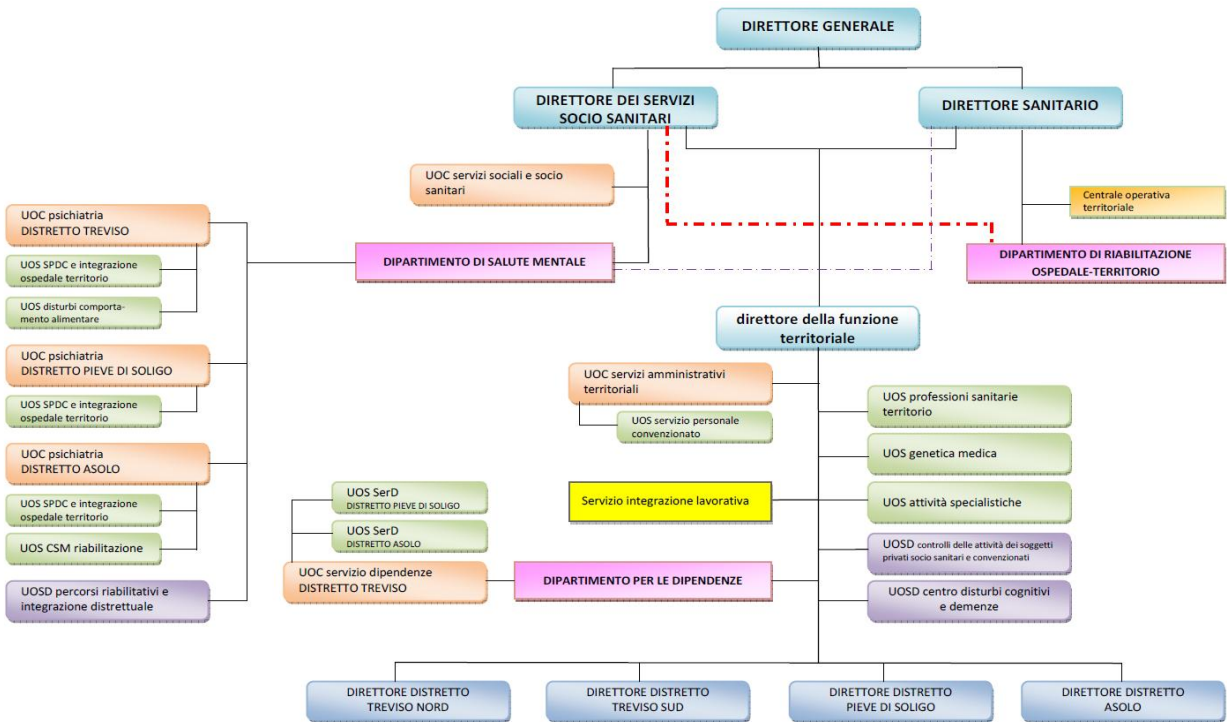
## Area Ospedaliera



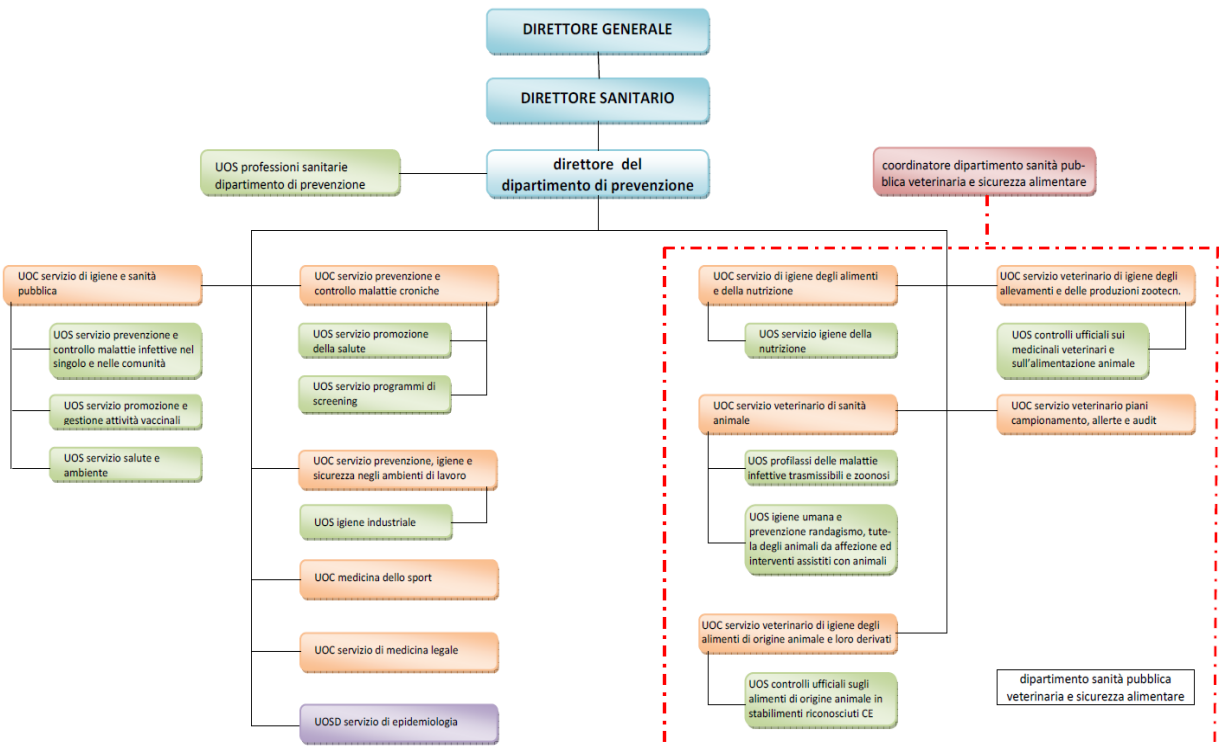
## Servizi professionali tecnici e amministrativi



Area territoriale



Area Prevenzione



## Organizzazione del lavoro agile

### Premessa

Il lavoro agile da processo sperimentale è divenuto in seguito all'emergenza epidemiologica da Covid-19, "modalità ordinaria" di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art. 87 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito, con modificazioni, in legge 24 aprile 2020, n. 27. Il lavoro agile adottato durante la prima fase emergenziale ha avuto caratteristiche e connotazioni differenziate rispetto a quello ordinario disciplinato dalla legge 81/2017. In particolare, la nuova disciplina ha stabilito modalità di applicazione semplificate, come ad esempio l'assenza di accordo tra le parti e l'assolvimento in via telematica degli obblighi di informativa.

Tale ultima previsione, in un'ottica di superamento del lavoro agile c.d. emergenziale e di ripensamento delle ordinarie modalità di lavoro, è stata successivamente integrata e modificata dal decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020 (cd: "*decreto Rilancio*") convertito, con modificazioni, in legge n. 77 del 17 luglio 2020, con la finalità di adeguare le misure di limitazione delle presenze del personale delle pubbliche amministrazioni sul luogo di lavoro alle esigenze della progressiva completa riapertura di tutti gli Uffici pubblici e al graduale "ritorno alla normalità" con la riapertura di attività di servizi e commerciali. In particolare, l'art. 263 del sopra citato decreto legge ha previsto per le amministrazioni pubbliche di organizzare il lavoro dei propri dipendenti e l'erogazione dei servizi attraverso la flessibilità dell'orario di lavoro, rivedendo l'articolazione giornaliera e settimanale ed applicando il lavoro agile con le misure semplificate di cui al comma 1, lett. b) dell'art. 87 del decreto legge n. 18/2020, garantendo a tutto il personale che svolge attività rientranti tra quelle cd. "smartabili" di lavorare in modalità agile, tenuto conto che di norma il lavoratore agile alterna giornate lavorate in presenza e giornate lavorate da remoto.

Inoltre, sulla scorta di un'implementazione dell'utilizzo dello smart working, l'art. 14, co. 1, legge n. 124 del 7 agosto 2015, così come modificato dall'art. 263, co. 4 bis, del decreto legge n. 34 del 19 maggio 2020, ha previsto che le amministrazioni pubbliche redigessero il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) entro il 31 gennaio di ciascun anno, quale strumento di programmazione, al fine di favorire l'attuazione del lavoro agile in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa.

Il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha previsto che il POLA dovrà confluire all'interno del PIAO (Piano Integrato di Attività e di Organizzazione).

Il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti. Inoltre, nell'ambito degli obiettivi dell'amministrazione individuati nel Piano della *performance*, l'organizzazione del lavoro agile diventa un obiettivo specifico della *performance* organizzativa complessiva e una sezione del Piano della *performance*.

Al fine di supportare le amministrazioni, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha introdotto in data 9 dicembre 2020 specifiche linee guida recanti indicazioni metodologiche per l'elaborazione del POLA.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, nelle amministrazioni pubbliche, il lavoro agile cessa la sua qualificazione di modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, che ritorna ad essere quella svolta in presenza a decorrere dal 15 ottobre 2021. Il DPCM 8 ottobre 2021 ha individuato le modalità organizzative per il rientro in presenza del personale applicato nelle pubbliche amministrazioni.

Infine, in considerazione del rischio sanitario correlato al protrarsi della diffusione pandemica è stata disposta una ulteriore proroga dello stato di emergenza sino al 31 marzo 2022 e con circolare 5 gennaio 2022, a firma congiunta dei Ministri *per la pubblica amministrazione e del lavoro e delle politiche sociali*, sono state fornite ulteriori indicazioni operative sulle modalità di svolgimento del lavoro agile.

Da ultimo il DL 24 del 24 marzo 2022 ha prorogato i termini emergenziali sul lavoro agile fino al 30 giugno 2022.

### Lo sviluppo del Lavoro Agile in Azienda Ulss 2

Con Delibera del Direttore Generale n. 2457 del 19/12/2019 l'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana ha avviato un progetto sperimentale sul lavoro agile in applicazione della Legge n. 81 del 22/5/2017.

Data l'urgenza di attivare la modalità di lavoro agile dettata dalle misure necessarie per il contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, il Direttore Amministrativo ha emanato con nota 48246 del 10 marzo 2020 le indicazioni per consentire ad ogni Responsabile di mettere in sicurezza e collocare in lavoro agile i propri collaboratori, nelle more dell'adozione di uno specifico regolamento in materia.

Con delibera del Direttore Generale n. 579 del 23 marzo u.s. 2. sono state incaricate le UOC Gestione risorse umane e l'UOSD Sistemi informativi alla gestione dei rispettivi ambiti di competenza e alle attività previste nelle indicazioni approvate.

L'attivazione della modalità smart working è stata affidata al Dirigente Responsabile di ciascun servizio, che ha individuato il personale sulla base della tipologia di lavoro (se poteva essere svolta in modalità agile senza impatto negativo sull'organizzazione del servizio) e concordando con il dipendente contenuti e obiettivi dell'attività lavorativa da svolgere in modalità agile.

E' stata creata una specifica e-mail (gestita dall'UOC Gestione risorse umane) dove sono confluite tutte le richieste da parte dei singoli responsabili di struttura ed è stato attivato un help desk. Tutte le comunicazioni ai dipendenti sono state effettuate mediante l'Angolo del Dipendente, dove è stata caricata anche tutta la documentazione utile.

Il Servizio Sistemi Informativi ha seguito la richiesta di attivazione informatica e attraverso la Centrale Operativa (COI) sono stati contattati i dipendenti e guidati alla prima connessione da remoto fornendo una password di accesso.

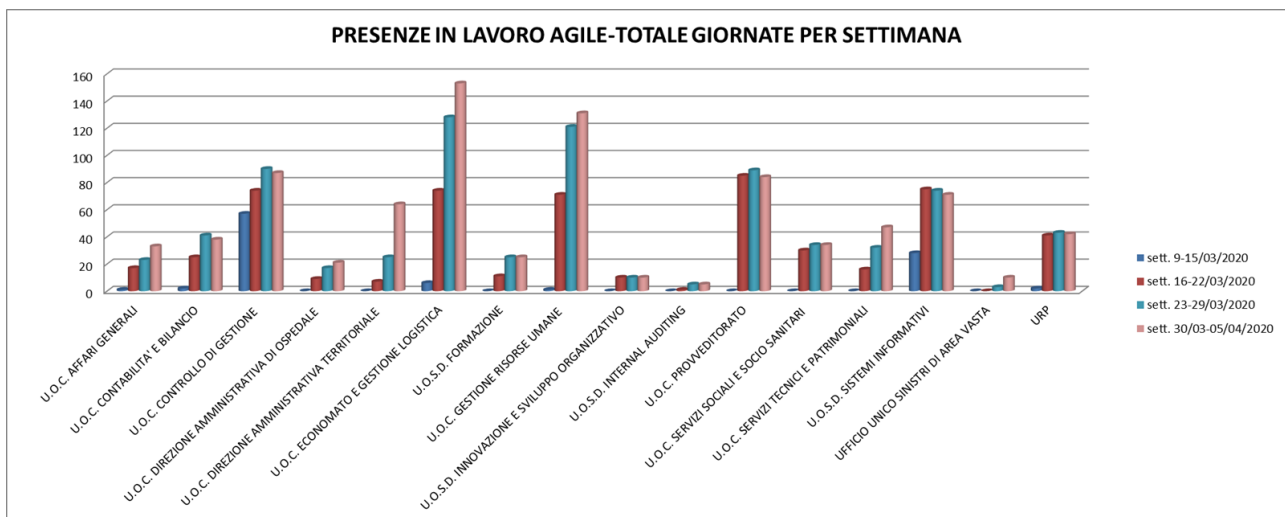
Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, fermo restando tuttavia l'esclusione dalla modalità lavorativa agile di tutte le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede. Al personale

con qualifica dirigenziale è stata richiesta maggiore presenza in sede, pur non escludendo per alcuni di questi l'accesso allo Smart Working.

Il risultato così importante di numero di attivazioni di postazioni di lavoro agile è sicuramente dovuto anche a un importante fattore che ha agevolato lo sviluppo di nuove competenze e abilitato la sperimentazione all'adozione a livello regionale degli strumenti della G-Suite di Google, comprendente non solo la posta elettronica ma anche i servizi di condivisione ed elaborazione documentale (Drive, Google Documents) nonché i sistemi di comunicazione via chat e via videoconferenza. Su tale piattaforma è stata realizzata una formazione ampia di base trasversale a tutta l'azienda.

Il lavoro agile ha richiesto infine l'acquisizione di dispositivi informatici quali computer portatili, smartphone, router LTE, webcam e microfoni per la videoconferenza, nonché la predisposizione di tali strumenti in modo tale da garantire l'accesso agli applicativi aziendali ove possibile tramite rete internet oppure ove necessario tramite VPN (Virtual Private Network).

Si riporta in tabella la situazione di attivazione della modalità Lavoro agile, nel comparto amministrativo nelle prime settimane di lockdown marzo/aprile 2020



Si riportano in tabella riassuntiva i numeri rispetto a tutte le attivazioni di lavoro agile (suddivisi sia per profili professionali sia per area) da marzo 2020 a marzo 2022, e in particolare le attivazioni successive al DM 15 ottobre 2021.

<b>STATISTICHE LAVORO AGILE AL 31/03/2022</b>					
<b>PROFILI PROFESSIONALI</b>	<b>TOT. USUFRUENTI DIRITTO</b>	<b>PERSONALE CHE HA CHIESTO IL LAVORO AGILE A MARZO 2020 (EMERGENZA COVID)</b>	<b>910</b>		
		<b>PERSONALE CHE HA RICHIESTO IL LAVORO AGILE DA OTTOBRE 2021 AD OGGI</b>	<b>268</b>		
ADDETTO ALL'ASSISTENZA	1				
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	156				
ASSISTENTE SANITARIO	19				
ASSISTENTE SOCIALE	45	<b>LAVORATORI FRAGILI</b>	<b>7</b>		
ASSISTENTE TECNICO	18				
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	61				
		<b>SUDDIVISIONE PER AREA</b>	<b>ATTIVATI DA MARZO 2020</b>	<b>ATTIVI DA OTTOBRE 2021</b>	
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO	137				
COLLABORATORE TECNICO	38				
DIETISTA	2	AFFARI GENERALI	19	8	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	10	BILANCIO	28	8	
DIRIGENTE BIOLOGO	6	CONTROLLO DI GESTIONE	29	16	
DIRIGENTE FARMACISTA	8	CONVENZIONI	19	10	
DIRIGENTE FISICO	13	ECONOMATO	53	24	
DIRIGENTE INGEGNERE	8	UFFICIO FORMAZIONE	18	4	
DIRIGENTE MEDICO	66	RISORSE UMANE	72	29	
DIRIGENTE PSICOLOGO	30	DIREZIONE GENERALE	4	4	
DIRIGENTE SOCIOLOGO	1	PROFESSIONI SANITARIE	43	19	
DIRIGENTE VETERINARIO	4	PROVVEDITORATO	27	16	
EDUCATORE	35	OSPEDALE	127	19	
FISIOTERAPISTA	12	TERRITORIO	213	24	
INFERMIERE PROFESSIONALE	57	DIP. DI PREVENZIONE	71	29	
NEUROPSICOMOTRICISTA	4	DIP. DI SALUTE MENTALE	31	4	
LOGOPEDISTA	33	ORAS MOTTA	4	0	
OSS	12	PERSONALE IN COMANDO	8	1	
OPERATORE TECNICO	16	URP	13	8	
ORTOTTISTA	1	SERVIZI TECNICI	44	1	
OSTETRICA	13	SISTEMI INFORMATIVI	30	18	
PROGRAMMATORE	3	SERVIZI GENERALI VARI	9	0	
PSICOTRICISTA	3		<b>862</b>	<b>242</b>	
TECNICO DELLA PREVENZIONE	37				
TECNICO DI LABORATORIO	6				
TECNICO PERFUSIONISTA	1				
TECNICO DI RADIOLOGIA	3				
TERAPISTA NEURO PSICO MOTRICISTA	3				
	<b>862</b>				

## Elementi di sviluppo del Lavoro Agile

L'evoluzione del lavoro agile da modello organizzativo sperimentale ed emergenziale a modalità lavorativa innovativa e strutturata, ruota attorno allo sviluppo di due principali componenti in una logica di "change management", ovvero gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. I due principali componenti sono:

- Il contesto culturale/organizzativo
- I processi di informatizzazione

Per sviluppare il primo elemento si deve attuare una politica aziendale che preveda sempre di più la valorizzazione del lavoro per obiettivi spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per risultati, il tutto in un'ottica di semplificazione delle procedure e di avvicinamento dei servizi all'utenza.

Questo richiede una formazione, soprattutto ai dirigenti e direttori di struttura, che porti ad incrementare la capacità di programmazione delle attività, allo sviluppo dell'autonomia e dei collaboratori, alla responsabilizzazione e alla verifica oggettiva dei risultati.

Il lavoro agile, si inserisce anche nelle iniziative che mirano a favorire la cultura del benessere organizzativo e dell'ambiente quale leva per incrementare la qualità del lavoro e la qualità di della vita di chi lavora.

In tal senso non va dimenticata l'attenzione alla cultura della sicurezza e alla conoscenza dei rischi collegati allo svolgimento dell'attività in modalità agile.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile. Il livello di digitalizzazione permette di creare spazi di lavoro digitali virtuali nei quali la comunicazione, la collaborazione e la socializzazione non dipendono da orari e luoghi di lavoro; ma, affinché questo avvenga in modo efficace, occorre far leva sullo sviluppo di competenze digitali trasversali ai diversi profili professionali.

## Piano delle tappe per definizione del POLA

Il passaggio da lavoro agile "emergenziale" a lavoro agile strutturato richiede la revisione del sistema organizzativo da articolarsi in:

- **Avvio e sviluppo di progetti formativi** per la dirigenza sui temi del change management e per i lavoratori agili sui temi delle competenze digitali:
  - Smart and flexible working
  - Lavorare per obiettivi: assegnare, motivare, dare feedback (anche da remoto)
  - Orientamento al risultato
  - Gestione del gruppo e valutazione carichi di lavoro (anche da remoto)

- Dallo stress lavorativo al benessere
- Gestire le relazioni e saper comunicare
- Problem solving
- Pillole formative su trasparenza amministrativa, GDPR e privacy
- Corso sul sistema di gestione documentale
- Corso sull'utilizzo piattaforme google
- Corso sulla cybersecurity
- .....

- **Mappatura delle attività;**

I responsabili dei servizi dovranno individuare le macro-attività dei propri uffici sulla base di una valutazione che terrà conto dell'esperienza maturata in questi due anni di pandemia, degli orari e dei ritmi di lavoro necessari per una determinata attività, le competenze necessarie, il tipo di prestazione richiesta, lo spazio fisico utile per svolgerla operando una distinzione tra:

- attività che possono essere svolte totalmente in modalità agile;
- attività che, allo stato attuale, devono essere svolte esclusivamente in sede;
- attività che, per la diversificazione delle fasi del procedimento, devono essere svolte in parte in sede e in parte in modalità agile.

Per ogni singola macro-attività ciascun Ufficio, laddove possibile per la natura stessa dell'attività censita, indicherà:

- i risultati da raggiungere;
- la struttura amministrativa e il personale coinvolto;
- i requisiti tecnologici;
- le competenze, digitali e non, necessarie per svolgere quella determinata macro-attività;
- gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.

- **Predisposizione del POLA;**

- Definizione e sviluppo modelli standard di accordi;
- Definizione e sviluppo di regolamento per accesso al Lavoro Agile e Aspetti di Privacy e sicurezza sul luogo di lavoro;
- Revisione dei sistemi di valutazione della performance organizzativa ed individuale - costruzione di nuovi indicatori e cruscotti per il monitoraggio e la valutazione della performance;
- Riorganizzazione degli spazi e ottimizzazione nella gestione degli archivi (sempre più digitalizzati)
- Implementazione/riorganizzazione dei flussi documentali

## **Fase 1 – Mappatura attività (maggio–settembre 2022)**

- Mappatura e analisi delle attività;
- Analisi di fattibilità e sviluppo di soluzioni per l'applicazione del lavoro agile nei servizi di telemedicina;
- Analisi, studio di fattibilità e digitalizzazione dei servizi al cittadino;
- Avvio programmazione progetti di cyber security (collegamenti da remoto, vpn, condivisione dati,....)

## **Fase 2 – Regolamento e formazione (settembre-dicembre 2022)**

Anche sulla base della definizione di nuove piattaforme contrattuali, strutturazione degli strumenti aziendali per attivazione e sviluppo modalità di lavoro agile. In tal senso gli obiettivi sono:

- Definizione e sviluppo di regolamento per accesso ordinario al Lavoro Agile;
- Definizione e sviluppo modelli standard di accordi;
- Avvio confronti sindacali;
- Definizione di progetti formativi (area dirigenza e successivamente area comparto)
- Studio e sviluppo di un sistema di misurazione della performance del lavoro agile ed eventuale revisione del ciclo delle performance e aggiornamento dei sistemi di valutazione;

## **Fase 3 – Predisposizione POLA 2022-2023 (ottobre 2022–febbraio 2023)**

La scelta sulla progressività e sulla gradualità dello sviluppo del lavoro agile è rimessa all'Amministrazione, che deve programmare l'attuazione tramite il POLA, fotografando una baseline e definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi. E ciò, lungo i tre step del programma di sviluppo: fase di avvio, fase di sviluppo intermedio, fase di sviluppo avanzato.

## Lavoro agile e performance

L'implementazione del lavoro agile costituisce un obiettivo di performance. Il lavoro agile concorre al miglioramento della performance individuale e di quella organizzativa, e quindi al miglioramento dei servizi erogati. I dirigenti saranno valutati relativamente alla introduzione e alla gestione del lavoro agile, ma anche in relazione ai risultati realizzati attraverso il lavoro agile. L'attuazione del lavoro agile non si configura, quindi, quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nella parte delle performance del presente Piano.

L'OIV accompagnerà l'intero programma di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che si svolgerà attraverso le fasi dell'avvio, dello sviluppo intermedio e dello sviluppo avanzato, da implementare nell'arco temporale di tre anni.

## Condizioni abilitanti del lavoro agile

Per condizioni abilitanti si intendono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa.

Nel caso del lavoro agile occorre innanzitutto menzionare un presupposto generale e imprescindibile, ossia l'orientamento dell'amministrazione ai risultati nella gestione delle risorse umane. Altri fattori fanno riferimento ai livelli di stato delle risorse o livelli di salute dell'ente<sup>5</sup> funzionali all'implementazione del lavoro agile. Si tratta di fattori abilitanti del processo di cambiamento che l'amministrazione dovrebbe misurare prima dell'implementazione della policy e sui quali dovrebbe incidere in itinere o a posteriori, tramite opportune leve di miglioramento, al fine di garantire il raggiungimento di livelli standard ritenuti soddisfacenti.

Si devono quindi considerare:

- le condizioni abilitanti del lavoro agile (misure organizzative, requisiti tecnologici, percorsi formativi del personale anche dirigenziale);
- le modalità e lo stato di implementazione del lavoro agile, prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile;
- gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini (contributo del lavoro agile alla performance organizzativa dell'ente);
- gli impatti interni ed esterni del lavoro agile

DIMENSIONI	INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b> 1) <b>Coordinamento organizzativo</b> del lavoro agile 2) <b>Monitoraggio</b> del lavoro agile 3) <b>Help desk informatico</b> dedicato al lavoro agile 4) <b>Programmazione</b> per obiettivi e/o per progetti e/o per processi ...	1) 2) 4)		
	<b>SALUTE PROFESSIONALE</b> <b>Competenze direzionali:</b> 5) <i>-% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno</i> 6) <i>-% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale</i> <b>Competenze organizzative:</b> 7) <i>-% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile nell'ultimo anno</i> 8) <i>-% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi</i> <b>Competenze digitali:</b> 9) <i>-% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali nell'ultimo anno</i> 10) <i>-% lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione</i>	5) 7) 9)		
	<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b> 11) € Costi per <b>formazione</b> competenze funzionali al lavoro agile 12) € Investimenti in <b>supporti hardware e infrastrutture digitali</b> funzionali al lavoro agile 13) € Investimenti in <b>digitalizzazione di servizi progetti, processi</b>	11) 12) 13)		
	<b>SALUTE DIGITALE</b> 14) N. <b>PC</b> per lavoro agile 15) % lavoratori agili dotati di <b>dispositivi e traffico dati</b> 16) <b>Sistema VPN</b> 17) <b>Intranet</b> 18) <b>Sistemi di collaboration</b> (es. documenti in cloud) 19) % <b>Applicativi</b> consultabili in lavoro agile 20) % <b>Banche dati</b> consultabili in lavoro agile 21) % <b>Firma digitale</b> tra i lavoratori agili 22) % <b>Processi digitalizzati</b> 23) % <b>Servizi digitalizzati</b>	14) 15) 16) 18) 19) 20) 22)		
IMPLEMENTAZIONE LAVORO AGILE	<b>INDICATORI QUANTITATIVI</b> 24) % <b>lavoratori agili effettivi</b> 25) % <b>Giornate lavoro agile</b> <b>INDICATORI QUALITATIVI</b> 26) <b>Livello di soddisfazione</b> sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia, ecc.	24) 25) 26)		

PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	<b>ECONOMICITÀ</b> <b>27) Riflesso economico:</b> Riduzione costi <b>28) Riflesso patrimoniale:</b> Minor consumo di patrimonio a seguito dell'razionalizzazione degli spazi			
	<b>EFFICIENZA</b> <b>29) Produttiva:</b> Diminuzione assenze, Aumento produttività <b>30) Economica:</b> Riduzione di costi per output di servizio <b>31) Temporale:</b> Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie			
	<b>EFFICACIA</b> <b>32) Quantitativa:</b> Quantità erogata, Quantità fruita <b>33) Qualitativa:</b> Qualità erogata, Qualità percepita ...			
IMPATTI	<b>IMPATTI ESTERNI</b> <b>34) Sociale:</b> per gli utenti, per i lavoratori <b>35) Ambientale:</b> per la collettività <b>36) Economico:</b> per i lavoratori			
	<b>IMPATTI INTERNI</b> <b>37) Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa</b> <b>38) Miglioramento/Peggioramento salute professionale</b> <b>39) Miglioramento/Peggioramento salute economico-finanziaria</b> <b>40) Miglioramento/Peggioramento salute digitale</b>			

## Mappatura

Piano Organizzativo  
del Lavoro Agile (POLA)      Struttura: UOC

### FASE 1 - AVVIO

Attività effettuabili in modalità lavoro agile nel  
corso del 2022

Attività	Obiettivo	Indicatore	Personale	SW utilizzato	HW	Altre esigenze
<p>Descrizione sintetica dell'attività (ad es. liquidazione fatture, protocollazione documenti, stesura capitolati di gara, etc)</p>	<p>Indicare quali obiettivi sono raggiungibili grazie alla introduzione del lavoro agile per la specifica attività (ad es. incremento del numero di documenti protocollati, tempi di stesura dei documenti, obiettivi qualitativi, etc)</p>	<p>Indicare ove possibile quale indicatore verrà utilizzato per misurare l'obiettivo (tempi di stesura di un documento, numero di protocolli, numero fatture liquidate, etc)</p>	<p>Indicare il numero di persone che è incaricata di svolgere di norma l'attività indicata</p>	<p>Indicare le procedure informatiche a supporto dell'attività (ad es. sistema amm.vo contabile, protocollo, cartella clinica, SIGMA, etc)</p>	<p>Indicare se è necessario fornire PC portatili e telefoni cellulari</p>	<p>Indicare eventuali altre esigenze ( VPN, deviazione telefoni, formazione su applicativi specifici, etc)</p>

<b>FASI 2 E 3 - SVILUPPO INTERMEDIO ED AVANZATO</b>				
Processi digitalizzabili nel corso del 2023 - 2024				
<b>Processo</b>	<b>Altre strutture coinvolte nel processo</b>	<b>Vantaggi della digitalizzazione</b>	<b>Personale</b>	<b>SW utilizzato</b>
<i>Indicare quali processi che coinvolgono la struttura possono essere digitalizzabili e le cui attività conseguentemente potranno essere svolte in modalità di lavoro agile (ad es. prestazioni sanitarie in telemedicina, gestione pratiche amministrative per il cittadino, etc)</i>	<i>Indicare quali altre strutture principali sono coinvolte in tale processo</i>	<i>Indicare quali sarebbero i principali vantaggi derivanti dalla digitalizzazione (ad es. vantaggi per il cittadino in termini di minori accessi, oppure riduzione archivi cartacei)</i>	<i>Indicare il numero di persone della struttura a che è coinvolto in tale processo</i>	<i>Indicare, se presenti, le procedure informatiche attualmente a supporto dell'attività</i>

## Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano dei Fabbisogni di Personale è stato redatto tenuto conto della nota regionale del 16 novembre 2021, prot. n. 536511 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale, rettificata con nota regionale del 16 novembre 2021, prot. n. 538459 C.101, con cui sono state trasmesse le relative tabelle da compilare, per gli anni 2021 - 2022 - 2023 - 2024, considerato che si rende necessario provvedere all'aggiornamento del piano già presentato e approvato per l'anno 2021.

L'aggiornamento relativo all'anno 2021, caratterizzato da esigenze straordinarie legate all'emergenza epidemiologica da COVID-19, ha tenuto conto che questa Azienda ha dovuto adottare misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza, che hanno reso necessaria e urgente l'adozione di misure specifiche in materia di personale per contenere la diffusione del virus, risultando pertanto necessario incrementare la dotazione del personale per le aree maggiormente interessate dall'emergenza sanitaria.

### Personale dipendente (area dirigenza):

Il lavoro di redazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale della Dirigenza è stato redatto tenendo conto prioritariamente dei limiti di spesa, e 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 (DGRV 1833/2017 e DGRV 245/2017) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, in ottica di riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi offerti.

- Ospedali

Il fabbisogno di personale previsto è stato calcolato considerando il personale realmente presente, con le integrazioni ritenute necessarie nel corso dell'anno per motivi tecnico-funzionali e considerando il personale necessario per l'adeguamento agli standard minimi previsti dalle deliberazioni regionali in materia e quant'altro.

A titolo riassuntivo, ad esempio, si è fatto riferimento a quanto richiesto:

- per il personale delle Medicine Generali alla DGRV 1833/2017 considerando laddove presenti le guardie condivise;
- per il personale delle Chirurgie Generali alla DGRV 1833/2017;
- per il personale dei Pronto Soccorso alla DGRV 245/2017;
- per il personale di Anestesia e Rianimazione alla DGRV 245/2017;
- per il personale dei punti nascita alla DGRV 2238/2016.

- si è fatto riferimento alla deliberazione n. 245 del 7 marzo 2017 anche in merito a tutte le indicazioni di guardie attive che devono essere presenti negli ospedali Spoke (anestesista, rianimatore, radiologo, chirurgo, internista, ecc.), oltre il fatto che sempre nella stessa deliberazione viene ribadito l'obbligo della presenza del pediatra nei punti nascita.

### **Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo**

La proposta di fabbisogno 2022-2024 è stata formulata considerando:

- per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base alla soglia massima prevista per l'anno 2021;
- per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2021.

Rispetto alla precedente stima del fabbisogno, si sono ridotti il numero degli incarichi a bilancio a seguito dell'emergenza COVID. La stessa previsione prudenziale è stata tenuta per tutto il triennio.

### **Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive**

Sono stati inseriti i dati relativi al personale universitario convenzionato (docente, tecnico, amministrativo) operante nelle strutture aziendali.

Per il triennio 2022-2024 si espone quanto segue:

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

Per il calcolo degli 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 (19 ore/settimana) 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 anche di 2 FTE in aggiunta al personale ad oggi effettivamente inserito, nell'ipotesi di assegnazione di quattro ulteriori docenti per i quali è stato espresso all'Università il preventivo assenso all'inserimento in convenzione per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo (ns. prot. n. 11281/2021, n. 85778/2021, n. 173902/2021 e n. 185394/2021).

**Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo)**, gli FTE sono stati quantificati considerando l'impegno settimanale pari a 36 ore. Il conteggio tiene conto di 1 FTE ulteriore rispetto alle risorse attuali in caso di assegnazione di un tecnico di laboratorio di biologia clinica per il quale è stato espresso all'Università il preventivo assenso all'inserimento in convenzione per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo (ns. prot. n. 165195/2021 e n. 187284/2021).

Colonna “E”: l’importo riportato nella scheda 2022 corrisponde a quanto autorizzato per l’acquisto di prestazioni nell’anno 2021. Tale importo è necessario a far fronte ad effettive insufficienze degli organici causate dalla difficoltà di reperire il personale e dalle cessazioni dello stesso.

Colonna “F”: l’importo indicato nella scheda 2022 corrisponde alla previsione di quanto verrà accantonato nell’anno 2021. Per gli anni 2023-2024 viene confermato stesso accantonamento dell’anno 2019.

Colonna “N”: l’importo indicato nella scheda 2022 è stato aggiornato ed è riferito alla convenzione con l’Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale di San Donà di Piave, con l’Azienda n. ULSS n. 1 Belluno e con l’Azienda ULSS n. 3 Serenissima.

Pur tenendo conto che il piano dei fabbisogni è stato redatto sulla base dei limiti di spesa indicati con nota del Direttore Generale Area Sanità e Sociale del 16 novembre 2021, prot. n. 536511 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale, rettificata con nota regionale del 16 novembre 2021, prot. n. 538459 C.101, si ritiene doveroso, di seguito, evidenziare l’ulteriore fabbisogno di personale per l’anno 2022, che non viene tradotto in termini numerici nelle tabelle compilate, in quanto la valorizzazione dello stesso non consentirebbe il rispetto del tetto di spesa comunicato per l’anno 2022 e i successivi:

MACROPROFILO	N° TESTE
Dirigenza Medica	80
Dirigenza Sanitaria	14
Personale infermieristico/ostetrico	139
Personale tecnico sanitario	5
Personale della riabilitazione	4
Personale della prevenzione	14
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	8

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

##### STRUTTURA TERRITORIO

- 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). Il presente progetto, oltre ad avere la finalità di rivedere l'assetto organizzativo dei CSM di Asolo e di Pieve di Soligo, con particolare attenzione all'ampliamento dell'orario di apertura dalle 08,00 alle 14,00 il sabato, si vuole aumentare l'accessibilità, il collegamento tra i CSM e la rete dei servizi per implementare maggiormente la compliance assistenziale tra psichiatri-psicologi-educatori ed assistenti sociali alla luce delle sempre più emergenti patologie psichiatriche.

Richiesta:

CSM DISTRETTO DI ASOLO: n.1 educatori.

CSM DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 4 infermieri, 1 educatore, 2 OSS.

CSM DISTRETTO TREVISO: 1 assistente sociale, 3 educatori.

- PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO - UOC AREA DISABILITA' 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.

DISTRETTO DI TREVISO: 3 OSS, 1 infermiere e 1 educatore, 1 assistente sociale.

- ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO - UOC IAF CONSULTORI FAMILIARI ED ETA' EVOLUTIVA

Motivazione:

In ottemperanza alla deliberazione n. 1386 del 12/07/2019, "esercizio delle funzioni in materia di tutela minorile e istituzione del nuovo servizio "protezione e tutela minori" gestito dall'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana. In particolare le attività di supporto e sostegno alla genitorialità fragile, prevenzione situazioni di rischio come la violenza ed il maltrattamento sui minori con la presa in carico dei ragazzi problematici nelle diverse fasce di età minorili.

IAF DISTRETTO TREVISO: 3 assistenti sociali

IAF DISTRETTO ASOLO: 1 ostetrica, 3 assistenti sociali

IAF DISTRETTO DI PIEVE: 2 assistenti sociali.

- ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO - UOC CURE PRIMARIE
- Motivazione:

In ottemperanza del DGR Veneto 782 del 2020 Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria, in

particolare per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (art. 1, comma 3 e 4) e l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità.

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

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

DISTRETTO NORD TREVISO n. 12 infermieri, n. 2 OSS,

DISTRETTO SUD TREVISO n. 12 infermieri, n. 2 OSS,

DISTRETTO ASOLO n. 12 infermieri, n. 2 OSS,

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO n. 12 infermieri, n. 2 OSS.

- ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO - UOC CURE PALLIATIVE  
Motivazione:

In ottemperanza del DGR Veneto 614/2019: la rete locale di cure palliative è costituita da strutture che si avvalgono di equipe multi professionali con personale dedicato ai sensi dell'art 5 comma 2 della Legge 38/2010. Le equipe dedicate sono integrate con le cure domiciliari e con l'assistenza di base (artt. 21,22,23 del DCPM 12.01.2017). la Regione Veneto ha chiesto l'accreditamento delle reti delle Cure palliative con uno standard minimo di personale dedicato.

Richiesta:

DISTRETTO NORD TREVISO n. 6 infermieri, DISTRETTO SUD TREVISO n. 6 infermieri, DISTRETTO ASOLO n. 6 infermieri, DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO n. 6 infermieri.

#### STRUTTURA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Motivazione:

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

Garantire il raggiungimento del 5% delle ispezioni nelle azienda come previsto dai LEA Nazionali e Regionali e 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, Regolamento CE 625/2017

Per quanto riguarda l'UOC medicina dello sport si evidenzia l'aumento delle attività legato alla sempre maggiore collaborazione con il servizio di cardiologia e il centro diagnostico di fibrosi cistica.

Richiesta:

SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTO, ALLERTE E AUDIT - n. 2 tecnici della prevenzione

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECHNICHE - n. 4 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE - n. 2 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA - n. 2 tecnici della prevenzione

SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO - n. 3 tecnici della prevenzione

MEDICINA DELLO SPORT: 2 infermieri. STRUTTURA OSPEDALE

- DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE

Gli FTE inseriti come "Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)" sono operatori tecnici di portineria e centralino per cui è previsto il pensionamento nei vari anni analizzati. Per il 2022 è previsto pensionamento di un OSS che lavora presso il centralino di Montebelluna e per il quale è stata chiesta la sostituzione con un OTT.

Gli FTE inseriti come amministrativi includono amministrativi presenti nelle segreterie di reparto e per cui è previsto il pensionamento oppure l'internalizzazione del servizio in precedenza appaltato, inoltre comprendono la sostituzione degli OSS attualmente presenti nelle segreterie, che andranno in quiescenza nel periodo considerato e per i quali si chiede la sostituzione in amministrativi.

- PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DELLE RADIOLOGIE AZIENDALI Motivazione:

Si chiede l'aumento dell'organico per poter attivare la seconda guardia attiva per il turno notturno, il sabato, la domenica ed i festivi, prima garantita con la pronta disponibilità. Tale richiesta è supportata dal numero di chiamate importanti e ripetute che creano anomalie nel rispetto delle 11 ore e dal numero delle ore straordinarie accantonate.

Si chiede inoltre l'aumento dell'organico, facendo seguito al Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa come previsto dall'art. 29, comma 9, del decreto legge 104/2020, (DGRV n. 1329/2020). Ciò nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura.

Richiesta:

RADIOLOGIA DI CONEGLIANO: n. 4 tecnici della radiologia

RADIOLOGIA CASTELFRANCO: 2 infermieri

MEDICINA NUCLEARE TREVISO: 1 infermiere

- PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DEI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI

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. E' 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.

Richiesta:

PRONTO SOCCORSO DI CONEGLIANO: n. 6 infermiere, 2 OSS, PRONTO SOCCORSO DI MONTEBELLUNA: n. 8 infermieri, PRONTO SOCCORSO CASTELFRANCO: 4 OSS

PRONTO SOCCORSO TREVISO: 4 OSS,

PRONTO SOCCORSO ODERZO: 4 infermieri e 4 OSS.

- PROGETTO INFERMIERI SPECIALISTI 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 PIC, infermieri wound care, infermiere incontinenza case manager, infermiere case manager ambulatorio senologico, infermiere case manager percorso melanoma.

Richiesta:

OSPEDALI DI PIEVE DI SOLIGO - wound care e bed manager: n. 4 infermieri

OSPEDALI DI ASOLO - PICC Team, wound care e infermiere epidemiologo: n. 2 infermieri

OSPEDALI DI TREVISO - Incontinenza case manager e case manager percorso melanoma n. 2 infermieri

- PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI TERAPIE INTENSIVE Motivazione:

A seguito della DGRV 614/2019 "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSS.." dove si richiede l'adeguamento dei posti letto secondo le nuove schede ospedaliere, del D. Legge 34/2020 che rivede i posti letto delle Terapie Intensive e semi intensive, nonché del DGRV 610/2014 che

determina i tempi assistenziali per pz, si richiedono le unità di personale, ruolo infermiere e OSS, che verranno assegnati nelle Terapie intensive dell'Azienda.

Richiesta:

UNITÀ TERAPIA INTENSIVA CORONARICA CONEGLIANO: n. 7 infermieri

ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONTEBELLUNA: n. 6 infermieri

UNITÀ TERAPIA INTENSIVA CORONARICA TREVISO: n. 1 infermieri e n. 2 OSS

ANESTESIA E RIANIMAZIONE ODERZO: n. 6 infermieri

ANESTESIA E RIANIMAZIONE TREVISO e TERAPIE INTENSIVE DI NEUROCHIRURGIA E CARDIOCHIRURGIA: n. 19 infermieri e n. 4 OSS

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE TREVISO n. 6 infermieri e n. 3 OSS

- PROGETTO “ MODULAR NURSING” ADEGUAMENTO ORGANICI Motivazione:

Il modello di assistenza modulare è un modello organizzativo che combina assieme il modello di assistenza per piccola equipe e il modello del Primary Nursing, dove si ha una miglior presa in carico dell'assistito, l'instaurarsi di una relazione tra infermiere e paziente che porta a una maggior soddisfazione e fiducia anche da parte del paziente stesso. Il percorso di introduzione di tale modello assistenziale è già stato iniziato in alcune unità operative della nostra azienda, sempre nel rispetto della normativa vigente (610/2014). Si vuole procedere con l'implementazione di tale modello nelle unità operative di seguito riportate.

Richiesta:

MEDICINA VITTORIO VENETO: n. 2 infermieri

GERIATRIA E MEDICINA TREVISO: n. 2 infermieri

- INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA (610/2014; 614/2019)

Motivazione:

In seguito alla riorganizzazione aziendale che ha visto negli anni una graduale redistribuzione delle attività tra ospedale Hub e Spoke, la cessione del ramo di azienda allo IOV di alcune unità operative, nonché a seguito delle varie normative che hanno rivisto la dotazione dei posti letto (DGRV 614/2019), in seguito all'aumento della presenza media e dell'attività di Day Hospital, al fine di garantire una appropriata presa in carico degli assistiti, si chiede adeguamento dell'organico.

Richiesta:

GERIATRIA MONTEBELLUNA: n. 4 infermieri e n. 2 OSS

CHIRURGIA IV^ TREVISO: n. 6 OSS

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

PEDIATRIA TREVISO: n. 2 infermieri

MEDICINA 1 E 2 TREVISO: n. 12 infermiere E 8 OSS

EMATOLOGIA TREVISO: n. 2 OSS

GERIATRIA TREVISO: n. 4 infermieri e 2 OSS

MEDICINA ODERZO: n. 7 infermieri

MALATTIE INFETTIVE: 1 infermiere

NEFROLOGIA CENTRO TRAPIANTI: n. 3 infermieri e n. 4 OSS NEUROLOGIA E STROKE UNIT:  
1 infermiere e 4 OSS SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA TREVISO: n. 2 OSS

ATTIVITÀ DIURNA POLISPECIALISTICHE DI AREA MEDICA TV: n. 2 infermieri e n. 2 OSS

CENTRO CARDIOLOGICO: n. 1 infermieri

- INCREMENTO DEGLI ORGANICI SERVIZI DI OBITORIO DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI TREVISO E ODERZO

Motivazione:

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

Richiesta: N. 3 OSS

- INCREMENTO DELL'ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE TREVISO Motivazione:

Nell'ultimo anno, si è assistito ad un progressivo aumento della domanda di prestazioni fisioterapiche, connesso all'epidemia Covid 19, sia all'apertura di nuovi servizi all'utenza, sia a riorganizzazione aziendale nella erogazione di alcune prestazioni ambulatoriali e domiciliari. Si chiede pertanto di incrementare la dotazione con n° 1 fisioterapista da assegnare alla UOC Medicina Fisica e Riabilitativa del PO di Treviso, nelle sue articolazioni ambulatoriale e domiciliare.

Richiesta: n. 1 fisioterapista

- UOC OCULISTICA ASOLO Motivazione:

Aumento dell'attività presso la UOC di Oculistica e alla necessità di garantire il rispetto delle liste di attesa compreso l'aumento della programmazione delle sedute operatorie.

Richiesta: n. 2 infermieri ed 1 OSS

- PROGETTO INTERNALIZZAZIONE SERVIZIO DIALISI DEGLI OSPEDALI DI TREVISO/ CONEGLIANO E ADEGUAMENTO ORGANICO DIALISI ODERZO

Motivazione:

Internalizzazione di un ramo di attività di dialisi considerato “core”, attualmente in gestione a ditta esterna. Richiesta:

OSPEDALE DI TREVISO DIALISI: n. 6 infermieri e 3 OSS

OSPEDALE DI CONEGLIANO DIALISI: n. 6 infermieri ed 1 OSS

OSPEDALE ODERZO DIALISI: n. 1 infermiere

- OSPEDALE DI TREVISO INCREMENTO ORGANICO DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA PER L'IGIENE E MEDICINA LEGALE

Motivazione:

La letteratura internazionale dimostra la necessità di avere in dotazione un numero adeguato di infermiere ISRI (Infermiere Specialista nel Rischio Infettivo) all'interno dell'azienda al fine di mettere in atto i previsti programmi di prevenzione e sorveglianza delle ICA, nello specifico si fa riferimento ad una revisione sistematica del WHO del 2016 dove viene raccomandato almeno un infermiere e medico ogni 250 posti letto anche se gli esperti raccomandano un infermiere ogni 100 posti letto negli ospedali per acuti, il PNCAR (Piano Nazionale Contrasto Antibiotico Resistenza 2017-2020): dove viene sottolineato l'importanza dell'attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e la formazione degli operatori sanitari, da ultima la DGRV 1402/2019 - Allegato B - dove viene raccomandata, tra i vari punti, la presenza di figure professionali addette alla sorveglianza, alla prevenzione e al controllo delle ICA .

Richiesta:

OSPEDALE DI TREVISO: infermieri n. 2 OSPEDALE CONEGLIANO: infermiere n.2 OSPEDALE VITTORIO VENETO: infermiere n.2

- OSPEDALI DI TREVISO COMPLETAMENTO PROGETTO “GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO” E ADEGUAMENTO ORGANICO AREA OSTETRICIA GINECOLOGIA

Motivazione:

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

Al fine di mettere in sicurezza i parti cesarei urgenti, si chiede l'integrazione della dotazione per poter attivare una guardia attiva nella fascia pomeridiana, inoltre, si chiede di consolidare l'attività ambulatoriale di pronto soccorso ginecologico con orario 8.00 - 18.00, con personale dedicato

Richiesta:

OSTETRICIA TREVISO: n. 2 ostetriche, 2 infermieri

OSTETRICIA ODERZO: n. 3 infermieri

- OSPEDALI DI TREVISO PROGETTO AMPLIAMENTO DELLE ATTIVITA' CHIRURGICHE DI SALA OPERATORIA

Motivazione:

Per poter completare il progetto di ampliamento delle fasce orarie dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dell'attività di sala operatoria in Azienda, nonché il numero di sedute operatorie per far fronte alle liste di attesa disponendo a breve della nuova logistica nel blocco operatorio unico nella nuova cittadella della salute. Inoltre è in aumento l'attività della Brest Unit e dell'attività diurna polispecialistica di area chirurgica con relativo adeguamento dell'organico per far fronte al progetto di riduzione liste di attesa.

Richiesta:

BLOCCO OPERATORIO DI TREVISO: n. 15 infermieri e n. 15 OSS

BREST UNIT E DAY SURGERY: n. 2 infermieri e 2 OSS

BLOCCO OPERATORIO DI ODERZO: n. 2 infermieri e n. 2 OSS

- PROGETTO OSPEDALE DI COMUNITA' A CASTELFRANCO Motivazione

Trasformazione organizzativa dell'UO di Lungodegenza in Ospedale di Comunità con aumento dei posti letto da 24 a 30 secondo le schede regionali.

Richiesta:

n. 3 infermieri e 4 OSS

- CHIRURGIA, WEEK SURGERY OSPEDALE DI MONTEBELLUNA Motivazione

Adeguamento dei posti letto alle schede regionali con conseguente rideterminazione degli organici.

Richiesta

n. 3 infermieri.

- UOC PROFESSIONI SANITARIE Motivazione

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

Richiesta

n. 3 infermieri, n. 2 tecnici di radiologia, n. 2 ostetriche e n. 2 assistenti sanitarie.

Le successive richieste di autorizzazione all'assunzione verranno inserite nei piani trimestrali di assunzione, quale strumento attraverso il quale l'Azienda darà progressivamente attuazione al proprio piano dei fabbisogni di personale. In attuazione di quanto sopra detto, con nota prot. n. 216938 del 30 novembre 2021, è stata trasmessa la deliberazione del Direttore Generale del 25

novembre 2021, n. 2306, con la quale è stato adottato in via provvisoria il piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2021-2022-2023-2024, composto dagli allegati documenti, che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2021;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2022;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023;
- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2021;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2022;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2022;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2023;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2024;

Con nota regionale del 4 febbraio 2022, prot. n. 51348 C.110, il Direttore dell'Area Sanità e Sociale, ha approvato l'aggiornamento del piano dei fabbisogni per l'anno 2021 - Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2021 - e il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022-2023-2024, in quanto coerenti con le linee di indirizzo contenute nel decreto Ministeriale per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, nonché con le indicazioni operative fornite con la D.G.R.V. e la nota sopra citate.

# 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, ecc).

## 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.

### **Periodicità delle verifiche**

Un primo monitoraggio, monitoraggio di primo livello, viene condotto dai dirigenti 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 2022 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 predisposto dall'Internal Auditing.

E' 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 RPTC 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.

### **Modalità di svolgimento della verifica**

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come per i processi a più alto rischio il monitoraggio di primo livello non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato un monitoraggio di secondo livello da parte del RPCT e dell'Internal Auditing.

Tale monitoraggio consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel Piano da parte delle singole unità operative, nonché la loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo, secondo il principio della effettività.

Una delle attività implementate 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. A causa della pandemia in atto, nel corso del 2021 non si è potuto usufruire di tale modalità di verifica stante la necessità di accedere direttamente alle diverse strutture oggetto di monitoraggio. L'attività è però stata ripresa nel corso

dei primi mesi del 2022 e sono stati già eseguiti 20 audit presso le Strutture territoriali dei tre distretti dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana (Pieve, Asolo e Treviso) e 1 presso l'Ospedale di Conegliano.

Gli audit sono stati realizzati secondo le modalità definite dalla procedura aziendale "CdR AF4211 - Preparazione e conduzione degli audit organizzativo-gestionali, Rev1, Aprile 2021", utilizzando la check list "allegato 4b check list audit allegato 4b qualità - sicurezza sul lavoro - sicurezza paziente - infezioni correlate all'assistenza - prevenzione della corruzione - Internal Auditing".

I valutatori sono stati selezionati dall'elenco aziendale della citata procedura.

La UOSD Sistemi di gestione della qualità provvederà a trasmettere al RPCT l'esito degli audit relativi all'anticorruzione al fine di consentire di porre in essere le eventuali azioni di miglioramento che si rendessero necessarie.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure generali, previste nell'allegato 2, avviene mediante precisi indicatori (output di risultato).

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 quella relativa alle misure generali della rotazione del personale, dell'inconferibilità e incompatibilità degli incarichi del personale dipendente, dello svolgimento delle attività extraistituzionali e dell'informazione al personale dipendente all'atto della cessazione dell'incarico del divieto di pantouflage viene effettuata dalla UOC Gestione risorse umane.

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

Il livello di attuazione delle misure previste nel PTPCT 2021-2023 è stato superiore al 90%. Molte delle attività pianificate per il 2021 hanno subito delle modifiche e sono state rallentate o sospese a causa dell'emergenza covid-19 tuttora in corso. Trattandosi di un piano triennale a scorrimento gli obiettivi non raggiunti nel 2021 verranno perseguiti nel triennio 2022 - 2024.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza quale la relazione ANAC, che l'RPCT presenta annualmente alla Direzione aziendale, all'OIV e agli stakeholders, nonché il report sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta i vari referenti e owner dei processi.

In particolare, nel corso del 2021 il RPCT, il responsabile dell'Internal Auditing e Innovazione e Sviluppo Organizzativo hanno rivisto 14 registri dei rischi, restituendo un feedback ai diversi owner dei processi.

Gli audit eseguiti nel 2021 sono riassunti nei report di monitoraggio delle attività svolte dalla UOSD Internal Auditing nel primo e secondo semestre del 2021, trasmesso ad Azienda Zero con nota prot. n. 186660 del 23.07.2021 e con nota prot. n. 21118 del 04.02.2022 a firma del Direttore generale.

Per quanto riguarda il 2022, tenuto conto di quanto emerso dalle relazioni raccolte a fine 2021, e di quanto emerso da confronti diretti con i singoli owner dei processi, e della necessità di includere nei monitoraggi anche i processi non considerati negli anni precedenti, si è condiviso con l'Internal Auditing il calendario degli audit da effettuare anche con riferimento alla funzione anticorruzione e trasparenza. Il Piano triennale di audit 2022- 2024 dell'Azienda da adottare entro il 30 aprile 2022.

Nel corso dell'anno si terrà inoltre il corso di "Risk management in ambito anticorruzione e internal auditing: progetti di miglioramento per il trattamento dei rischi" per le unità operative del Dipartimento di prevenzione: il corso sarà l'occasione per l'eventuale rivisitazione di alcuni processi in tale ambito.

Tuttavia 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.

Nel caso in cui attraverso gli audit si evidenzino l'inidoneità di una misura (erronea associazione della misura di trattamento per non corretta comprensione o identificazione dei fattori abilitanti, modifica dei presupposti della valutazione, come per es. un cambio degli attori coinvolti, definizione troppo formale e poco sostanziale della misura) il RPCT, come previsto dal PNA 2019, interverrà per ridefinire il trattamento del rischio con il responsabile del processo.

Nel corso del corrente anno si valuterà inoltre la possibilità di integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente.

## **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.

Tale attività, coordinata dal RPCT, coinvolge anche l'OIV e l'Internal Auditing.

<b>Strategia 2 - Ampliare la semplificazione e la sicurezza</b>				
<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Valore soglia anno 2022</b>	<b>Valore soglia anno 2023</b>	<b>Valore soglia anno 2024</b>
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontare l'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	30 giugno (eventuale) 30 novembre	30 giugno (eventuale) 30 novembre	30 giugno (eventuale) 30 novembre
	Verificare l'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Sì	Sì	Sì
	Riesame	Sì	Sì	Sì

## MONITORAGGIO DEL PIAO

Come suggerito dal Consiglio di Stato, Sezione normativa per gli atti normativi, nel parere n. 506/2022 espresso sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'art. 6, comma 5, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113", l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un'attività di verifica dell'idoneità del PIAO di 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.

## **ELENCO DEGLI ALLEGATI**

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

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

**Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione**

**Allegato 4 - Piano dei fabbisogni**

# ALLEGATO 1

## MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI

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

Nella prima parte del presente allegato è riportato l'elenco dei processi mappati all'interno dell'Azienda e l'individuazione dell'area di rischio a cui gli stessi appartengono.

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	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI		
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N					
P001	GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA	Dalla gestione dei rapporti contrattuali con il Tesoriere alla liquidazione delle spese derivanti dal contratto		X													CONTABILITÀ E BILANCIO	MEDIO	X
P002	GESTIONE DEI PAGAMENTI	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere		X													CONTABILITÀ E BILANCIO	MEDIO	X
P003	PREDISPOSIZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PIANO INVESTIMENTI	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	X							X							CONTABILITÀ E BILANCIO	TRASCURABILE	
P004	PREDISPOSIZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE PREVISIONI ECONOMICHE AZIENDALI (BEP/CEPA)	Dall'acquisizione delle previsioni aziendali alla stesura del documento previsionale, dei monitoraggi periodici, all'invio in Azienda Zero	X							X							CONTABILITÀ E BILANCIO	TRASCURABILE	
P005	REGOLARIZZAZIONE DELLE ENTRATE	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reversale, alla riconciliazione con il Tesoriere								X							CONTABILITÀ E BILANCIO	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									X						DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE, DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO, CONTABILITÀ E BILANCIO	RILEVANTE	X
P007	FATTURAZIONE ATTIVA	Dalla richiesta di fatturazione, all'emissione della fattura, alla verifica dell'incasso, alla eventuale richiesta di avvio	X								X						CONTABILITÀ E BILANCIO	MEDIO	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M				
		della procedura di recupero del credito															
P009	PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME	Dalla comunicazione decesso ai familiari, alla gestione salma in reparto e in obitorio												X	DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	MEDIO	X
P010	ATTIVITÀ DI ISPEZIONE SU ARMADI FARMACEUTICI	Dalla programmazione delle verifiche alla verbalizzazione e monitoraggio										X			FARMACIA OSPEDALIERA	TRASCURABILE	
P011	GESTIONE DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)											x			TRASCURABILE	
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		X									X		DIREZIONE SERVIZI SOCIALI - IAF	TRASCURABILE	
P013	GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA	Dalla programmazione, alla prenotazione, all'accettazione ed erogazione	X	X						X	X				MEDICINA DELLO SPORT	MEDIO	X
P014	VALUTAZIONE MEDICO LEGALI	Dalla richiesta di valutazione (inserimento in lista di attesa per la il rinnovo patente/verifica alcolica o tossicologica, richiesta invalidità INPS, richiesta parere medico legale) alla emissione della valutazione stessa o del referto	X										X		MEDICINA LEGALE	RILEVANTE	X
P015	APPLICAZIONE DELLE TARIFFE ALLE IMPRESE ALIMENTARI DLGS 194-	Dalla verifica della applicazione del d.lgs. 194, alla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione											X		SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)	TRASCURABILE	

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI	
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N				
	2008 (SEZ.6 E 8-TARIFFE SETT. ALIMENTARE)																	
P016	ATTIVITA' DI CONTROLLO ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E BEVANDE, ACQUE AD USO POTABILE, M.O.C.A., FITOSANITARI	Dalla preparazione programmi di lavoro, all'esecuzione controlli, alla comunicazione all'autorità giudiziaria, alla verifica implementazione azioni correttive a seguito non conformità riscontrate, alla registrazione controllo e documenti correlati															RILEVANTE	X
P017	GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DA UTENTI/IMPRESE ALIMENTARI E DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	Dal ricevimento, alla valutazione e chiusura della segnalazione															RILEVANTE	X
P018	ATTIVITÀ ISPETTIVE	Dalla programmazione o segnalazione/riciesta/esposto fino alla verbalizzazione / verifica del pagamento della sanzione /segnalazione alla magistratura														SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)	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														SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)	MEDIO	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI			
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N						
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												X				SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)	TRASCURABILE	X
P022	CONTROLLO UFFICIALE ALLERTE, CAMPIONAMENTI E AUDIT	Gestione allerte alimenti e mangimi, gestione audit, gestione campionamenti al dettaglio													X			SCAA - SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTI ALLERTE E AUDIT	MEDIO	X
P024	AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI ESECUZIONE DEI LAVORI	Dalla programmazione dei lavori, alla progettazione, aggiudicazione, esecuzione fino alla rendicontazione del contratto e collaudo (inclusa la gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico e il Project Financing di Treviso per la quota dei lavori)				X									X			SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	RILEVANTE	X
P025	GESTIONE DEGLI AUDIT	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit report, inclusa gestione delle verifiche LR 22/2002	X															SERVIZIO QUALITÀ	MEDIO	
P027	CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Attività di ispezione nelle strutture di macellazione, trasformazione e vendita di prodotti di origine animale, gestione delle segnalazioni/ esposti, esecuzione campionamenti, applicazione d.lgs. 194-2008 servizio veterinario													X			SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI (SIAOA)	RILEVANTE	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI		
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M					N	
P028	CONTROLLI UFFICIALI DI SANITÀ ANIMALE	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona), ispezione e campionamenti, gestione delle segnalazioni/esposti, applicazione tariffario regionale per attività veterinaria		X													SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE (SSA)	TRASCURABILE	X
P029	CONTROLLO UFFICIALE DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona), ispezione e campionamenti, gestione delle segnalazioni/esposti, applicazione tariffario regionale per attività veterinaria		X													SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE (SSA)	TRASCURABILE	X
P030	GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema															SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	TRASCURABILE	
P038	GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE (DCR)	Dal ricevimento delle ricette alla liquidazione delle distinte contabili riepilogative															ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE	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															DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	MEDIO	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI	
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M					N
P040	ASSISTENZA PROTESICA	Dalla gestione e valutazione della richiesta dell'utente all'emissione dell'autorizzazione alla fornitura e alla liquidazione della fattura		X													TRASCURABILE	
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 contributo	X														MEDIO	X
P042	AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE A 40.000€	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				X										ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	RILEVANTE	X
P043	ESECUZIONE E MONITORAGGIO CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	Dall'esecuzione del contratto alla verifica della conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta, all'effettuazione dei pagamenti a favore dei soggetti esecutori				X										ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	RILEVANTE	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N			
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				X									ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	TRASCURABILE	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						X							ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE	TRASCURABILE	
P046	ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI E NON DIPENDENTI	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria			X		X		X						U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	RILEVANTE	X
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 alla cessazione del contratto			X											MEDIO	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		X												MEDIO	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI										AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI		
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M		N						
P049	GESTIONE GIURIDICA	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro			X														RILEVANTE		
P050	GESTIONE ORARIO DI LAVORO	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni		X															RILEVANTE	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									X				X				U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI	MEDIO	X
P053	PRESTAZIONI PER DISABILI	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				X								X					U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI	MEDIO	X
P054	PRESTAZIONI DI PSICHIATRIA	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS				X								X					U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI	RILEVANTE	X
P055	PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per				X								X					U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI	MEDIO	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI		
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N					
		prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS																	
P057	ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO	Dalla richiesta della convenzione all'inserimento degli studenti	X														U.O.S.D. FORMAZIONE	TRASCURABILE	
P058	CONCESSIONE E GESTIONE 150 ORE DI STUDIO	Dalla richiesta del dipendente alla concessione delle ore di permesso studio, alla rendicontazione	X														U.O.S.D. FORMAZIONE	TRASCURABILE	
P059	FORMAZIONE ESTERNA	Dalla richiesta del dipendente all'autorizzazione al corso, al rimborso spese e rendicontazione	X					X									U.O.S.D. FORMAZIONE	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	X			X		X									U.O.S.D. FORMAZIONE	TRASCURABILE	X
P061	GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI	Dall'avvio dell'istruttoria all'individuazione del partecipante, all'autorizzazione	X					X									U.O.S.D. FORMAZIONE	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								X							UOC AFFARI GENERALI	TRASCURABILE	X
P064	GESTIONE DEL CONTENZIOSO	Dalla ricezione dell'atto giudiziale alla definizione del contenzioso								X							UOC AFFARI GENERALI	TRASCURABILE	X
P065	GESTIONE PRIVACY	Dalla rilevazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla verifica del rispetto della								X							UOC AFFARI GENERALI	TRASCURABILE	

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI							AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI		
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M					N	
		normativa alla attivazione di provvedimenti di adeguamento																	
P066	GESTIONE PROTOCOLLO	Dalla ricezione della documentazione al suo smistamento nelle UU.OO.							X							O	UOC AFFARI GENERALI	TRASCURABILE	
P067	GESTIONE PROVVEDIMENTI AZIENDALI	Dalla ricezione della proposta alla pubblicazione nell'albo aziendale e successiva archiviazione							X								UOC AFFARI GENERALI	TRASCURABILE	
P068	GESTIONE DEI CONTRIBUTI VINCOLATI	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione periodica	X														UOC CONTABILITÀ E BILANCIO UOC CONTROLLO DI GESTIONE	RILEVANTE	
P069	CICLO DELLE PERFORMANCE	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali sia di struttura che individuali	X														UOC CONTROLLO DI GESTIONE	TRASCURABILE	
P070	GESTIONE DEI FLUSSI AZIENDALI	Dall'acquisizione dei dati, alla loro analisi all'invio	X														UOC CONTROLLO DI GESTIONE	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		X								X					UOC CONTROLLO DI GESTIONE	TRASCURABILE	X
P072	GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI E RICERCHE CLINICHE (PROFIT E NO PROFIT)	Dalla richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa all'individuazione dei pazienti, avvio, monitoraggio e conclusione del processo di sperimentazione										X	X	X			UOC CONTROLLO DI GESTIONE	TRASCURABILE	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI	
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M					N
P073	MOBILITÀ ATTIVA	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso						X									TRASCURABILE	
P074	MOBILITÀ PASSIVA	Dall'acquisizione del flusso alla validazione dello stesso						X									TRASCURABILE	
P075	RECUPERO CREDITI	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero						X								UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO - CONTABILITÀ E BILANCIO	MEDIO	
P076	ACQUISTO DI PRESTAZIONI DI LP D'AZIENDA	Dalla predisposizione del fabbisogno alla gestione delle acquisizioni, alla liquidazione del compenso		X				X		X						UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE	TRASCURABILE	
P077	ATTIVITÀ IN REGIME DI LP	Dalla regolamentazione aziendale per attività specialistica, ricoveri e veterinaria, alla gestione di agende, spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi		X				X		X						UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE	TRASCURABILE	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		X				X								UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE	TRASCURABILE	X
P079	GESTIONE DELLE CONVENZIONI CON TERZI	Dall'attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e convenzione, alla ricezione e		X														

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI	
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N				
		trasmissione del resoconto delle attività effettuate nel corso dell'anno dai terzi, alla liquidazione delle attività effettuate														MEDIO	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				X										UOC PROVVEDITORATO	TRASCURABILE	X
P081	AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	Dalla programmazione, alla progettazione, alla selezione del contraente, alla stipula del contratto, all'esecuzione				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									X					UOC SISP	RILEVANTE	X
P083	GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSA	Dalla gestione istanza, all'istruttoria pratica, alla verifica incasso diritti sanitari	X													UOC SISP	RILEVANTE	X

CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI			
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M					N		
P084	GESTIONE SEGNALAZIONI ED ESPOSTI	Dal ricevimento segnalazione, alla valutazione e chiusura della segnalazione												X				UOC SISP	RILEVANTE	X
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	X															UOS ATTIVITÀ SPECIALISTICA	RILEVANTE	X
P086	GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali, alla cessazione				X												UOS PERSONALE CONVENZIONATO	TRASCURABILE	
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				X													TRASCURABILE	
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				X														MEDIO



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE				OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	INDICE DI RISCHIO (IR)	REGISTRO DEI RISCHI	
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M					N
		gestione delle variazioni e all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, alla gestione delle cessazioni																
P095	GESTIONE DELEGHE E QUOTA CAPITARIA DEI COMUNI (CICLO ATTIVO)	Dalla definizione della quota capitaria e quota vincolata che i comuni devono versare per la gestione sociale alla verifica dell'incasso						X									MEDIO	X
P097	GESTIONE POLO DISABILITÀ	Dalla programmazione dei lavori, alla progettazione, aggiudicazione, esecuzione fino alla rendicontazione del contratto e collaudo (inclusa la gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico e il Project Financing di Treviso per la quota dei lavori)						X									U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI	TRASCURABILE

## 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.

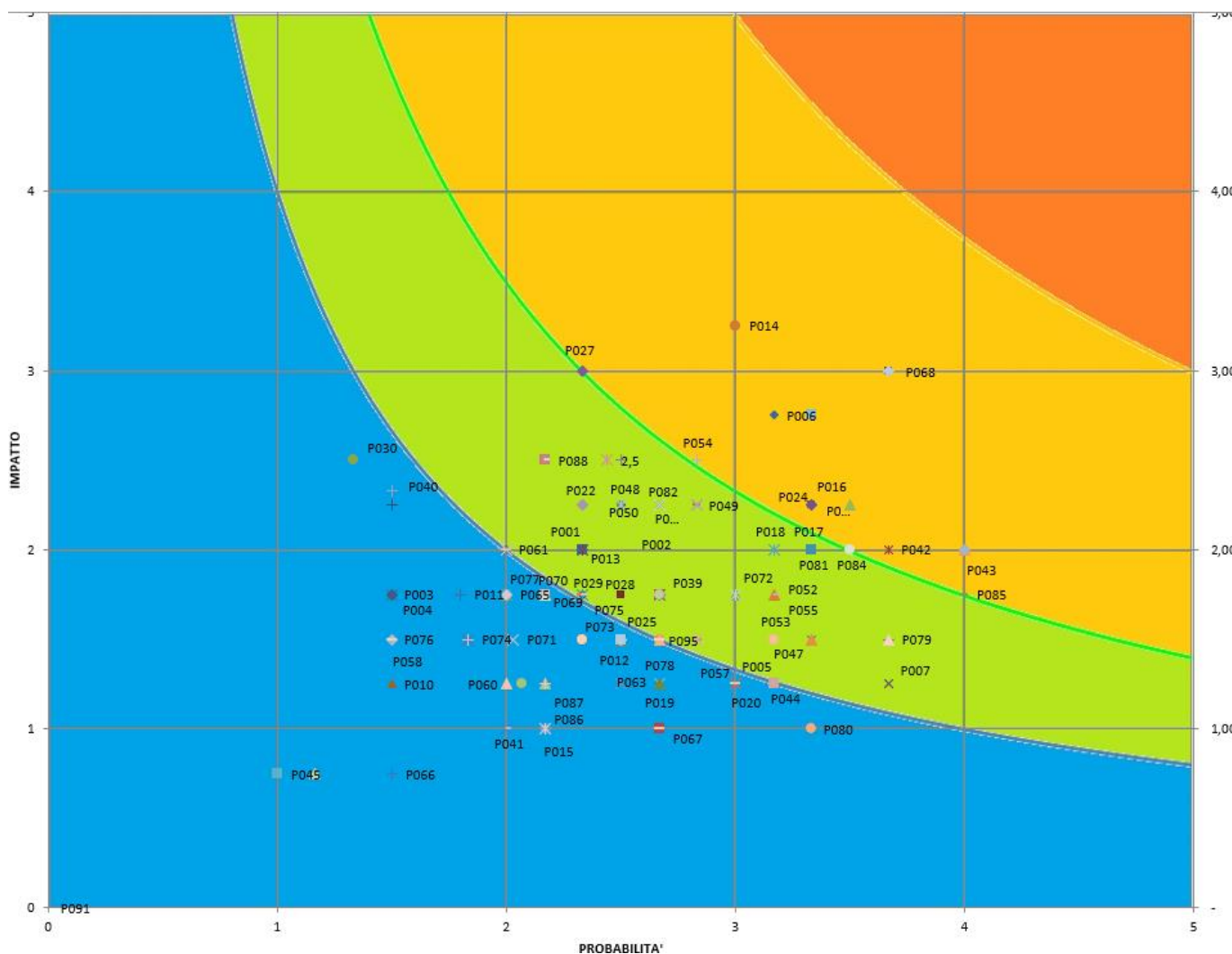
I processi sono classificati graficamente attraverso quattro diversi livelli di rischio, determinati dalle seguenti soglie dell'indice di rischio e riassunti nella matrice della valutazione del livello di rischio dei processi riportata nella pagina seguente:

- 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, al fine di mitigarne i potenziali danni.

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 alla firma/revoca delle autorizzazioni in caso di cessazione	abilitazione di un soggetto non corretto	B	NO	Delibera di individuazione dei responsabili e comunicazione con mail/lettera di chi è delegato	B
	controllo e acquisizione delle liste di trasmissione firmate digitalmente dal responsabile dell'ufficio incaricato della liquidazione	acquisizione di liste di trasmissione che non sono complete della documentazione necessaria	B	Sì		B
emissione del mandato di pagamento	assegnazione informatica del numero progressivo di faldone, data di estrazione/elaborazione e oggetto di riferimento	a causa di problemi informatici l'assegnazione potrebbe essere non corretta	B	Sì		B
	verifica che l'importo acquisito corrisponda al totale della lista al netto di eventuali ritenute	acquisizione non corretta	MB	NO	funzione su NAV che permette di calcolare le righe estratte sulla lista e controllo visivo con la lista	B

	avvio al pagamento dei documenti acquisiti e passati allo stato "proposta di mandato" secondo data fattura / data di scadenza	l'errata selezione può comportare il mancato rispetto dei tempi di pagamento con conseguente possibile richiesta di interessi di mora	MB	Sì		MB
	verifica delle disponibilità di cassa	mancati pagamenti per indisponibilità di cassa	M	Sì		M
	verifica presenza validità DURC	in caso di DURC irregolare non segnalato: esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	MB	NO	In NAV il mandato è bloccato in caso di DURC irregolare	B
	verifica tracciabilità dei flussi finanziari	esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	M	NO	In NAV il mandato è bloccato in caso di mancanza di tracciabilità dei flussi finanziari - il controllo è fatto manualmente dal personale del sef	B
	registrazione e verifica della presenza di eventuali cessioni del credito	nel caso di mancata registrazione della cessione, esecuzione di un pagamento a un beneficiario errato	M	NO	a partire dal 2017 tutte le cessioni sono diniegate, le cessioni precedentemente registrate producono in NAV degli alert di sistema per i vecchi debiti ceduti c'è un controllo per i fornitori che di solito sono soggetti a cessione che verifica che sia correttamente registrata	B
	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	M	NO	applicazione di un filtro che intercetta i caratteri non permessi	B

		pagamento, ritardando il pagamento stesso				
	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
	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 sospenso 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	SI		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
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	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



	un conto di costo/ricavo come specificato in procedura					
--	--	--	--	--	--	--

## P005-REGOLARIZZAZIONE DELLE ENTRATE (include P068 - Gestione dei contributi vincolati)

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
	abbinamento del sen al relativo documento	errato abbinamento sen - documento sollecito di pagamento non corretto	M	NO	in fase di simulazione della reverse l'operatore verifica l'eventuale presenza di errori materiali	MB

					con l'implementazione del PagoPA ogni pagamento dovrà avere il proprio identificativo	
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
	circularizzazione 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	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

fisica / riscuotitore 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 (inclusi contributi vincolati)	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					
	se credito non rilevato, emissione di un documento ai fini interni e chiusura documento con SEN					
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 reverseale	B



	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		
	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		

	gestione delle richieste di cambio (richiesta/versamento)	possibile appropriazione del fondo cassa	MB	NO	da procedura cambio moneta: tutte le richieste di cambio moneta devono essere autorizzate con firma digitale dal direttore SEF, il SEN del versamento viene quadrato dagli operatori del SEF con il SUS della sovvenzione di cambio moneta	B
gestione delle anagrafiche	inserimento anagrafica utente	errata individuazione dell'utente ai fini fiscali - errato invio flussi (es 730)	MB	Sì	verifica effettuata dal controllo di gestione in fase di invio dei flussi con relativa reportistica	B
	inserimento anagrafica articoli/abbinamento regime contrattuale	errato collegamento al regime fiscale/conto di contabilità generale	B	NO	gli articoli sono transcodificati nella fase di importazione in NAV, eventuali difformità emergenti possono essere corrette su sistema di cup/cassa	B
apertura giornaliera della cassa e gestione degli incassi	verifica turno e attribuzione del fondo cassa	attribuzione di un fondo cassa di importo errato	B	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	B
	richiamo/inserimento della prestazione da pagare e dell'utente	registrazione del pagamento di una prestazione errata o di un utente errato	B	SI		
	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
gestione richieste di rimborso	ricezione e valutazione della richiesta di rimborso da parte dell'utente	ammissione di una richiesta di rimborso senza la documentazione a corredo: copia della carta d'identità e originale del pagamento - rimborso a un utente diverso da chi doveva ricevere i soldi o a chi non ha diritto	M	NO	verifica di cassa periodica	MB
chiusura pratiche / marca pagato / cassa virtuale	registrazione dei pagamenti di prestazioni pagate a CUP al di fuori del circuito cassa (a mezzo bonifico bancario o a mezzo conto corrente postale)	sanzione per mancato invio del flusso 730 - invio di solleciti di pagamento non corretti	M	SI	report di verifica riepilogativo sull'invio del flusso 730 e degli errori generati inviato dal controllo di gestione	B

## P007-FATTURAZIONE ATTIVA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Richiesta dell'emissione delle fatture/ricieste di pagamento da parte dei servizi competenti (ove presente)	I servizi che effettuazione di una prestazione o cessione di un bene richiedono al bilancio l'emissione della fattura o procedono all'emissione (se abilitati)	A causa di mancanza di blocchi di sistema potrebbero mancare elementi necessari per l'emissione della fattura portando alla richiesta di integrazione all'ufficio/servizio competente	M	no	Almeno una volta l'anno in occasione del bilancio consuntivo l'uoc contabilità e bilancio ricorda a tutte le uu.oo. di emettere/richiedere l'emissione di tutte le fatture attive/ricieste di pagamento in competenza dell'esercizio in chiusura, ricordando tutte le regole vigenti	MB
Creazione anagrafica (cliente, articolo)	se l'anagrafica (cliente/articolo) non è creata, il servizio richiede al bilancio la sua creazione	I singoli servizi potrebbero non fornire tutti i dettagli necessari per una adeguata classificazione del cliente - non corretta classificazione ai fini IVA e IRES	MB	no	è stato prodotto un format per la codifica del cliente - Per alcuni servizi (es. il servizio veterinario) il programma PALMVET segnala le eventuali anagrafiche mancanti al caricamento delle attività effettuate: le anagrafiche in questo caso vengono gestite dal personale del dipartimento di prevenzione e vengono individuate dal prefisso "CV".	B
	creazione in NAV della nuova anagrafica	Si potrebbero inserire dati errati relativi all'utente o all'articolo	MB	sì		MB
Emissione della fattura attiva	Creazione del documento in NAV e suo invio (schedulato) tramite SDI	a causa di problemi tecnici potrebbe non partire la fattura elettronica	MB	no	Schedulazione settimanale: ogni venerdì per tutte le fatture registrate nella settimana per l'invio e c'è un cruscotto per la verifica degli errori	B
	Invio tramite posta / PEC / mail dei documenti di richiesta di pagamento	mancato recapito della richiesta di pagamento	M	no	se la fattura cartacea / formato pdf non viene inviata, il credito rimane aperto e si attiva il sollecito di pagamento (vedi processo recupero crediti)	B
Variante: dipartimento di prevenzione - area veterinaria	registrazione delle attività in PALMVET	mancata / errata registrazione dell'attività in palmvet	M	Sì		M
	lancio della procedura di scarico dei dati da	a causa di setup non corretti/variati o di anagrafiche mancanti non vengono registrate le fatture	MB	no	Il programma PALMVET segnala le eventuali anagrafiche mancanti al caricamento delle attività effettuate; le anagrafiche in questo caso	B

	PALMVET a Navision e gestione degli errori			vengono gestite dal personale del dipartimento di prevenzione e vengono individuate dal prefisso "CV". Se l'importazione da errore viene contattato il ced per risolvere il problema	
da qui ritorno alla fase "Creazione del documento in NAV e suo invio (schedulato) tramite SDI"					
Incasso - per l'analisi si rimanda alla procedura di gestione della tesoreria - fase "gestione dei sospesi di entrata"					
Emissione ordinativo di incasso (reversale) per la cui analisi si rimanda alla procedura di P005-regularizzazione delle entrate - fase " caricamento delle reversali e registrazione "					
Gestione del recupero crediti (vedasi apposita procedura)					

## P009-PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

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

		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

## 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 inserimenti residenziali	B
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	NO	a carico dell'UOC Bilancio	B
	Acquisizione del visto da parte dell'U.O.C. I.A.F.	Mancata/ errato/ non tempestivo visto sulle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione Fatture Enti Gestori Comunità Educative (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione diarie alle famiglie affidatarie (in base all'annuale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario predisposizione diarie (entro un termine predefinito)	B



	Deliberazione del Direttore Generale)					
--	--	--	--	--	--	--

## 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	MB	NO	medico che effettua una doppia valutazione dei turni	B
	Apertura trimestrale delle agende esclusa la settimana sacco (settimana cuscinetto necessaria per riorganizzare l'attività in caso di urgenze)	la persona incaricata dell'attività si dimentica di aprire le agende	M	NO	Allert 2/3 gg prima del trimestre successivo sul calendario del coordinatore	B
	Apertura mensile della settimana sacco (l'ultima settimana del mese per il mese successivo)	La persona incaricata dell'attività si dimentica di comunicare l'apertura della settimana sacco	M	NO	Allert 2/3 gg prima del mese successivo sul calendario del coordinatore	B
Prenotazione	L'utente chiede al call center l'appuntamento per la visita medico sportiva. L'operatore della cooperativa, dopo aver verificato le generalità dell'utente inserisce il nominativo in una lista chiamata "promessa di appuntamento". Terminati i posti disponibili, i nominativi successivi saranno inseriti in un'altra lista denominata "fuori lista". Le due tipologie di liste	Errori sull'assegnazione del paziente ad una lista diversa da quella corretta	MB	Si		MB

	sopra riportate riguardano quattro tipologie di prestazioni: LEA, disabili e over 18 e over 35					
	Nella settimana sacco sono prenotati gli utenti ai quali è stato rinviato l'appuntamento per assenza improvvisa del personale nel mese in corso. I posti rimanenti sono prenotabili prima utilizzando la lista utenti in promessa di appuntamento, poi utilizzando gli utenti in fuori lista, ossia gli utenti che non hanno trovato posto nella capacità erogativa del mese	Mancata o erronea assegnazione dell'appuntamento	MB	NO	procedura formalizzata	B
Accettazione	L'utente si presenta allo sportello con un appuntamento e la ricevuta di pagamento del ticket se dovuto. La segretaria, dopo identificazione dell'utente controlla la prenotazione e procede con la registrazione in medarchiver	Errore di identificazione e registrazione dell'utente	M	NO	procedura formalizzata	B
	La segretaria riceve e controlla la ricevuta del pagamento del ticket se dovuto	Mancato pagamento del ticket e quindi l'utente non effettua la visita	MA	NO	segnalazione e quindi attivazione recupero credito per mancata disdetta	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 che ci sia anche la ricevuta di pagamento nella cartella	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 in segreteria della Medicina dello sport entro le 72 ore	La segretaria della Medicina dello sport non invita l'utente a comunicare l'assenza al call center	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 immediatamente disponibile online se l'atleta è idoneo	Il medico non firma digitalmente il certificato	MA	NO	impostazione di un blocco in medarchiver in modo che non si possa ultimare la procedura senza firmare digitalmente	B
		Mancata erogazione della prestazione già in appuntamento per assenze improvvise del personale (malattia o altro) o guasti apparecchiature	M	NO	sms per avvisare del mancato appuntamento ed eventualmente (da verificare) fissare l'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 e programmazione attività	manipolazione lista d'attesa non motivata da esigenze legittime connaturate alla prestazione (di carattere clinico, normativo, organizzativo)	M	NO	accesso alle modifiche limitato a determinati operatori e controllo puntuale delle richieste di anticipazione con regole assegnate	B
			M	NO	definizione di una procedura operativa	B
			M	NO	controllo su liste domande INPS e su tempi attesa delle visite	B
EROGAZIONE PRESTAZIONE	valutazione/verifica attestazioni clinico strumentali 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	MB
			A	NO	frigorifero con possibilità di chiusura a chiave valutare aggiornamento telecamera	M
	formulazione giudizio collegiale	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (invalidità civile)	M	NO	rotazione dei componenti della commissione verifica da parte dell'INPS	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 dei contenuti delle linee di indirizzo	B
	formulazione giudizio monocratico	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (relazioni medico legali sinistri)	M	NO	Comitato Valutazione Sinistri (CVS) effettua una valutazione discussione dei casi all'interno dell'unità operativa	B
	verbalizzazione/presa in carico certificazione	errore nel verbale valutazione /certificazione	MA	NO	controllo combinato dei componenti della commissione	MB
TRASMISSIONE CERTIFICAZIONI/ATTI	trasmissione telematica agli istituti competenti per concessioni previste	mancata trasmissione telematica	MB	NO	memo per passaggio di consegna tra colleghi	B

	dalla normativa (patenti/invalidità)					
INFORMAZIONI AGLI UTENTI	informazione agli utenti relativamente allo stato delle pratiche, alle normative vigenti ed ai diritti esigibili	fornitura di informazioni non adeguate	MB	NO	istruzioni operative per il contatto con l'utente tramite telefono, tramite email e allo sportello	B
					adeguamento postazione operatore (TV)	B
ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI	archiviazione documenti	difficoltà nel reperimento pratiche	MB	NO	riorganizzare in modo sistematico gli archivi	B
NOTA: il registro dei rischi è in fase di aggiornamento						

## P016 - ATTIVITA' DI CONTROLLO ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E BEVANDE, ACQUE AD USO POTABILE, M.O.C.A., FITOSANITARI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Preparazione programmi di lavoro in base alla pianificazione delle attività, secondo procedura specifica "PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMABILI DEL SERVIZIO"	Registrazione input: disposizioni di legge, - richieste di intervento da altri Enti o servizi interni all'AULSS, - pianificazione sovraordinata (nazionale, regionale, aziendale), - programmazione di Servizio, - attività non programmata (ad es. allerte, segnalazioni da utenti, imprese alimentari, ecc.) (richiesta, pianificazione, disposizione di legge)	Il personale di servizio omette di documentare per iscritto e protocollare l'input.	B	NO	Il coordinatore verifica a campione che gli input siano stati protocollati da parte della segreteria.	B
	Valutazione congruità e competenza	Mancata assegnazione dell'input	MB	NO	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte). Assegnazione della pratica al referente	B
	Valutazione urgenze/attività non programmabili ed esecuzione controlli	Il controllo urgente non viene effettuato secondo tempistiche adeguate rispetto al rischio sicurezza	MB	NO	il coordinatore valuta l'urgenza dell'input, l'attribuisce al personale specificatamente individuato e per conoscenza al direttore/dirigente per eventuali rivalutazioni. Se l'input risulta non urgente, viene inserito come attività in programmazione	B
	Inserimento nelle attività programmabili e assegnazione a singolo operatore che esegue i controlli	Assegnazione non congrua rispetto alla procedura specifica	M	NO	l'input viene inserito come attività in programmazione in base ai criteri di organizzazione, riportati al punto 5.1 della procedura specifica. Il direttore e il dirigente referente valuta se viene rispettata la procedura specifica. Effettuazione verifica di efficacia a priori secondo normativa europea.	B

	Individuazione delle coppie di lavoro	assegnazione non congrua rispetto alla procedura specifica	M	NO	Il coordinatore valuta il rispetto della programmazione delle coppie di lavoro tramite gestionale SIAN-NET, database dedicato per la registrazione dei controlli. Effettuazione verifica di efficacia a posteriori secondo normativa europea	B
Esecuzione controlli con produzione documenti di attività	Visione pratica con attività effettuate precedentemente su ditta/attività oggetto del controllo	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di non effettuarlo	M	NO	il controllo viene effettuato dal coordinatore su database dedicato dove vengono registrati i controlli	B
	svolgimento del controllo	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di effettuare un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa	M	NO	Il controllo viene effettuato tramite lo strumento della verifica di efficacia sul campo, prevista dalla normativa europea. Il rischio è mitigato dalla rotazione del personale in tutto il territorio di competenza / presenza di due operatori che effettuano il controllo	B
	Redazione del documento di attività (di conformità o non conformità: prescrizione, sanzione amministrativa, misure coercitive)	Pressioni al personale che effettua il controllo nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo e non rilevazione di non conformità tramite il verbale di controllo	M	NO	il controllo viene effettuato tramite lo strumento della verifica di efficacia sul campo e documentale, prevista dalla normativa europea. Il rischio è mitigato dalla rotazione del personale in tutto il territorio di competenza / presenza di due operatori che effettuano il controllo	B
Comunicazione all'autorità giudiziaria	Comunicazione all'autorità giudiziaria in occasione di non conformità in cui si ravvisi ipotesi di reato	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di non inviare la comunicazione all'autorità giudiziaria	M	NO	Il rischio è mitigato dalla rotazione del personale in tutto il territorio di competenza / presenza di due operatori che effettuano il controllo. Il Direttore o il dirigente verifica la documentazione da inviare all'Autorità Giudiziaria	B
Verifica implementazione azioni correttive a seguito non conformità riscontrate	Verifica implementazione azioni correttive a seguito non conformità riscontrate	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di chiudere il controllo della non conformità, senza che questa sia stata completamente risolta.	M	NO	Il coordinatore controlla su database dedicato (per la registrazione dei controlli) la chiusura delle non conformità nei controlli effettuati	B
Registrazione controllo e documenti correlati su database dedicato	Registrazione controllo e documenti correlati su database dedicato	La mancata registrazione di un controllo o la ripetuta registrazione dell'attività, possono determinare una variazione nella frequenza e nella tipologia dei successivi controlli	MB	NO	Il coordinatore effettua il controllo sulla corretta registrazione dei controlli tramite consultazione database dedicato	B

## P017 - GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DA UTENTI/IMPRESE ALIMENTARI E DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricevimento segnalazione	segnalazione telefonica	Il funzionario omette di documentare per iscritto i dati ed il contenuto della segnalazione e di inoltrarla al dirigente per la valutazione	MA	NO	viene eseguita periodicamente verifica di efficacia documentale per verificare se la segnalazione è stata registrata e gestita secondo procedura di Servizio	MB
		Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	MA	No		MB
	segnalazione in presenza o tramite ricezione scritta	Il funzionario omette di documentare per iscritto i dati ed il contenuto della segnalazione e di inoltrarla al dirigente per la valutazione	MA	No	viene eseguita periodicamente verifica di efficacia documentale per verificare se la segnalazione è stata registrata e gestita secondo procedura di Servizio	MB
		Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	MA	NO		MB
Valutazione della segnalazione	protocollazione delle segnalazioni	Pressioni al dirigente, al coordinatore ed al funzionario ai fini di non protocollare la segnalazione	MB	NO	Il dirigente verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad una coppia di TdP l'esecuzione del sopralluogo concordato con il dirigente	B
	valutazione tecnica della segnalazione	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	NO	Il dirigente assieme al coordinatore valuta l'opportunità a procedere o meno alla verifica di quanto segnalato tramite sopralluogo	B
Chiusura della segnalazione	archiviazione	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	NO	Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal dirigente	B

	affidamento a coppia di tecnici della prevenzione per sopralluogo	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	NO	Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad una coppia di TdP l'esecuzione del sopralluogo concordato con il dirigente.	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 o segnalazioni dei cittadini) nella programmazione delle attività quotidiane	Mancata o non conforme programmazione dei piani operativi di controllo - possibile omissione di ditte nella programmazione routinaria	MB	Si		MB
Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione controlli - incarico alla squadra di fare una determinata verifica: per quanto riguarda l'edilizia c'è un'assegnazione al territorio, per il resto delle ditte la scelta si basa sui carichi di lavoro	Assegnazione a personale con potenziale conflitto di interessi - Mancata rotazione del personale in sede di assegnazione dei controlli programmati	MB	NO	segnalazione dei conflitti di interesse (indicazione di fare una mail)	B
			MB	NO	verifica delle frequenze di accesso alle aziende	B
	Preparazione dell'ispezione (analisi preliminare, acquisizione e verifica documentazione sull'azienda, predisposizione del materiale di supporto)	Analisi preliminare e/o Documentazione non accurata, non completa e/o non conforme	B	Si		B

Effettuazione del sopralluogo	Sopralluogo	Sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa o non effettuato	MA	NO	l'ispezione viene fatta sempre da almeno 2 persone, i componenti della coppia ruotano.	B
		Verbale di accesso non presente o non conforme agli esiti dell'attività ispettiva	MA	NO	obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata -verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
		Verbale/relazione non accurato e/o non conforme alla normativa	MA	NO	obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
Verbalizzazione	Stesura Verbale	Verbale/relazione non conforme agli esiti dell'attività ispettiva	MB	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
		Verbale/relazione non conforme agli esiti dell'attività ispettiva	MB	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
	Notifica verbale	Errori formali nella procedura di notifica; errori di valutazione nella scelta dei tempi concessi per la regolarizzazione	MB	NO	firma degli operatori + supervisione del dirigente di area e del direttore del servizio verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B
Verifica adempimenti	sopralluogo	Sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa / fuori dai termini previsti	M	NO	obbligo di presenza di 2 persone obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B

	Ammissione al pagamento	Errori nel calcolo della sanzione pecuniaria da comminare	B	NO	controfirma del responsabile verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B
	Verifica pagamento - la ditta deve inviare una copia dell'avvenuto pagamento che viene allegato in fascicolo	Mancata verifica o mancato rilevamento di difformità tra la cifra prevista e quella pagata	MB	NO	controllo a campione dei fascicoli per gli archiviati successivo invio in procura di tutto il fascicolo	B
Chiusura pratica	per tutte le sanzioni di tipo penale: Invio atti in Procura	Invio di fascicolo privo di elementi sostanziali o formali (allegati, firme)	B	NO	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione informatica pratica	Archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, mancata chiusura	B	NO	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione fisica pratica	Archiviazione in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento	B	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B

## P019 - CERTIFICAZIONI SANITARIE

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

Chiusura prestazione	Archiviazione cartella ambulatoriale/pratica	Errori fisici nella archiviazione della cartella ambulatoriale	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
----------------------	--	--	---	----	--	---

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

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

Richiesta pagamento bollettino e incasso (solo per distributori carburanti e linee vita)	Richiesta pagamento	Mancata richiesta pagamento del bollettino.	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Accertamento cifre da pagare	Pressioni al personale al fine di richiedere il pagamento del bollettino con tariffe diverse rispetto al servizio erogato (condizioni sfavorevoli per l'azienda)	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	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

## P022 - CONTROLLO UFFICIALE ALLERTE, CAMPIONAMENTI E AUDIT

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione delle allerte	ricezione allerte	mancata o ritardata ricezione delle allerte	MB	sì		MB
	eventuale ritiro/riciamo	ritardato/non completo ritiro	MB	no	procedura aziendale	B
	gestione delle eventuali comunicazioni	omessa/ritardata/mancata gestione delle comunicazioni con gli operatori e con i consumatori	MB	sì		MB

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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
<b>Fase: Programmazione</b> Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	Analisi dei fabbisogni	Attribuzione di priorità di opere pubbliche finalizzata a favorire un determinato operatore economico	M	no	Intervento di più soggetti nel procedimento per la definizione dei documenti di programmazione di cui all'art. 21 del D.lgs. n. 50/2016	B
		Definizione dell'importo a base di gara in modo da eludere le norme sull'evidenza pubblica (ad esempio artificioso frazionamento)	M	no	Controlli RUP su progetti effettuati dai tecnici e Intervento di più soggetti nel procedimento	B
		Scelta di procedura negoziata senza bando e affidamento diretto/affidamento d'urgenza al di fuori dei casi previsti dalla normativa	M	no	Attestazione dell'avvenuta verifica che non sussistono al momento sia dell'indizione che dell'aggiudicazione convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o da Consip s.p.a.	B
	Redazione/Aggiornamento/Adozione/Pubblicazione del programma triennale dei lavori pubblici	Programmazione non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	M	no	Definizione della programmazione condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma annuale dei lavori da avanzare alla Direzione Generale	B
		Inserimento di interventi straordinari non previsti nel piano degli investimenti o interventi ordinari non previsti nel BEP	M	no		B
	Publicazione Programma triennale dei lavori	Mancata pubblicazione del Programma lavori nel sito aziendale "Trasparenza" e/o nel sito del MIT Non rispetto del Piano degli Investimenti approvato dalla Direzione Generale	M	no	Publicazione annuale del Piano degli Investimenti	B
<b>Fase: Progettazione:</b> La scelta dei soggetti qualificati (interni o esterni) per la redazione delle progettazioni è cruciale per assicurare	Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti del Gruppo Tecnico	Nomina del responsabile del procedimento (RUP) e dei Componenti del Gruppo Tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei	MB	no	Procedure interne che individuino criteri di competenza nella nomina del RUP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso. Costituzione Gruppo Tecnico con figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento (affidamento di servizi di ingegneria e architettura/supporto al RUP/verifica), come previsto	B

la rispondenza dell'intera procedura di approvvisionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici		ed adeguati ad assicurare la terziarietà e l'indipendenza			dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse e cause di incompatibilità in relazione allo specifico oggetto della procedura di affidamento. Monitoraggio dei lavori di redazione degli atti di gara.	
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti con improprio utilizzo di sistemi di affidamento o tipologie contrattuali per favorire un operatore. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere disposizioni su procedure	MB	no	Motivazione nell'atto di indizione, in ordine sia alla scelta della procedura, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Consip/Centrale di Committenza Regionale o il ricorso all'utilizzo di strumenti di acquisto quali l'e-procurement	B
	Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare ricorso alla procedura negoziata. Affidamenti diretti in economia	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa. Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire un'impresa	M	no	Applicazione del Regolamento acquisti e lavori in economia. Utilizzo di sistemi informatizzati attivati presso le centrali di committenza per l'individuazione degli operatori da consultare	B
	Procedure negoziate	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi consentiti dalla legge	M	sì		M
	Procedure negoziate/Affidamenti in esclusiva	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo dell'affidamento diretto al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa	M	no	Utilizzazione di modelli e clausole <i>standard</i> conformi alle prescrizioni normative e tenuto conto della procedura da affidare (sopra/sotto soglia, oggetto del contratto) - Bandi Tipo Anac	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di evidenza pubblica, con improprio utilizzo del modello procedurale	M	no	Verifica della situazione di fatto che si intende affidare; solo nel caso in cui ne ricorrano i presupposti (ad es. carenza di finanziamenti per completare un'opera	B

		dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara d'appalto			pubblica) si potrà utilizzare lo strumento della concessione di costruzione e gestione (es. partenariato pubblico-privato, <i>project financing</i> e <i>leasing</i> immobiliare)	
	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione. Predisposizione del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Obbligo di dettagliare nel bando di gara, in modo trasparente e congruo, i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta. Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. Previsione in tutti i bandi, avvisi e lettere invito o nei contratti adottati, di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze nelle clausole contenute nel Protocollo di Legalità o Patto d'Integrità Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai Bandi Tipo redatti dall'Anac e il rispetto della normativa anticorruzione.	B
	Definizione dei criteri di partecipazione/requisiti di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnici economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa. Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	M	no	Predisposizione della documentazione di gara standardizzata per tipologia di procedura d'appalto predisposta in conformità alle prescrizioni del Codice. Rispetto delle prescrizioni del Codice in merito all'indicazione di criteri e punteggi nella <i>lex specialis</i> di gara. Distinzione dei requisiti di qualificazione/elementi di valutazione, salvo casi eccezionali, espressamente previsti dalla giurisprudenza, di utilizzo ai fini di valutazione di elementi attinenti l'esperienza e la capacità maturate	B
	Verifica Progettazione/Validazione	Progetto posto a base di gara senza verifica approfondita/senza specifiche prescrizioni per agevolare determinate imprese. Servizio svolto da soggetti non previsti dall'art. 26 del D.Lgs.50/2016	M	no	Individuazione dei verificatori tra figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento, come previsto dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida	B

<p><b>Fase: selezione del contraente.</b> Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica</p>	<p>Publicazione del bando e gestione delle informazioni complementari</p>	<p>Publicità inadeguata o non conforme a quanto previsto dalla normativa. Mancata messa a disposizione dei concorrenti della documentazione integrativa dal bando, disciplinare lettera d'invito</p>	M	no	<p>Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari entro i termini</p>	B
	<p>Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte</p>	<p>Utilizzo di tempistiche molto strette e accelerate al fine di favorire la partecipazione solo di alcuni operatori. Concessione di proroghe al termine previsto per la presentazione delle offerte non motivata da ragioni oggettive.</p>	M	no	<p>Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte. Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione delle offerte</p>	B
	<p>Trattamento e custodia della documentazione di gara</p>	<p>Mancata custodia della documentazione di gara presentata dai concorrenti che può permettere una alterazione dei documenti presentati. attenzione con le gare svolte tramite piattaforme digitali il rischio è pressoché' azzerato il rischio pertanto è trasferito alle aziende che gestiscono le piattaforme.</p>	M	no	<p>Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta. Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione</p>	B
	<p>Nomina della commissione di gara</p>	<p>Mancato rispetto del procedimento che regola la nomina commissione di gara.</p>	M	no	<p>Rispetto delle prescrizioni di legge e delle Linee Guida Anac relative alla nomina delle Commissioni Giudicatrici. Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di astensione ai sensi dell'art. 84 del Codice degli Appalti e art. 51 del Codice di Procedura Civile (conflitto di interessi). Sottoscrizione da parte dei componenti la Commissione Giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti d'interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti.</p>	B
	<p>Gestione delle sedute di gara/Verifica dei requisiti di partecipazione</p>	<p>Esclusione di partecipanti alla gara senza che sussistano le motivazioni previste dalla normativa vigente. Mancato ricorso al soccorso istruttorio per sanare carenze</p>	M	no	<p>Puntuale verbalizzazione di ogni seduta Check List di controllo dei documenti previsti dal bando di gara</p>	B

		documentali o ricorso al soccorso istruttorio per carenze sanabili.				
	Valutazione delle offerte	Carenza delle motivazioni in base alle quali si sono attribuiti i punteggi. Valutazioni approssimative e prive di fondamento.	M	no	Utilizzo delle formule di aggiudicazione come riportate nella documentazione di gara (si vedano Bandi Tipo e Linee Guida Anac). Apertura in seduta pubblica delle offerte tecniche Composizione della Commissione Giudicatrice con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale.	B
	Verifica di anomalia delle offerte	Mancato rispetto del procedimento di verifica dell'anomalia indicato dall'art. 97 del codice.	M	no	Supporto degli uffici della S.A. al RUP per la valutazione delle giustificazioni all'anomalia dell'offerta. Valutazione dell'anomalia dell'offerta affidata alla Commissione Giudicatrice o ad hoc (nel caso di procedura di gara da aggiudicare con il criterio dell'OEPV Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia.	B
	Annullamento della gara Revoca del bando Non aggiudicazione	Utilizzo improprio degli istituti di annullamento della procedura di gara, di revoca della procedura. Ritardi e/o mancata aggiudicazione.	M	no	Acquisizione del parere sulla revoca del bando da parte della Direzione Generale Espressa motivazione, nel caso di specie, della revoca del bando o di annullamento o non aggiudicazione della gara	B
<b>Fase: Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</b> La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Mancata/errata verifica dei requisiti e omissione dei controlli previsti per legge.	M	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Utilizzo delle piattaforme informatiche preposte e del sistema AVCPass	B
	Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni	Mancato rispetto delle regole relative alla pubblicità degli esiti di gara stabiliti dalla normativa.	M	no	Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice	B
	Formalizzazione dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	M	no	Verifica della motivazione adottata per il ritardo nella stipula	B

della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario	Individuazione Direttore dei Lavori	Mancato rispetto delle norme che regolano la nomina dell'ufficio di Direzione lavori.	MB	no	Procedura di scelta del professionista esterno: definizione dei criteri di scelta e verifica delle condizioni di incompatibilità	B
		Ricorso improprio a professionisti esterni.	M	no		B
<b>Fase: Esecuzione del Contratto</b> momento in cui l'esecutore pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto	Autorizzazione al subappalto	Carenze istruttorie nella procedura di autorizzazione al subappalto, errori di valutazione.	MB	no	Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. Applicazione del Protocollo di Legalità	B
	Ammissione delle varianti/modifiche (ai sensi dell'art. 106 del D.lgs. 50/2016)	Approvazione di una modifica contrattuale non ammessa dalla normativa vigente	M	no	E' prevista una pubblicità degli atti e la comunicazione all'Osservatorio degli Appalti e all'Autorità di Vigilanza	B
		Utilizzo di modifiche contrattuali per scopi diversi da quelli stabiliti dalla normativa per coprire eventuali errori progettuali o remunerare l'Appaltatore.	MA	no	Rispetto delle prescrizioni del codice degli appalti relative alla redazione delle varianti che dovranno essere autorizzate con provvedimento dell'amministrazione adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative. Previsione negli atti di gara dell'eventuale possibilità di ricorso a modifiche del contratto e, in caso di attuazione, pubblicazione come dà indicazioni del Codice di Contratti	B
	Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o errata effettuazione di controlli previsti dalla normativa I controlli sono: tecnici: tutti i controlli specifici all'aspetto tecnico svolti in relazione alle prescrizioni dei capitolati speciali descrittivi e prestazionali e le normative tecniche di settore; amministrativi: sono controlli volti ad accertare la conformità degli atti; contabili: controlli finalizzati a verificare l'esatta quantificazione economica delle prestazioni eseguite. Carenza di controlli sull'esecuzione dei lavori	MA	no	Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti attraverso indicatori specifici Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto	B
Verifica disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel PSC/DUVRI <i>Attenzione questa attività sono</i>	MB	no	Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. Applicazione delle misure previste dal	B	

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



		<p>contratto, delle varianti e conseguenti atti di sottomissione debitamente approvati;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- verificare che i dati risultanti dalla contabilità e dai documenti giustificativi corrispondono tra loro e con le risultanze di fatto; Comprende altresì tutte le verifiche tecniche previste da leggi di settore.</li><li>- esaminare le riserve dell'appaltatore sulle quali non sia intervenuta una risoluzione definitiva in via amministrativa, qualora iscritte nel registro di contabilità e nel conto finale nei modi e termini prescritti</li></ul>			
--	--	--	--	--	--

## P027 - CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione segnalazioni ed esposti	programmazione di un sopralluogo a seguito di una segnalazione/esposto anonimi	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
		programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancato sopralluogo con relativo/i controllo/i o 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)	MA	no	Checklist e procedure	MB
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
attività di ispezione nelle strutture di macellazione, trasformazione e vendita di prodotti di origine animale (OSA - operatori settore alimentare) - Applicazione D.lgs. 194-2008 - Esecuzione campionamenti	sopralluogo con relativo/i controllo/i	non effettuare un sopralluogo con relativo/i controllo/i	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	effettuare un controllo con parametri rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento	effettuare un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento.	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	esito del controllo	condizionare l'esito del controllo a vantaggio della ditta	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	applicazione tariffa	emettere richiesta di pagamento con tariffa favorevole per la ditta (per esempio: volumi inferiori rispetto ai volumi reali)	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B

	emissione della richiesta di pagamento	emissione della richiesta di pagamento con tariffa favorevole per la ditta (per esempio: volumi inferiori rispetto ai volumi reali)	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	gestione delle autodichiarazioni	mancato invio delle richieste di autodichiarazione ai fini del pagamento	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	gestione delle eventuali maggiorazioni dovute per mancato pagamento delle autodichiarazioni	mancata applicazione della maggiorazione dovuta al mancato pagamento della richiesta di pagamento emessa	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
<b>da qui P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>						
<b>avvio del recupero crediti - il SIAOA, come da procedura aziendale, viene informato dalla UOC Gestione e Bilancio dell'incasso, individua gli OSA che non hanno pagato per l'attivazione del processo del recupero del credito</b>						
<b>mancata individuazione degli OSA obbligati, con conseguente mancato incasso sia della quota dovuta che della quota maggiorata</b>						
<b>da qui P075 - Recupero dei crediti</b>						

## P028 - CONTROLLI UFFICIALI DI SANITÀ ANIMALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione segnalazioni ed esposti	ricezione delle segnalazioni inserimento nella programmazione delle attività di controllo	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	MB	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	B
		programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	MB	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	MB
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancato sopralluogo con relativo/i controllo/i o esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento.	B	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	B
		redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa	B	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	B
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	MB	sì		MB
Attività di ispezione e sanità pubblica veterinaria (campionamenti)	Preparazione delle attività di controllo (programmate e non programmate)	non considerare la segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi o programmazione dei sopralluoghi secondo criteri omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	B	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con	mancata, non completa o non conforme esecuzione di un sopralluogo con il relativo controllo/i.	MB	no	Verifica di efficacia 882/2004	B

	sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	incompleta o errata redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo.	MB	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	mancata o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	MB	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
Gestione anagrafi, emissione fatture ed incassi	ricezione richiesta inserimento anagrafe (bovina, ovicaprina, suina, canina etc.)	mancato o errato inserimento in anagrafe	MB	no	Sistema informatico regionale e nazionale di tempestività inserimento dati. Inoltre c'è un operatore ulss formato per verificare la coerenza delle pratiche	B
	<b>da qui P007 - Fatturazione attiva</b>					
	<b>da qui P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>					
	<b>eventuale attivazione P075 - Recupero dei crediti</b>					

## P029 - CONTROLLO UFFICIALE DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione segnalazioni ed esposti	ricezione delle segnalazioni	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	MB	sì		MB
	Inserimento nella programmazione delle attività di controllo	programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	M	sì		M
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancato sopralluogo con relativo/i controllo/i o esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento.	M	sì		M
		redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa	MA	no	Formazione del personale	MB
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	MB	no	Formazione del personale	B
ATTIVITA' DI ISPEZIONE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA (CAMPIONAMENTI)	Preparazione delle attività di controllo (programmate e non programmate)	non considerare la segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi o programmazione dei sopralluoghi secondo criteri omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	M	no	Verifiche periodiche (attuale) e sistema informatizzato (in corso)	B
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con	mancata, non completa o non conforme esecuzione un sopralluogo con il relativo controllo/i (es. incompleta o errata	M	no	checklist, manuali, procedure, aggiornamento personale	B

	sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo.)				
Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi	ricezione delle richieste, istruttoria ed emissione del parere/autorizzazione nei tempi previsti	mancata o incompleta ricezione della richiesta dell'utente	MA	no	SUAP	B
Applicazione tariffario regionale	imputazione dei dati	mancato/errato/non completo inserimento dei dati	M	no	Verifiche periodiche (attuale) e sistema informatizzato (in corso)	B

## 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 dichiarato in fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette/moduli Sjiogren e il numero indicato nella fattura cartacea	B
registrazione dei dati principali della DCR previsti dalla piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale per la successiva produzione dei mandati di pagamento	inserimento manuale dei valori economici e del numero di ricette/promemoria e fogli di registro (ordinari e di disservizio) previsti, oltre ai dati relativi all'AIR diabete IVA al 4% e dietetici	imputazione errata dei valori economici e numero di ricette/promemoria e/o fogli di registro	M	no	doppio controllo, ossia due amministrativi (a volte anche un dirigente in caso di necessità), provvedono a inserire i valori dalla DCR nel file Excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista controllo da parte di un altro operatore del successivo report scaricabile dalla piattaforma	B

	inserimento delle rettifiche contabili in accredito o in addebito e degli acconti in dare o avere	errata imputazione dei valori economici	M	no	l'operatore verifica da documenti differenti i valori immessi verificando il corretto risultato complessivo (vengono verificati gli importi dei valori immessi attraverso il confronto con altri file in precedenza prodotti e pure con documenti cartacei) controllo da parte di un altro operatore del successivo report scaricabile dalla piattaforma	B
registrazione dei dati principali delle fatture DPC (IVA al 22%) e AIR diabete (IVA al 4%) per la successiva produzione della statica da trasmettere in regione che concorrono a determinare il rispetto dei tetti di spesa	inserimento manuale dei valori economici, del numero di ricette e dei pezzi (solo per la DPC) relativi all'Air diabete IVA al 4% e DPC sia nella piattaforma della ditta (solo per la DPC) sia in file Excel	imputazione errata dei valori economici, numero di ricette e/o pezzi per la DPC con alterata statistica per la Regione del Veneto	M	no	due amministrativi (a volte anche un dirigente in caso di necessità) provvedono a inserire i valori dalla DCR in due distinti fogli Excel e si confrontano i dati economici inseriti nel file Excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista un operatore confronta a livello centrale (aziendale) i file Excel provenienti dai distretti	B
registrazione dei dati principali della DCR previsti dalla piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale per la successiva produzione dei mandati di pagamento	validazione dei dati importati nella piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale che risultano così bloccati per la successiva fase di produzione dei mandati di pagamento	errata verifica della DCR con il dato presente in piattaforma	M	no	chi valida le DCR inserite nella piattaforma è un altro operatore rispetto a colui che ha inserito i dati tramite importazione (la validazione delle DCR presenti nella piattaforma, a seguito dell'importazione del foglio Excel predisposto, è eseguita verificando, da un operatore diverso, il dato evidenziato dalla piattaforma con i valori presenti nelle singole DCR cartacee presentate dalle farmacie)	B
download di file massivi con tutte le informazioni utili per la produzione dei mandati di pagamento		errata validazione delle DCR e conseguentemente errata produzione dei mandati di pagamento	M	no	l'operatore che verifica per l'intera azienda è una differente persona rispetto a chi svolge la fase 2 (si verificano i dati complessivi delle singole voci principali (valore economico netto) presenti in DCR sia per distretto sia per l'intera azienda ulss, confrontandoli con i file prodotti dai singoli distretti)	B

download dei due file HTML complessivi da trasmettere al tesoriere aziendale (banca)		errati valori dei file da trasmettere alla banca e/o esclusione di alcune farmacie	M	no	verifica il dato complessivo in termini di importo netto e di numero di farmacie (eventuale esclusione di determinate farmacie se soggette a provvedimenti di ingiunzione del tribunale o per precedenti verifiche risultate positive in termini di inadempienza nei confronti di Equitalia) dei file html prodotti per la trasmissione in banca, confrontandoli con i dati ottenuti nei file Excel trasmessi dai singoli distretti e dai file ricavati dalla piattaforma	B
produzione della comunicazione per il SEF per il seguito di competenza e per la produzione della lista di trasmissione in Navision	Predisposizione della lettera con tutte le voci necessarie concordate con il SEF per il seguito di competenza e per la produzione della lista di trasmissione in Navision	errato invio al SEF	M	no	l'invio della mail avviene con formato standard istruzioni contenute nel vademecum creato per gli amministrativi del servizio farmaceutico	B
upload dei due flussi HTML nella piattaforma della banca	upload dei due flussi HTML nella piattaforma del tesoriere aziendale (banca), per i successivi pagamenti alle farmacie secondo le date di valuta indicate nello stesso file 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 e 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.</p> <p>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 report o attraverso l'acquisizione della copia della richiesta/esito della dichiarazione antimafia	B

Recepimento Budget da Azienda Zero	Recepimento Budget da Azienda Zero	A causa dell'inserimento manuale del dato ci potrebbero essere errori nella stesura della delibera aziendale per il recepimento del budget	B	no	Determinazione dell'impegno di spesa scorporandolo dell'incidenza del ticket e di eventuali scontistiche concordate	B
Contrattazione del budget	Verifica esistenza di incompatibilità per il personale che, a qualsiasi titolo, lavora presso le strutture	A causa di: - errori di inserimento/comunicazione di dati forniti da parte della struttura - mancanza di aggiornamento del database regionale si potrebbe erroneamente non rilevare profili di incompatibilità e si potrebbe giungere alla risoluzione del contratto/revoca accreditamento	M	no	Modello uniforme per la rilevazione dei dati del personale delle strutture	B
	Contrattazione e stipula accordo di budget sul mix di prestazioni e della scontistica da effettuare	Pressioni al soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget al fine di proporre assegnazione di prestazioni secondo criteri non oggettivi	MA	no	Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti); - riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche; - localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta; - dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature); - contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre Ulss.	MB

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

	bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione					
	Ricezione attestazione di assenza errori bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	M	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale incaricato alla liquidazione e il supervisore incaricato al controllo verificano il rispetto dell'extra budget annuo assegnato, evidenziando le eccedenze sullo stesso in proiezione al 31/12	B
	Liquidazione informatica in globe e navision delle fatture	liquidazione su cdc, conti e autorizzazioni non di competenza	MB	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale e il supervisore incaricato al controllo, verificano che le branche specialistiche incluse nelle DGRV di accreditamento di ciascun erogatore (e successive variazioni) siano correttamente associate allo stesso ed alle relative 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 extra budget	M	no	Un operatore effettua controllo mensile tra lo sconto risultante e lo sconto applicato in fattura dalla struttura	B

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istruttoria domande presentate	Verifica del rispetto dei termini di presentazione delle richieste, delle condizioni soggettive dell'assistito e dei requisiti della struttura che ha erogato le prestazioni oggetto di rimborso	Accoglimento domande fuori termine	MB	no	Il direttore UOC verifica che la presentazione della domanda sia entro i termini	B
	Verifica rispetto dei termini di presentazione delle richieste, delle condizioni soggettive 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 - AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE A 40.000

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Misura contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione e progettazione	Analisi dei fabbisogni	Non stimare correttamente il fabbisogno	M	no	Per gli acquisti successivi al primo ci si avvale di un database storico aziendale	MB
	Definizione specifiche tecniche di prodotti/servizi	Effettuare definizioni troppo mirate	M	no	Consultazioni di mercato	B
Selezione contraente	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e e delle specifiche tecniche	Individuazione di un numero di operatori economici limitato e non rispondente al numero esistente sul mercato	M	no	Pubblicazione delle consultazioni su sito web	B

	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto	Elusione delle regole finalizzate alla corretta quantificazione dell'importo di gara	MA	no	Completezza e correttezza della motivazione contenuta nell'atto amministrativo	M
--	--	--	----	----	--	---

## P043 - ESECUZIONE E MONITORAGGIO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

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

	verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	scarso o inadeguato controllo in merito alle disposizioni in materia di sicurezza	MB	no	accertamenti, controlli e verifiche periodiche delle disposizioni in materia di sicurezza, in particolare del rispetto del D.U.V.R.I.; rivalutazioni rischi covid; condivisione procedure di gestione covid; audit integrati	B
	verifiche in corso di esecuzione (causa covid è cambiata la modalità e la verifica avviene soprattutto per segnalazione (ai servizi è stata sollecitata la segnalazione))	mancato monitoraggio del contratto	MA	no	report di monitoraggio dell'esecuzione	MB
	gestione delle controversie	mancata o non corretta applicazione di eventuali penali	MA	no	report di monitoraggio dell'esecuzione/ istruttoria	M
	effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010	MA	no	utilizzo di controlli informatici sui dati inseriti nell'applicativo contabile relativi ai CIG	MB
	ammissione delle varianti (incrementato causa covid soprattutto per DPI, guanti, stampanti per covid point ecc.)	abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	MA	no	istruttoria con il referente dell'area per aggiornare i fabbisogni alla luce anche delle richieste covid	MB
Rendicontazione del contratto l'Amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori (attestazioni	verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione	rilascio del certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite o in cambio di vantaggi economici	M	no	richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di regolare esecuzione	MB

richieste o che devono essere fornite)	attività di controllo di regolare esecuzione	L'esecuzione del contratto avviene non seguendo le norme previste dalla normativa (sia quella generale che quella specifica per il singolo appalto)	M	no	controllo finale, a chiusura del contratto o in corso d'opera per eventuali certificazioni richieste dal fornitore, della corretta fornitura del bene / servizio oggetto del contratto	B
	liquidazione fatture	Liquidazione senza una verifica puntuale dei requisiti richiesti	MA	no	Predisposizione di linee guida per la corretta liquidazione delle fatture	MB
	pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	violazione degli obblighi di pubblicità, di trasparenza	M	no	controllo pubblicazione avvenuta	B

## P044 – GESTIONE DEI MAGAZZINI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
arrivo merce (scarico del tir)	Ricevimento della merce: Posizionamento area smistamento (fase 1 ricevimento merce e posizionamento in area gialla) Collocazione in area accettazione con DDT bene in vista (fase 2 controllo 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
		uno o più colli non passa alla fase successiva perché viene "perso"	M	sì		M
		non tempestivo spostamento in frigorifero/zona a temperatura controllata di colli soggetti a temperatura controllata	M	sì		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 q. tà 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
		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	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



	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;					
	beni in transito: in seguito al carico vengo stampate le bolle di consegna ai reparti, per Treviso vengono stampate anche le etichette (barcode) per la gestione dei magazzini di reparto informatizzati, posizionamento nell'area di spedizione	a causa dell'utilizzo nell'ordine per indicare la destinazione del bene in transito del campo note al posto dell'utilizzo del campo cdc, non sempre viene individuata correttamente e velocemente l'u.o. destinataria del bene	M	no		M
gestione richieste da reparto	Inserimento richiesta a programma da parte delle unità operative	errato/mancato/non completo scarico delle richieste da reparto	M	sì		M
	Validazione richiesta (solo per Asolo)		M	sì		M
	Scarico richiesta con stampa e automatica registrazione dello scarico da magazzino secondo il calendario consegna		M	sì		M

	Per targatura farmaci: il farmacista crea una missione di prelievo che non genera lo scarico contabile, (solo a Vittorio Veneto viene generato lo scarico da vertimag), una volta prelevati i farmaci viene targato e scaricato contabilmente in nav		MA	no	verifica della corrispondenza tra missione di prelievo e bolla di consegna	B
	Inserimento delle richieste cartacee (richieste di farmaci non PTO/ in PTO ma che devono essere motivati) (solo Pieve)	errato/mancato/non completo inserimento della richiesta cartacea	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	errata/mancata/non completa preparazione della consegna	MA	no	verifica da parte delle uu.oo. Riceventi	MB
prelievo da magazzino e consegna a reparto	Predisposizione programma consegne	calendario consegne non rispondente agli effettivi bisogni dei reparti che implica un aumento delle richieste urgenti fuori programma	M	sì		M
	Messa a disposizione ceste nell'area di carico secondo programma consegne		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
	Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV – CF + VV econ) Veritmag (VV)	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	inventario a rotazione	M
Gestione dei prodotti in scadenza	verifica in Vertimag di lotto e scadenza	utilizzo di farmaci o beni scaduti	MA	no	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	MB
	separazione dei farmaci e dei beni che sono in scadenza a un mese con etichettatura a parte. vengono già scaricati da sistema subito come scarico scaduto (scarico a reparto solo se derivante da richiesta specifica)	mancato utilizzo di farmaci o beni in prossima scadenza	MA	no	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	MB
Gestione dell'inventario fisico di magazzino	individuazione periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	MA	no	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	MB
	individuazione del personale addetto alla conta		MA	no	i tabulati utilizzati per il controllo delle q. tà fisiche non riportano l'indicazione delle q. tà in giacenza in magazzino	MB

	conta delle quantità fisiche		M	no	utilizzo dei cartellini inventariali per identificare gli scaffali/prodotti già contati	B
	registrazione solo delle q. tà differenti (totale), il programma in automatico registra la differenza inventariale.	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il personale che registra le q. tà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	B
	registrazione degli adeguamenti inventariali		MA	no	il responsabile del magazzino autorizza le rettifiche inventariali in caso di differenze significative - viene verificato tutto il processo a monte per recuperare eventuali carichi o scarichi mancanti	MB
Gestione dell'inventario fisico di reparto	individuazione periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	MA	no	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	B
	individuazione del personale addetto alla conta delle quantità fisiche - beni a scorta		MA	no	i tabulati utilizzati per il controllo delle q. tà fisiche non riportano l'indicazione delle q. tà in giacenza in magazzino	MB
	registrazione delle quantità rilevate	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il personale che registra le q. tà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	MB
	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	B

## P046 ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI E NON DIPENDENTI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Rilevazione del fabbisogno e richiesta autorizzazioni CRITE	rilevazione dei fabbisogni "d'ufficio": turnover e supplenze	a causa di un ritardo delle informazioni/informazioni non precise (es. data avvio della mobilità che slitta in avanti) non viene rilevato un fabbisogno	MB	no	comunicazioni/memo per ricordare le tempistiche in modo da poter inserire in tempo i turn over/supplenze nel piano assunzioni	B
	ricezione degli input da parte della direzione e dei direttori di uoc del fabbisogno extra turnover e per gli incarichi di struttura complessa	a causa di un ritardo nelle comunicazioni non vengono inserite figure professionali necessarie per garantire i servizi alla popolazione	MB	no	comunicazioni/memo alla direzione e ai direttori di uoc per ricordare le tempistiche in modo da poter inserire in tempo le richieste nel piano assunzioni	B
	ricezione del prospetto delle richieste di autorizzazione degli incarichi LP e dei SAI da parte degli altri uffici del servizio / aziendali	a causa di un mancato arrivo delle richieste non vengono inviate richieste	MB	no	comunicazioni/memo per ricordare le tempistiche in modo da poter inserire in tempo le richieste nel piano assunzioni	B

	predisposizione della richiesta di autorizzazione in CRITE, validazione della richiesta da parte della direzione e caricamento delle richieste in HR per invio in CRITE	a causa delle modalità di caricamento delle richieste (da file xls separati a programma HR) possono esserci degli errori di caricamento	MB	no	verifica della rispondenza tra le richieste pervenute e quelle inserite in procedura, con controllo anche delle eventuali autorizzazioni già pervenute	B
	predisposizione della reportistica sugli organici per la direzione aziendale	a causa di errore materiale la reportistica non rispecchia l'organico in essere	MB	no	verifica della correttezza della modalità di estrazione	B
	ricezione delle autorizzazioni CRITE e aggiornamento della reportistica per tenere traccia delle autorizzazioni ricevute - Obiettivo A3	a causa di errori materiali nell'aggiornamento delle autorizzazioni può comportare un sovra utilizzo di autorizzazioni o un mancato utilizzo	MB	no	verifica della rispondenza tra i dati trasmessi e i dati inseriti nella procedura	B
Utilizzo delle autorizzazioni CRITE mediante graduatorie vigenti	verifica della presenza di graduatorie vigenti	mancata/errata verifica	MB	no	verifica della rispondenza tra la figura professionale carente e la figura professionale richiesta	B
	eventuale richiesta della disponibilità di graduatorie presso altre aziende del Veneto	mancato invio della richiesta	MB	no	verifica della rispondenza tra la figura professionale carente e la figura professionale richiesta	B
	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	verifica della rispondenza dell'indirizzo del telegramma con quello trasmesso dalla azienda che presta la graduatoria	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 deliberativa/testo avviso a tempo determinato	MB	no	verifica della correttezza del bando rispetto a: - normativa nazionale - normativa regionale - esigenze aziendali	B
	trasmissione al BUR dell'estratto per la pubblicazione	Mancata/errata trasmissione al BUR	MB	no	verifica della correttezza dei dati trasmessi al BUR con quanto deliberato	B
	predisposizione del portale per la ricezione delle domande	Mancata/errata predisposizione del portale	MB	no	verifica della correttezza dei dati inseriti e dei campi predisposti rispetto al bando	B

	Apertura del portale per iscrizione concorsi	Mancata/errata apertura del portale	MB	no	verifica della effettiva possibilità di presentare domanda	B
	Inserimento nel portale e in sito istituzionale del bando di avviso	Mancata/errato inserimento nel portale	MB	no	verifica della visibilità e fruibilità dei contenuti da parte dell'esterno	B
	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	Trasmissione a ufficio assunzione della graduatoria con relativi nomi e indirizzi dei candidati	Errori legati alla produzione e trasmissione della graduatoria	MB	no	verifica della completezza e correttezza del dato	B
	Verifica delle autorizzazioni regionali all'assunzione disponibili con aggiornamento file autorizzazioni	Errato aggiornamento della reportistica relativa alle autorizzazioni	MB	no	Obiettivo A3: condivisione software con office 365 e/o implementazione base dati condivisa con CED	B
	Trasmissione dei telegrammi con richiesta di disponibilità	Errore nella trasmissione (tipicamente errore di indirizzo o errore nel testo telegramma)	MB	no	verifica anagrafica	B
	Ricezione delle disponibilità all'assunzione	Errato smistamento delle disponibilità all'assunzione	MB	no	verificare che il numero delle risposte sia uguale al numero dei telegrammi trasmessi	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	Errori nella stesura della lettera	MB	no	verifica che i dati siano rispondenti alle indicazioni delle deliberazioni	B
	Predisposizione contratti di lavoro	Errori nel contratto di lavoro	MB	no	verifica dei dati anagrafici, delle date di decorrenza, dei dati giuridici ed economici	B

	Trasmissione a mezzo posta elettronica della documentazione relativa all'instaurazione del rapporto di lavoro	Errori/problemi di trasmissione	MB	no	verifica del corretto canale di trasmissione	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 anagrafici, delle date di decorrenza, dei dati giuridici ed economici	B
	Predisposizione del Badge e trasmissione dello stesso presso il reparto dove il dipendente prenderà servizio	errori nella individuazione dei parametri del badge	MB	no	verifica dei dati anagrafici, dei dati giuridici	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 professionali	raccolta del fabbisogno delle unità operative con file xls, aggregazione dei dati e invio all'area dotazione organica e assunzioni per il caricamento della richiesta di autorizzazione regionale in GPI	mancata trasmissione del fabbisogno	MB	sì		MB
	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 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	a causa di informazioni non complete o non corrette la procedura comparativa non va a buon fine	MB	sì		MB

	Risorse Umane – Sezione Collaborazioni Esterne verifica la correttezza e completezza della “scheda di avvio procedura” ricevuta da parte delle UOC interessate					
	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 d.lgs. 165/2001 o con incompatibilità	MB	no	Ciascun membro della commissione firma un'autocertificazione sull'assenza di incompatibilità e di condanne penali	B
	comunicazione con le modalità previste dal bando dell'elenco degli idonei, con data luogo ed ora di convocazione	mancato rispetto dei termini di preavviso per l'espletamento della procedura	MB	sì		

	per l'espletamento della procedura					
	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	mancata/errata codifica del fornitore	MB	sì		MB

	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					
<b>le successive fasi sono in fase di revisione con l'entrata in vigore del Nodo Smistamento Ordini e il completo utilizzo del workflow documentale</b>						
liquidazione e pagamento	attestazione dell'erogazione del servizio richiesto da parte dell'u.o. richiedente	l'attestazione ricevuta non è veritiera	M	Sì		M
	acquisizione delle fatture da liquidare in Navision, verifica di coerenza tra attestazione di erogazione del servizio e fattura protocollata, con eventuale richiesta nota di credito/debito	liquidazione di una fattura non corretta	M	no	l'operatore confronta quanto attestato dal responsabile con la fattura, in caso di non corrispondenza, contatta il fornitore per l'emissione di una nota di credito/debito. In caso di nota di credito, la fattura viene liquidata parzialmente e per la parte non dovuta viene sospesa in navision con la corretta causale	B
	caricamento dell'ordine interno	errato/mancato caricamento dell'ordine	MB	sì		MB
	liquidazione della fattura in Navision	errata/mancata liquidazione informatica	MB	sì		MB
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						

## P048 - GESTIONE ECONOMICA E FISCALE - P049 - GESTIONE GIURIDICA

In fase di mappatura si è reso opportuno definire 3 processi (Gestione giuridica, economica e fiscale, Gestione dei compensi al personale non dipendente, Gestione istituti con rilevanza economica) al posto di P048 e P049.

## Gestione giuridica, economica e fiscale

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
<p>caricamento puntuale delle voci variabili relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- libera professione</li> <li>- progetti</li> <li>- accordi sindacali specifici</li> <li>- indennità manuali</li> <li>- rischio radiologico</li> </ul> <p>Le relative voci sono specificate nella procedura PAC "gestione giuridica, economica, fiscale e previdenziale del personale dipendente e non dipendente"</p> <p>In genere il caricamento è massivo, eccetto quanto il numero di persone coinvolte è limitato</p> <p>Vengono registrate anche le modifiche sulla situazione del dipendente (aspettative,</p>	<p>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</p>	<p>messa in pagamento di importi non dovuti o in assenza di copertura</p>	M	NO	<p>verifica esistenza delle timbrature causalizzate in modo corretto/comunicazione all'area presenze- assenza dell'addebito orario da caricare</p> <p>verifica corretta applicazione dell'accordo sindacale</p> <p>verifica contabile che siano presenti le coperture</p>	B	
	<p>rischio radiologico: chiusura/apertura del rischio radiologico a seconda delle assegnazioni o delle registrazioni di assenze prolungate di personale avente diritto</p>	<p>errato/mancato caricamento</p>		M	NO	<p>verifica corretta registrazione dell'indennità rischio radiologico</p>	MB
	<p>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</p>	<p>errato/mancato caricamento</p>		M	no	<p>verifica del corretto caricamento del dato cartaceo</p>	B

dimissioni, quiescenza)	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					
	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
	elaborazione provvisoria dei cedolini e verifiche sul corretto caricamento delle voci e delle variazioni giuridiche riferite ai singoli dipendenti	messa in pagamento di competenze non dovute	M	NO	vengono verificate: - correttezza delle voci riportate nella stampa PAYB300 che riporta il riepilogo dei conguagli arretrati per dipendente del mese, suddivisi per anno di competenza - stampa PAYB521 riporta l'elenco delle voci variabili e del relativo importo corrisposte a personale non in servizio - stampa PAYB520 riporta il riepilogo dei cedolini negativi suddivisa per dipendente - stampa PAYB360. Tabulato per il controllo delle voci variabili eccezionalmente usate o errate - stampa PAYC020. Elenco voci particolari con date limite nel mese - verifica che > i part - time scaduti siano stati modificati > scadenziario dei tempi determinati > passaggio da incarichi di prova, incarichi di base,	B

					ecc. > verifica della corretta gestione dei termini delle scadenze > incrocio tra pagamento dello stipendio e assenza nel mese di competenza > alert di tutti coloro che hanno pagamenti superiori ai due mesi e verifica dei relativi giustificativi > verifica dei cedolini < 100€	
	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 importi precedentemente quadrati	MB	no	verifica della effettiva chiusura e salvataggio dei cedolini	B
passaggio dei dati in contabilità con preparazione dei dati nella matrice e caricamento dei dati (parametri per voce stipendiale che definiscono il collegamento con conto coge e autorizzazione)	passaggio dei dati in contabilità con preparazione dei dati nella matrice e caricamento dei dati (parametri per voce stipendiale che definiscono il collegamento con conto coge e autorizzazione)	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	MB	sì	n.b. la verifica della correttezza dei dati caricati nella matrice (conto coge e relativa autorizzazione) avviene nelle successive fasi di passaggio tramite il c.d. "collegato"	MB
invio all'uoc contabilità e bilancio del file "collegato" finalizzato alla verifica della corretta imputazione in coge dei cedolini mensili elaborati in sigma	invio all'uoc contabilità e bilancio del file "collegato" finalizzato alla verifica della corretta imputazione in coge dei cedolini mensili elaborati in sigma	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	M	no	verifica puntuale e motivazione degli scostamenti	B
verifica utilizzo dei fondi e quadratura del	registrazione del pagato nel mese nel file di	errato utilizzo dei fondi	M	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi	B

debito verso personale dipendente	riepilogo per fondi e autorizzazione con quadratura con i dati da coge				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	
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 contabilità	il debito v/personale dipendente esposto a bilancio potrebbe essere sovra/sottostimato	B	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	B
	richiesta all'uoc contabilità e bilancio di apertura delle autorizzazioni di spesa per singolo conto di coge interessato	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	MB	no	verifica della corrispondenza tra autorizzazioni richieste e autorizzazioni aperte in NAV	B
messa in pagamento degli stipendi per i due enti (472 dipendenti e 572 per gli esterni)	input a programma del giro stipendi con definizione della valuta	problemi informatici potrebbero causare un errore nell'estrazione dei dati da caricare in banca	MB	no	gestione dei cd "caratteri speciali" che non vengono gestiti nel caricamento di Banca Intesa	B
	Prelievo del file da sigma e caricamento in banca con prima firma digitale	il file estratto potrebbe essere manomesso prima del caricamento in banca	M	no	segnalazione da parte della banca di eventuali errori bloccanti (es. IBAN errato)	B
	seconda firma del caricamento nel portale della banca	firma non autorizzata	M	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

Gestione eredi	registrazione della cessazione e blocco del conto corrente	mancata chiusura con relativo indebito pagamento	M	Sì		M
	individuazione degli eredi e definizione delle competenze dovute	errata individuazione	M	no	prospetti indennità sostitutiva e mancato preavviso, viene incrociato il dato tra estrazione sigma e calcolo manuale, in doppio il controllo delle ferie	B
	delibera delle spettanze dovute, inserimento degli eredi e definizione degli importi	errata definizione degli importi	M	no	verifica che il pagamento ai minorenni venga fatto su un conto dedicato	B
	ricezione dell'autocertificazione e relativa verifica con Agenzia delle entrate	mancata ricezione della verifica con agenzia delle entrate	M	no	a campione verifica con l'agenzia delle Entrate della veridicità delle autocertificazioni ricevute	B
	messa in pagamento	mancata/ritardata messa in pagamento	M	no	il caricamento effettuato viene controllato da un secondo operatore	B
	emissione della CU agli eredi	errori nella CU	M	sì		M
manutenzione / aggiornamento dell'organigramma sigma	creazione o chiusura di cdc / reparti su comunicazione del controllo di gestione	mancata/errata creazione dei cdc	MB	sì		MB
	aggiornamento del responsabile dell'uoc	mancato / errato aggiornamento dei responsabili	MB	sì		MB
	abbinamento delle persone agli incarichi	mancato / errato abbinamento	MB	sì		MB
	registrazione dei cambi reparti comunicati	errata/ritardata registrazione dei cambi	MB	sì		MB
gestione pignoramenti	ricezione della richiesta da parte di un avvocato se il debitore è effettivamente dipendente	errata individuazione del dipendente	MB	no	verifica corretta individuazione del dipendente	B
	ricezione dell'istanza di pignoramento con il creditore, l'importo del debito	mancata ricezione dell'istanza	MB	sì		MB

	registrazione dell'accantonamento di 1/5 dello stipendio	errato conteggio degli importi	MB	no	verifica corretta registrazione dell'accantonamento	B
	se agenzia delle entrate/agente alla riscossione: applicazione immediata della % di trattenuta e delle indicazioni riportate nell'istruttoria	errato inserimento dell'importo	MB	no	verifica corretta registrazione dell'importo	B
	se il creditore è privato: invio dello stato di servizio in cui si evidenzia lo stato economico del dipendente	errata ricostruzione dello stato economico del dipendente	MB	no	verifica corretta predisposizione dello stato di servizio del dipendente	B
	il giudice definisce l'importo da addebitare, l'avvocato comunica tutti gli estremi, quanto accantonato viene messo in pagamento	mancata ricezione della comunicazione dell'avvocato	MB	sì		MB
	imputazione in sigma di tutti gli elementi finalizzati alla trattenuta in sigma, in particolare nella griglia, nella sessione delle ritenute, viene creato un nuovo istituto che va abbinato al fornitore (creato dall'uoc contabilità e bilancio), e alla persona cui viene effettuata la trattenuta: in questo modo sigma comunica a navision il fatto che va fatta la trattenuta al dipendente.	mancato trasferimento alla uoc contabilità e bilancio delle informazioni per il pagamento	MB	no	controllo automatico sul corretto collegamento della ritenuta alla matricola e al fornitore	B

	verifica con l'avvocato di eventuali interessi e stato avanzamento dei pagamenti	errato calcolo dell'ultimo versamento	MB	no	verifica con il file dello scadenziario	B
	gestione manuale della chiusura con inserimento del saldo corretto	proseguimento 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 suddivisione tra	errata previsione di bilancio	B	sì		B

	sanitario/sociale e verifica del rispetto del limite di spesa					
	trimestralmente la situazione viene aggiornata con tutte le informazioni che sono andate a formarsi, con continua verifica del limite di spesa	mancato rispetto degli obiettivi del limite di spesa	B	no	vengono costantemente monitorati i dati di costo, soprattutto a partire dal secondo semestre dell'anno	B
gestione personale comandato/in distacco c/o Regione o ORAS	registrazione dell'assegnazione del personale comandato/distaccato agli appositi centri di costo	mancata/errata registrazione dei comandi/distacchi	MB	sì		MB
	entro il 15 di gennaio vengono inviate all'uoc contabilità e bilancio le richieste di rimborso che tengono conto delle persone con verifica delle competenze del periodo di comando e dei relativi oneri per il caricamento in Poste R	il mancato invio entro i termini impedisce il corretto caricamento in posteR dei crediti v/regione (?)	M	sì		M
	per ORAS: comunicazione ad ORAS dei dati per una verifica, poi invio all'uoc contabilità e bilancio dei dati per una fatturazione	mancata/errata fatturazione	M	sì		M
	gestione della produttività: se si tratta di distacchi il costo è a carico ulss per quanto riguarda i comandi: l'importo è definito dalla Regione,	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

	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.					
--	---	--	--	--	--	--

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

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

	disattivazione delle posizioni	errato pagamento di un occasionale che ha terminato l'incarico	B	Sì		B
	giro definitivo degli stipendi degli enti 472 e 572, archiviazione documentazione e invio cedolino	mancato o errato pagamento	B	no	Controllo che i cedolini stampati di prova corrispondano con i cedolini definitivi	B
trasmissione per pagamento	Al termine, l'operatore dell'ufficio U.O. Gestione Parte Variabile e Personale non Dipendente, compila e invia agli Uffici Trattamento Economico, Previdenza e Contabilità e bilancio, un prospetto con 'cognome e nome del professionista, numero protocollo, importo liquidato, numero conto e numero autorizzazione di spesa, con relativo codice voce	mancato versamento dei contributi, errata contabilizzazione	B	sì		B
reportistica e monitoraggio	Una volta storicizzato il mese, vengono effettuate le stampe PAYS768 e PAYS767 riguardanti Inail, Inps e Enpapi, per il relativo controllo, e le voci verranno inserite in un file Excel, che mensilmente ci darà la spesa sostenuta e ci permetterà di avere un riscontro dello speso	errata rendicontazione (Conto Annuale - Cepa – ecc.)	B	Sì		B

## Gestione istituti con rilevanza economica

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione revocche 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
	caricamento in sigma delle trattenute	errato/mancato caricamento	M	no	Sigma ha un controllo automatico sulle trattenute richieste.	B

					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	
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	si		M
	riconoscimento del congedo parentale	il congedo parentale viene fruito con cumulo da parte di entrambe i genitori	M	si		M
		mancato o errato riconoscimento del congedo parentale	M	si		M
	registrazione dell'interruzione	mancata comunicazione da parte del dipendente	M	si		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	si		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	si		MB

	ricezione del questionario per la raccolta dei dati per la denuncia	mancata / errata raccolta dati necessari per la denuncia Inail	MB	sì		MB
	trasmissione all'ufficio che segue il recupero crediti (per il personale) per eventuale avvio della procedura di ristoro del periodo di ritardo nella trasmissione del certificato da parte del dipendente	mancato recupero del credito per la parte di mancato rimborso da parte dell'Inail per il ritardo della trasmissione	MB	sì		MB
	registrazione nel registro interno degli infortuni	la mancata registrazione di eventi (es. punture da ago) anche di eventi che non implicano infortuni non permette di ricostruire eventuali malattie professionali	MB	no	quadratura con infortuni registrati in Inail	B
	caricamento della denuncia di infortunio nel portale Inail	errato caricamento dei dati nel portale Inail	MB	sì		MB
	caricamento delle successive proroghe (registro interno e HR)	mancato o errato caricamento delle proroghe	MB	sì		MB
	ricezione del prospetto di liquidazione con riscontro al sef per l'incasso	mancato/errato incasso	MB	no	quadratura con registro infortuni interno	B
	denuncia malattia professionale (da qui parte SPP)	mancata denuncia della malattia professionale	MB	sì		MB
gestione borse lavoro sil	ricezione da parte del SIL di 3 file per ciascun distretto, su format concordato che contengono: - dei nuovi utenti che verranno pagati il mese successivo	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

	- 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					
	Per ciascun utente nuovo, ricezione da parte del SIL della scheda anagrafica con IBAN, % di invalidità, detrazioni fiscali sia per i nuovi utenti sia per gli utenti che hanno avuto interruzioni maggiori di 2 mesi e loro inserimenti in sigma, con attribuzione in HR - ente 572 - di una nuova matricola solo per i nuovi utenti che hanno avviato un progetto di inserimento nel mese da pagare	mancato/errato inserimento della scheda anagrafica in sigma che comporta errato pagamento (se IBAN sbagliato), pagamento di IRAP non dovuta o mancato pagamento dell'IRAP se dovuta (se % di invalidità errata)	MA	no	Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite verifica che il numero di matricola non sia già stato attribuito. Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite verifica che il codice fiscale della nuova matricola non sia uguale a quello di un'altra matricola presente a sistema Sigma attraverso un warning. Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite effettua delle verifiche di congruità della composizione del codice fiscale attraverso degli algoritmi di calcolo preimpostati	MB
	inserimento di variazioni (IBAN accredito borsa, altre variazioni anagrafiche)	modifica del conto di accredito non autorizzata	M	no	tutte le variazioni sono trasmesse formalmente dal Servizio che ha stipulato la convenzione (mediante comunicazione scritta siglata dallo stesso) all'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U., che provvede alla modifica a sistema HR Suite di GPI all'archiviazione della documentazione trasmessa	B
	ricezione di 3 file, entro il 10 del mese successivo a quello da pagare: matricola (vuota se non ancora assegnata)	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

	data inizio - data fine importo caricamento in procedura ed elaborazione					
	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	si		B
	richiesta di attivazione di una nuova tessera da parte del responsabile del servizio o dell'ufficio assunzioni (matricola, nome e cognome, sede di assegnazione, nr rientri previsti, luogo dove preferisce ritirare il ticket - dg - Pime - cf)	attivazione di una tessera a un dipendente che non ne ha diritto	B	si		B
	convocazione del dipendente per	se l'importo fosse già precaricato alla consegna, in caso di perdita	MB	si		MB

	caricamento dell'importo	della tessera l'importo potrebbe essere utilizzato da chiunque				
	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	caricamento di biglietti non inerenti alla missione	M	no	verifica dell'arrivo degli originali dei biglietti e degli scontrini prima dell'approvazione	B



	trasmettere anche gli originali del biglietto e l'originale dello scontrino del 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 doppioni: 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
	travaso dei dati dai timbratori al sistema HR	a causa di problemi informatici i dati rilevati nei terminali non transitano nel sistema HR	B	sì	ciascun timbratore è in rete (le timbrature vengono salvate su un server) ma ha anche una memoria interna propria, in caso di mancato travaso immediato il servizio per l'informatica è in grado di recuperare i dati non passati in tempo reale	B
	I dipendenti (tramite l'angolo del dipendente) o i responsabili (tramite planner) inseriscono i giustificativi informatizzati relativi alle assenze, possono procedere all'inversione delle timbrature, all'inserimento delle mancate timbrature, alla causalizzazione delle stesse. qualora inserite dai dipendenti, sono validati dal responsabile (tramite l'angolo del dipendente o tramite planner), l'ufficio presenze - assenze recepisce il tutto	validazione di giustificativi non veritieri	B	no	mensilmente viene verificato che non ci siano interventi su sé stesso	B

	ricezione e inserimento dei giustificativi non informatizzati (es. donazioni sangue, elezioni, permessi per cariche pubbliche, scioperi, assemblee sindacali)	errato o mancato inserimento del giustificativo	B	no	L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze, per la parte di propria competenza, mensilmente verifica la documentazione a supporto delle assenze da giustificare	B
			B	no	L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze mensilmente verifica che l'orario riconosciuto nei cartellini non sia superiore al timbrato e che il riconoscimento venga fatto secondo l'accordo aziendale sull'orario di lavoro (arrotondamento 15 minuti, pausa pranzo, ecc.)	B
abilitazione in Angolo del dipendente	abilitazione del singolo dipendente	mancata abilitazione	B	sì		B
	creazione iter nell'angolo del dipendente	errata/mancata creazione dell'iter, con	M	sì		M
	aggiornamento iter in seguito a comunicazione di cambio reparto o assegnazione di incarico (direttore uoc, coordinamento ecc.)	a causa del mancato/errato aggiornamento dell'angolo del dipendente, le richieste dei dipendenti non possono essere autorizzate da chi di competenza	MB	sì		MB
gestione dei permessi Legge 104	ricezione della documentazione e verifica della sussistenza dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione	mancata ricezione della documentazione	B	no	L'angolo del dipendente riconosce quanto richiesto dal dipendente e autorizzato dal responsabile solo se entro i limiti di diritto. L'ufficio Area presenze-assenze, a fine anno, effettua la stampa di controllo sui residui delle assenze e sul rispetto dei limiti massimi delle stesse	B
	inserimento nei "limiti individuali" del diritto a fruire dei permessi L.104	errato inserimento del diritto a fruire la L.104	B	sì		B
	recepimento delle richieste di assenza per L.104 dall'angolo del dipendente	validazione di giustificativi non veritieri	B	sì		B
Gestione dei turni di pronta disponibilità	dopo l'iter di concessione della pronta disponibilità, l'area presenze - assenze carica sulla procedura HR il turno di	errato / mancato inserimento del turno di pronta disponibilità	MB	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B

	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	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

	come orario lavorato, deve essere autorizzata dal responsabile					
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	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
			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	B

	dirigenza, ricezione e caricamento di tutte le richieste di autorizzazione dello straordinario				che persone in part time abbiano fatto richiesta di straordinario oltre i limiti contrattualmente previsti	
	caricamento/manutenzione delle liste di persone in part time o con incarico di funzione sulla base di estrazione dati dall'area economica	errato / mancata manutenzione della lista	MB	no	confronto dell'estrazione dall'economico con l'inserimento nella lista di riferimento e con la comunicazione di tutte le variazioni del part time avvenute nel mese	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
verifica di corretto passaggio delle informazioni tramite il travaso	verifica di quali sono le voci che in fase di passaggio all'economico sono state bloccate dal travaso	errato/mancato pagamento di voci stipendiali	M	no	tramite un'estrazione verifica di quali sono le voci che sono state bloccate e delle relative motivazioni (es. ore di straordinario superiore al massimo contrattuale previsto)	B
	salvataggio generale dei cartellini riferiti al mese andato in pagamento	mancata possibilità di ricostruire le motivazioni che hanno portato alla liquidazione di determinate voci variabili per interventi successivi alla liquidazione	M	no	verifica creazione backup di salvataggio	B

## P052 - PRESTAZIONI PER ANZIANI

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

		benefici al valutato ledendo i diritti di altri soggetti.				
	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	sì		MB
		Mancata trasmissione dell'impegnativa alla struttura esterna	MB	NO	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	B
		Trasmissione dell'impegnativa a cds diverso rispetto al cds assegnatario (rispetto all'ingresso dell'utente)	MB	NO	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	B
Verifica dell'erogazione del servizio	Controllo restituzione impegnativa di residenzialità / semi residenzialità con data di ingresso dell'utente nella struttura	Impegnativa di residenzialità/semi residenzialità restituita errata dalla struttura esterna errata indicazione della data di entrata dell'utente presso la struttura	B	NO	raccolta delle impegnative assegnate per cds, periodicamente viene fatta la verifica delle mancanti	B
Liquidazione delle fatture e invio flusso FAR	Ricezione e controllo dell'elenco assistiti presso la struttura	Errori da parte del soggetto che verifica la correttezza delle fatture al fine di non segnalare eventuali importi superiori rispetto agli importi realmente dovuti	MA	NO	quadratura con i dati caricati nel gestionale nel gestionale SIT del distretto di TV: blocco al 20 del mese successivo della possibilità di registrare le assenze degli utenti da parte delle udo.	MB

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

## P053 - PRESTAZIONI PER LA DISABILITÀ

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

	l'incasso della compartecipazione					
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	no	verifica su elenchi	B
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva						
da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate						

## 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	Mancata/ 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	Mancata emissione documento contabile	MB	NO	verifica su elenchi	B



	(accertamento) per l'incasso della compartecipazione					
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	NO	verifica su elenchi	B
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva						
da qui processo: P005 Regolarizzazione delle entrate						

## 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		scadenziario delle fatture	B
	Acquisizione del visto da parte del Serd inviante	Mancata/ non tempestivo visto sulle fatture	MA		scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M		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
	comunicazione trimestrale all'uoc contabilità e bilancio degli importi delle fatture da emettere (elenco delle aziende	errore materiale nella valutazione dell'iva da applicare	MB	no	controllo di coerenza tra forma giuridica della struttura ospitante e iva da applicare	B
		errata mancata/non tempestiva comunicazione	MB	sì		MB



	ulss e importi da addebitare)				
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva					
da qui processo: P005 Regolarizzazione delle entrate					

## 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 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.</p> <p>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 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>	Indicazioni al dirigente affinché scelga un fornitore (ente formatore/ dipendente) senza: <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</p>	B

					<p>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 provveditorato</p>	
		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	<p>esistenza della modulistica di progettazione e della evidenza delle variazioni economiche successive</p> <p>Esistenza lettera di incarico al docente/ditta riportante il compenso pattuito</p> <p>Esistenza di fogli firma docenti</p> <p>la liquidazione delle competenze avviene dopo la verifica della sopracitata documentazione</p>	B
		Liquidazione di compensi ai formatori diversi da quelli stabiliti o di rimborsi per spese non documentate	M	no	la liquidazione delle competenze avviene dopo la verifica della presenza della documentazione e la notula viene registrata dal sef	B

## P061 - GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI

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

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ATTIVITA' PRELIMINARE	(Ufficio Protocollo) acquisita /ricevuta la RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI/segnalazione la assegna - all'UOC Affari generali - alla Direzione Strategica - medicina legale? /rischio clinico - alle unità operative di competenza per materia	errata assegnazione del protocollo				
ATTIVITA' PRELIMINARE	verificare effettiva legittimazione (attiva del denunciante, passiva dell'azienda) ed eventuale prescrizione diritto al risarcimento	presa in carico e denuncia di un sinistro non di competenza dell'azienda o per il quale è maturata la prescrizione	MB	no	l'ufficio verifica la competenza dell'azienda e l'eventuale prescrizione della richiesta	B
ATTIVITA' PRELIMINARE	comunicare al denunciante carenza di legittimazione (attiva o passiva) o l'intervenuta prescrizione del diritto, chiudere il procedimento ed archiviare documentazione	a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta il denunciante promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente	MB	si		MB

APERTURA SINISTRO	verificare se sussiste (o meno) copertura assicurativa ed i limiti di questa (SIR, franchigia)	gestione diretta di un sinistro che (invece) è sopra SIR	MB	no	l'ufficio verifica se il sinistro rientra o meno tra i casi da gestire direttamente	B
APERTURA SINISTRO	aprire sinistro e caricare dati in GSRC con automatica attribuzione codice identificativo regionale	non si hanno dati aggiornati: - per la denuncia trimestrale - a fini statistici - ai fini delle verifiche di azienda Zero	M	no	verifica incrociata tra le richieste di risarcimento pervenute e caricate in un file Excel ed i dati caricati in GSRC	B
APERTURA SINISTRO	attribuzione PRIMA STIMA sinistro (ai sensi della procedura dell'Azienda Zero) e caricamento dato in GSRC	non si hanno dati aggiornati relativamente alle riserve	B	no	al momento della redazione del bilancio consuntivo, estrapolazione dal GSRC di tutti i sinistri caricati e verifica di quali tra questi non hanno la riserva valorizzata	B
APERTURA SINISTRO	comunicare apertura sinistro al denunciante e chiedere a questi mandato, ed inviare informativa privacy, documentazione integrativa ed eventuali precisazioni	a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta il denunciante promuove un'azione giudiziale	B	no	verifica che nel file Excel contenente i sinistri pervenuti sia stata caricata la data di riscontro a controparte	B

ISTRUTTORIA	Richiedere agli uffici competenti di trasmettere tutta la documentazione necessaria e/o utile per gestire il sinistro.	a fronte della mancata tempestiva gestione del sinistro il denunciante promuove un'azione giudiziale	B	si		
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
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, con conseguente mancato tempestivo pagamento da parte dell'Azienda	MB	no	presenza di uno scadenziario condiviso	B
LIQUIDAZIONE SINISTRO	chiedere al bilancio " <i>apertura nuovo codice fornitore e relativa lista di trasmissione</i> " 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
Attività 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
	(Ufficio Protocollo) acquisito /ricevuto l'ATTO GIUDIZIARIO regolarmente notificato, lo assegna all'UOC Affari generali	errata assegnazione del protocollo	B	si		B
	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	l'azienda nella scelta del legale non rispetta il criterio dell'equa ripartizione degli incarichi (suggerito dalle linee guida ANAC)	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
	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
	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 alla causa trasmesse dall'avvocato vengono protocollate ed assegnate al Responsabile dell'istruttoria che provvede a "monitorare" gli adempimenti	B
	aggiornare gli accantonamenti per cause civili ed oneri processuali (PBA020) e per contenzioso personale dipendente (PBA030)	le somme accantonate dall'azienda non sono congrue rispetto a quanto potrebbe dover sborsare in caso di soccombenza nella causa	MA	no	annualmente viene richiesto al legale di comunicare lo stato dell'arte della causa e la probabilità o meno di soccombenza	B

Conclusione causa	pagare a controparte quanto dovuto in caso di soccombenza	non pagare tempestivamente e spontaneamente quanto dovuto	MA	no	quando arriva la comunicazione da parte dell'avvocato del (definitivo) esito sfavorevole della causa viene predisposta la delibera che autorizza il pagamento di quanto dovuto e si procede con i conseguenti adempimenti	B
-------------------	---	---	----	----	---	---

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

Fasi	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 particolare fornitore	M	no	Il CdG verifica che la richiesta di beni e servizi (specifiche tecniche o requisiti necessari) sia formulata dal Responsabile Progetto in modo puntuale, senza identificare uno specifico fornitore, ad eccezione dei casi in cui beni e servizi abbiano carattere di esclusività. La richiesta viene poi inoltrata ai Servizi	B

					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 periodiche	verifica SAL e invio rendicontazione periodica (se necessario)	Pressioni al Responsabile di Progetto per presentare stati di avanzamento non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività	MB

	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale esterno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	M	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 tranches di pagamento, il CdG verifica per i servizi il rispetto dei compensi massimi stabiliti, coerenza tra importo fatturato e attività dichiarate, periodo oggetto di fatturazione, presenza sigla del Responsabile di progetto nella relazione di attività svolta. Eventuali aumenti di importo devono essere richiesti e motivati al CdG, ai fini di permettere verifica su disponibilità economica, e successivamente vengono trasmessi ai Servizi che si occupano di ordini e fatture per l'estensione del contratto nei limiti stabiliti dal Regolamento aziendale in vigore. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti	B
Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Il Responsabile di Progetto redige una relazione finale riportante risultati non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere	B



					chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività.	
		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
Richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa da parte del Comitato etico (CESC)	Proposta di conduzione di studio al Principal Investigator da parte del Promotore	A causa di scarsa conoscenza di normativa e procedure aziendali, lo sperimentatore effettua raccolte dati senza autorizzazione	M	no	l'azienda prevede dei piani di attività formativa (come da piano formativo aziendale 2020) finalizzati alla conoscenza della normativa vigente e delle GCP (Good Clinical Practice), per un corretto avvio e una adeguata gestione degli studi clinici	B
	Valutazione CESC (Comitato Etico per la Sperimentazione clinica)	A causa di pressioni da parte dello sperimentatore/ promotore ai componenti del Comitato Etico si 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	M	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 dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal Comitato etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione	B
		I componenti del Comitato etico potrebbero avallare una classificazione scorretta della sperimentazione (osservazionale/interventistico, profit/no profit), a causa di pressioni da parte dello sperimentatore/Promotore/Sponsor	M	no	La sperimentazione, e relativa classificazione, viene analizzata rispetto alla normativa vigente dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal Comitato Etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione	B
		A causa di pressioni ai componenti del Comitato Etico, da parte del Promotore, si potrebbe effettuare una valutazione non oggettiva al fine dell'approvazione di uno studio potenzialmente rischioso per i pazienti	MA	no	La sperimentazione viene analizzata dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CESC, dal Comitato Etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione. Per la validazione è previsto un numero legale di componenti. E' prevista da Regolamento CESC una dichiarazione di	B

					<p>compatibilità, in cui il componente del Comitato dichiara di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non avere partecipazioni finanziarie in un'impresa del settore farmaceutico/sanitario o in imprese collegate,</li> <li>- non essere dipendente di un'altra impresa del settore farmaceutico/sanitario</li> <li>- non essere già componente di 3 comitati etici,</li> <li>- non partecipare alle valutazioni, votazioni, pareri sulle sperimentazioni per le quali può avere conflitti d'interesse (qualora abbia partecipato alla progettazione, allo studio e allo sviluppo della ricerca in esame o qualora venga coinvolto nella esecuzione o direzione delle ricerca stessa o che, comunque, abbia rapporti di dipendenza con lo sperimentatore o con il promotore/sponsor dello studio o rapporti di consulenza con l'azienda che produce o commercializza il farmaci, il dispositivo medico o il prodotto alimentare oggetto dello studio).</li> </ul>	
Individuazione dei pazienti arruolabili		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	MA	no	<p>Il monitor del Promotore/CRO Contract Research Organisation (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione.</p> <p>Ulteriori controlli sul rispetto dei criteri di inclusione sono svolti dal data manager inserito all'interno dell'UO.</p> <p>L'Azienda ha adottato il "Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ulss 2"</p> <p>I dipendenti sono, inoltre, tenuti al rispetto del Codice deontologico in funzione della propria professione.</p> <p>L'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, con DDG (Deliberazione Direttore Generale) n. 1222 del 19/07/2018 ha avviato il Progetto CTQT/CTO (Clinical Trial quality Team/Clinical Trial Office) con lo scopo di standardizzare e regolamentare la gestione degli studi clinici in accordo con la normativa vigente e di prossima attivazione, di garantire supporto uniforme a tutte le UU.OO. (Unità Operative) impegnate in ricerca, di implementare le attività di ricerca clinica profit e no profit (con particolare attenzione agli studi con farmaci innovativi).</p> <p>Fra le mansioni dei data manager è inclusa</p>	MB

					l'attivazione su un campione di studi (scelti sulla base dei criteri definiti) delle visite periodiche di monitoraggio on site, volte a monitorare il corretto arruolamento dei pazienti. <b>L'azienda prevede dei piani di attività formativa (come da piano formativo aziendale 2020) finalizzati alla conoscenza della normativa vigente e delle GCP (Good Clinical Practice), per un corretto avvio e una adeguata gestione degli studi clinici</b>	
		Il paziente potrebbe venire arruolato nella sperimentazione in cambio della corresponsione di rimborsi (negli studi che lo prevedono)	MA	no	L'ufficio competente del promotore/CRO segnala al personale dell'ufficio STS/NRC la quota da riconoscere al centro sperimentale sulla base delle verifiche eseguite in fase di monitoraggio dal monitor di studio. L'ufficio STS/NRC verifica che le richieste di rimborso siano pertinenti con la sperimentazione e corrispondenti a quanto dichiarato nel modulo di fattibilità e nel contratto	MB
Avvio e monitoraggio del processo di sperimentazione		A causa di pressioni agli uffici STS/NRC (Nucleo Ricerca Clinica), da parte del Promotore, l'attività contabile relativa agli studi potrebbe non venire avviata o essere interrotta	MA	no	Lo sperimentatore periodicamente chiede agli uffici STS e NRC notizie relative ai pagamenti delle quote pazienti derivanti da studi for profit o dei contributi derivanti da studi no profit. Gli uffici STS e NRC 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 STS e NRC procedono all'analisi della documentazione relativa a ciascuno studio per il quale non risultano fatture nell'ultimo periodo di riferimento o non risultano pagate le fatture alla scadenza, per verifica delle motivazioni. Il Responsabile STS/Referente NRC 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	MB
		A causa di pressioni allo sperimentatore, da parte del	MA	no	Gli studi clinici più rilevanti (in particolare le sperimentazioni con farmaco o dispositivo) sono	B

Conclusione del processo di sperimentazione		Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati all'esito della ricerca			<p>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>	
		A causa di pressioni al data manager, da parte del Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati all'esito della ricerca	MA	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>	B
Rendicontazioni periodiche per la ripartizione delle quote derivanti dalla sperimentazione		Gli uffici STS/NRC potrebbero autorizzare l'attribuzione dei corrispettivi in assenza di ore aggiuntive rispetto all'attività istituzionale	M	no	<p>La UO Risorse Gestione Umane verifica che il dipendente abbia le ore aggiuntive a fronte dei compensi da erogare.</p> <p>Il Responsabile STS/Referente NRC 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</p>	B
		Rendicontazione di prestazioni diverse da quelle effettivamente sostenute per la sperimentazione for profit e no profit con contributi o per dichiarare routinarie prestazioni non di normale pratica clinica	MB	no	<p>Il monitor del Promotore/CRO verifica le prestazioni nella scheda CRF rispetto a quanto previsto da protocollo e da contratto. Ulteriori controlli sulla congruenza delle prestazioni effettuate registrate in CRF sono svolti dal data manager dell'UO (se presente).</p> <p>Gli operatori degli uffici STS e NRC verificano che le prestazioni da rendicontare corrispondano a quanto previsto dal contratto e a quanto segnalato nel modulo di fattibilità e allegano la documentazione relativa allo studio e la mail dello sperimentatore o del data manager di UO che conferma le prestazioni da rendicontare, al fine di consentire al</p>	B



					<p>Responsabile/Referente un controllo di coerenza ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione dei compensi. Gli studi clinici vengono registrati 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. Periodicamente il Responsabile STS/Referente NRC effettua 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 il prospetto relativo agli studi (for profit e no profit con contributi) per i quali sono state previste prestazioni non routinarie, per verificarne la coerenza.</p>	
		<p>A causa di pressioni sugli uffici STS e NRC, da parte dello sperimentatore, 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 sul SSN</p>	M	no	<p>La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CESC, dal Comitato Etico composto da 24 membri, 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 STS e NRC chiedono con mail agli sperimentatori di dichiarare se per gli studi no profit con costi aggiuntivi sono state effettuate le prestazioni extraroutinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi.</p>	B

					In fase di rendicontazione dei fondi derivanti dalla ricerca clinica al fine degli accantonamenti a bilancio, il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sulle mail e sui prospetti relativi all'utilizzo dei fondi in modo da individuare possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti.	
		Si potrebbero ripartire le quote derivanti dalla ricerca clinica secondo percentuali diverse da quanto previsto dal Regolamento CESC	M	no	Il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sul prospetto di ripartizione delle quote relativo a ciascuno studio, in cui vengono evidenziate le ripartizioni a sperimentatori e fondi secondo quanto previsto dal Regolamento CESC, prima di procedere con la richiesta all'UO Gestione risorse umane di liquidazione dei compensi. Gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della ripartizione delle quote. Periodicamente il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sul prospetto riepilogativo relativo alle fatture incassate nel corso dell'anno e alle relative ripartizioni, per verificare che le quote siano state attribuite ai fondi secondo le percentuali previste dal Regolamento CESC	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
	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	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

	codifiche che sono state inserite					
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 posizioni che invece devono essere incassate	MA	no	La documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	MB
	Se l'utente dimostra di aver già pagato la prestazione: valutazione della documentazione trasmessa a supporto	chiusura non corretta della pratica	MA	no	La documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	MB
invio secondo sollecito	Invio del secondo sollecito direttamente dall'ulss o tramite equitalia	viene sollecitata una pratica già chiusa / non viene sollecitata una pratica da sollecitare	MB	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B
	caricamento della pratica ai fini della riscossione coattiva o trasmissione agli affari generali (in caso di importo rilevante) per incarico a un legale	mancato recupero del credito	MB	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B

## P077 - ATTIVITÀ IN REGIME DI LP

Fasi	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. Il controllo è svolto in sede di autorizzazione e viene formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
	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 e alla tassa di cui alla Legge n. 111 del 2011. In caso di tariffa inferiore provvede ad innalzare l'importo. Il controllo è svolto in sede di autorizzazione e in occasione di aggiornamenti del Tariffario. Il controllo viene formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	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 della quota Azienda determinata dai Servizi competenti (Controllo di Gestione, ecc) per la remunerazione dei costi sostenuti dall'Azienda (almeno il 30% della tariffa DRG). Il controllo è svolto in sede di autorizzazione e formalizzato in una	B

					apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	
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 che: - le prestazioni specialistiche siano eseguibili anche in regime istituzionale - i tempi di esecuzione delle prestazioni siano coerenti con i tempi medi utili per l'esecuzione della prestazione in regime istituzionale. 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	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, in sede di autorizzazione, verifica la compilazione della check list dei controlli svolti dall'operatore. A campione verifica le evidenze dei controlli svolti dall'operatore e sigla la check list "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1d.	B	
	ricezione e gestione delle comunicazioni di variazioni	Mancato o errato inserimento / variazione nei gestionali di: - anagrafici medici / equipe - tariffario ricoveri - quote di ripartizione	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP, per ciascun provvedimento di autorizzazione all'esercizio della LP, verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi. Il controllo è formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
M			no	L'operatore dell'Ufficio LP, per ciascun provvedimento di autorizzazione all'esercizio della LP, verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei	B	

					<p>gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi. Il controllo è formalizzato in una apposita checklist "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1a, che viene siglata ad evidenza dello stesso.</p> <p>-----</p> <p>L'operatore dell'Ufficio LP verifica eventuali anomalie segnalate dal gestionale LP sui dati estratti dal gestionale CUP, quali ad esempio medici / prestazioni / tariffe diverse da quelle autorizzate o mancanti, e ne verifica le motivazioni. Il controllo è svolto in sede di acquisizione dati nel gestionale LP e viene formalizzato nella check list "attività di ricovero in regime lp" al punto 1a, che viene siglata ad evidenza dello stesso.</p>	
		Pressioni al soggetto che inserisce i dati nei gestionali al fine di effettuare inserimenti o variazioni non autorizzate	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato mensilmente monitora i nuovi inserimenti e le variazioni effettuate dagli operatori nel gestionale LP (esempio: tariffario, quote di ripartizione) e a campione, verifica la coerenza rispetto ai provvedimenti di autorizzazione all'esercizio della LP. Il controllo è formalizzato nella check list "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1b, che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
Elaborazione del preventivo, Erogazione del ricovero / prestazione libero professionale, emissione fattura ed incasso	prenotazione della prestazione / ricovero	Pressioni sull'utente (induzione) all'effettuazione di ricoveri in regime di libera professione	M	no	La Direzione Sanitaria di presidio semestralmente monitora i tempi d'attesa dei ricoveri istituzionali e libero professionali e gli utenti presenti in entrambe le liste o gli utenti ricollocati nella lista LP. Le anomalie sono analizzate e successivamente condivise con l'Organismo Paritetico. Il controllo è formalizzato in un report che viene siglato ad evidenza dello stesso.	B
			M	no	La Direzione Sanitaria di presidio semestralmente monitora i ricoveri istituzionali effettuati da parte dei medici a pazienti che, in data precedente, hanno ricevuto dagli stessi una prestazione specialistica libero professionale, attraverso l'incrocio tra i dati presenti a gestionale CUP relativi alla libera professione e il registro operatorio. Le anomalie sono analizzate e successivamente condivise con l'Organismo Paritetico.	B

					Il controllo è formalizzato in un report che viene siglato ad evidenza dello stesso.	
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 copia della fattura di pagamento.	B
		M	no		L'operatore dell'Ufficio LP verifica semestralmente tutte le prestazioni ed erogata senza la corrispettiva fattura, al fine di analizzarne le motivazioni (esempio: mancato pagamento, prestazioni non erogata, pagamento non "agganciato" informaticamente alla prenotazione, rimborsi effettuati senza annullare la prestazione, ecc.). Il controllo è formalizzato in un report semestrale / annuale "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1b, che viene siglato ad evidenza dello stesso. Il controllo è attivo a Treviso, non a Pieve e Asolo (per questo la copertura è bassa)	B
		M	no		L'operatore dell'Ufficio LP verifica mensilmente in sede di ripartizione degli incassi, che l'importo incassato comunicato dall'ufficio competente, corrisponda al preventivo dovuto per il ricovero. Il controllo è formalizzato nella check list "attività di ricovero in regime lp" al punto 2a, che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
		MA	no		L'operatore dell'Ufficio LP verifica semestralmente tutti i preventivi non incassati, al fine di individuare le motivazioni (esempio: mancato o ritardato pagamento). Il controllo è formalizzato nella check list al punto 1b, che viene siglata ad evidenza dello stesso.	MB
		M	no		Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato semestralmente monitora per ciascun medico: - il numero di prenotazioni senza la corrispettiva fattura - il numero di prenotazioni annullate - il numero di fatture rimborsate dagli operatori di cassa al fine di individuare possibili anomalie e analizzare a campione le motivazioni dei casi più significativi.	B

					Il controllo è formalizzato in un report semestrale al punto 2a ad evidenza dello stesso.	
		Mancata o errata emissione della fattura	M	no	L'operatore dell'Ufficio competente verifica che la fattura sia stata elaborata correttamente nel gestionale della contabilità, rispetto a quanto incassato. Il controllo è formalizzato nella fattura che viene siglata ad evidenza dello stesso (check list al punto 3a)  Attualmente la fattura viene emessa a seguito dell'individuazione del SEN da coprire: valutare se anticipare l'emissione della fattura al momento della chiusura del ricovero	B
			M	no	Il Responsabile dell'Ufficio competente mensilmente effettua la quadratura periodica tra fatturato e incassato al fine di individuare le motivazioni (esempio: errori di digitazione, mancata o ritardata fatturazione). Il controllo è formalizzato in una apposita check list di ripartizione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
	gestione rimborsi	Riconoscimento di rimborsi non dovuti al fine di procurare benefici agli utenti	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP verifica le richieste di rimborso e ne analizza le motivazioni (esempio: ricovero non effettuato, preventivo superiore, ecc.). Il controllo è formalizzato nella richiesta di rimborso che viene siglata ad evidenza dello stesso.	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 tramite report informatico di controllo: - 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). Il controllo è formalizzato nel report che viene siglato ad evidenza dello stesso (punto 3b per il personale medico e punto 3c per il personale di supporto).	B
		Erogazione di ricoveri libero professionali da parte di medici non autorizzati	MA	no	La Direzione medica di presidio verifica a campione i nominativi del personale presente durante l'intervento in regime libero professionale (riportato nella cartella clinica) e verifica tramite l'Ufficio LP, la presenza	MB

					dell'autorizzazione all'esercizio. Il controllo è formalizzato tramite mail di risposta ad evidenza dello stesso.	
		Erogazione di prestazioni libero professionali a utenti non inseriti in agenda (senza appuntamento), al fine di procurarsi benefici privati e ledere i diritti dell'Azienda (quota azienda)	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP monitora semestralmente, a campione, il numero di prestazioni effettuate (attraverso il gestionale CUP) e la durata media delle stesse (considerando le timbrature causalizzate), al fine di individuare eventuali anomalie nelle tempistiche di erogazione (esempio: tempistiche "dilatate" con possibile erogazione di prestazioni non autorizzate / integrative o a utenti non inseriti in agenda). Il controllo è formalizzato in un report semestrale al punto 1b con eventuale attivazione della procedura di recupero crediti.	MB
		Prescrizione di prestazioni mediante utilizzo di ricettari SSN durante le visite libero professionali	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP semestralmente 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. Il controllo è formalizzato in un report al punto 2b che viene siglato ad evidenza dello stesso.	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 Il gestionale restituisce un messaggio bloccante. Il controllo è formalizzato in una apposita check list al punto 4a (per i ricoveri), al punto 3a (per la specialistica) che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B	

		Pressioni da parte del medico per la manomissione del file dei compensi derivanti dalla ripartizione degli incassi	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato mensilmente verifica la quadratura tra l'importo del compenso ripartito tramite gestionale LP e l'importo del file dei compensi inseriti nel gestionale SIGMA. A campione verifica alcuni nominativi e relativi importi. Il controllo è formalizzato nella check list al punto 4b e 4c (per i ricoveri), 43b e 3c (per la specialistica) che viene siglata ad evidenza dello stesso.	MB
	comunicazione dei fondi da accantonare (attribuzione dei costi per competenza)	Mancata/errata comunicazione delle quote da accantonare nei fondi	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, annualmente verifica la corrispondenza tra gli importi dei fondi risultanti dal gestionale LP (esempio: quota fondo perequazione, quota fondo "Balduzzi", ecc.) e quanto comunicato al Servizio Economico Finanziario. Il controllo è formalizzato nella comunicazione inoltrata al Servizio Economico Finanziario che viene siglata ad evidenza dello stesso (report 3a).	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). Il gestionale restituisce un messaggio di alert.	B
	utilizzo dei fondi accantonati	Utilizzo dei fondi non conforme a normativa	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, verifica le motivazioni di utilizzo del fondo secondo quanto previsto da normativa/regolamenti (esempio: Decreto Balduzzi). Il controllo è formalizzato nella nota di liquidazione.	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 deliberativo e preparazione della convenzione (la richiesta parte del centro)	<p>verifica possesso requisiti dirigenti (esclusività r.l. , tempo pieno, consulenza indicata nel bando)</p> <p>verifica requisiti struttura sanitaria (no accreditata, autorizzazione comunale, composizione societaria) raccolta parere da DPO e Direttore U.O.C. di appartenenza medico</p>	autorizzare medici o strutture non in possesso dei requisiti previsti	MB	no	l'operatore dell'ufficio LP a campione verifica che la struttura sanitaria sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e che il medico sia autorizzato a svolgere attività in LP (check list trimestrale punto 1a e 1b)	B
ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la struttura e fatturazione	<p>controllo del numero degli accessi (in rispetto alla normativa)</p> <p>controllo che gli accessi siano stati effettuati al di fuori dell'orario istituzionale (no infortunio, malattia, ecc.)</p>	liquidare ai medici gli accessi non rispettando il limite previsto dalla normativa o accessi effettuati in orario istituzionale.	M	no	l'operatore dell'ufficio LP a campione verifica la congruità oraria degli accessi effettuati dal medico e la corretta fatturazione con il numero degli accessi (check list trimestrale punto 2a)	MB
ripartizione incassi ai dirigenti	predisposizione del report di ripartizione degli incassi su foglio Excel e invio al servizio del personale	errata ripartizione dei proventi	M	no	l'operatore dell'ufficio LP a mensilmente che le ripartizioni effettuate non siano superiori all'incassato e che non ci siano ripartizioni ripetute del medesimo incasso (check list trimestrale punto 3a + file xls a supporto)	MB

## P079 - GESTIONE DELLE CONVENZIONI CON TERZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e convenzione	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 attività effettuate	la nota di liquidazione viene emessa dalla D.A. e inviata all'U.O.C. contabilità bilancio per il seguito di competenza	rimborsare a terzi spese/contributi/rimborsi non realmente sostenuti	M	no	mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turn over del personale	B
<b>da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti</b>						

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Cosa può succedere / Possibile schema di corruzione	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Misura del contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
PROGRAMMAZIONE	analisi dei fabbisogni	non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa		MB	no	Indicazione nel piano biennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza.	B
ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ...) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale	mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il bisogno		M	NO	definizione e monitoraggio di tempi e modalità standard per l'adesione/recepimento	B

ESECUZIONE CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	contrattualizzazione/ordinazione delle prestazioni	mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; effettuazione di acquisizione di prestazioni complementari che modifichino sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalla centrale.		M	NO	monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC	B
	comunicazioni con la centrale di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo, di outcome,...) che la stessa pone in essere	mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza inficiando la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale; conseguente giustificazione di autonome acquisizioni sovrapponibili a quelle della centrale		M	NO	monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC	B

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
PROGRAMMAZIONE  L'insufficiente attenzione alla fase di programmazione o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione costituiscono una delle principali cause dell'uso distorto delle procedure che può condurre a fenomeni corruttivi.	analisi dei fabbisogni	definizione di un fabbisogno rispondente ad esigenze non veritiere o dirette a privilegiare un certo tipo di fornitura o servizio realizzate da un operatore economico, a scapito di altri	MA	no	Pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato	B
		Non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa	MB	no	Indicazione nel piano biennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza.	B



	Redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	intempestiva redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	MB	no	Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali	B
		l'eccessivo ricorso a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	A	no	Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali	MA
	Individuazione del responsabile del procedimento	Individuazione di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità (es. utilizzatori abituali del bene/servizio) con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) tale da non assicurare terzietà e indipendenza	A		Individuazione di Responsabili del procedimento diversi dai soggetti abitualmente utilizzatori (es. personale sanitario) e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	MB
		Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti previsti dal Codice	M		Preventiva verifica dei curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza) del responsabile del procedimento e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	B

<p>PROGETTAZIONE</p> <p>L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.</p>	<p>Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche</p>	<p>Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato</p>	<p>MA</p>	<p>no</p>	<p>Pubblicazione dei contributi pervenuti dagli stakeholders</p>	<p>B</p>
	<p>individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento</p>	<p>Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad es. concessione in luogo di appalto)</p>	<p>A</p>	<p>no</p>	<p>Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, sia in ordine alla scelta della procedura sia in ordine alla scelta dei criteri di affidamento adottati ovvero alla tipologia contrattuale e pubblicazione di un'indagine di mercato</p>	<p>MB</p>
	<p>Individuazione degli elementi essenziali del contratto</p>	<p>abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di progettazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive</p>	<p>M</p>	<p>no</p>	<p>affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato</p>	<p>B</p>
	<p>determinazione dell'importo del contratto</p>	<p>Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere</p>	<p>M</p>	<p>no</p>	<p>Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico</p>	<p>B</p>
		<p>Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte</p>	<p>M</p>	<p>no</p>	<p>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</p>	<p>B</p>
	<p>predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato</p>	<p>Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)</p>	<p>M</p>	<p>no</p>	<p>Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83</p>	<p>B</p>

		prescrizioni nei documenti di gara finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Predisposizione di modelli di documentazione di gara differenziati secondo la tipologia di acquisto e confronto dei disciplinari di gara con il bando tipo ANAC	B
		prescrizioni nel capitolato tecnico finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato	B
		Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara del capitolato tecnico	M	no	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse	B
	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Formulazione di criteri di valutazione che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore, ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	M	no	nelle gare più complesse possibilità di prevedere una validazione di secondo livello dell'elaborato formulato dai progettisti	B
		la previsione di criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto	M	no	Formulazione dei criteri di aggiudicazione in coerenza con le previsioni del Bando tipo e linee guida ANAC. Adozione di griglie di valutazione	B
SELEZIONE DEL CONTRAENTE Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione	MA	no	Adozione di indicazioni operative per l'espletamento delle pubblicazioni e utilizzo della check list per le procedure sopra soglia	B

applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica.	fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Pressioni al dipendente al fine di accettare la documentazione oltre i termini o immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	M	no	Utilizzo della piattaforma telematica per tutte le procedure di gara. La concessione della proroga deve essere valutata almeno dal RUP (oppure dal soggetto richiedente la fornitura/servizio, qualora diverso dal RUP) e dal Dirigente dell'U.O.C. Provveditorato. La motivazione della proroga deve rientrare nei presupposti indicati dalla normativa (art. 79 del D.lgs. 50/2016 e s.m.i.) e deve essere inserita nel fascicolo di gara.	B	
	gestione ricezione offerte	Pressioni al dipendente al fine di conoscere informazioni commerciali coperte da segreto tecnico, i prezzi degli articoli e le relative scontistiche in anticipo.	MA	no	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	B	
	nomina della commissione di gara	mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina commissione es. formalizzazione della nomina prima del termine di scadenza per la presentazione delle offerte		MA	no	Procedura aziendale sulla nomina delle commissioni	B
		nomina di commissari in conflitto di interesse o privi di requisiti		MA	no	Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni in ordine all'assenza di conflitto di interesse e possesso dei requisiti anche tramite presentazione dei curricula. Controllo in merito alla veridicità delle dichiarazioni presentate dai commissari.	B
	gestione delle sedute di gara	alterazione o sottrazione della documentazione di gara		M	no	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	B

	aggiudicazione	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito e attribuzione dei punteggi discrezionali non suffragata da criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito	MA	no	Verifica puntuale dei criteri di aggiudicazione predefiniti nella documentazione di gara	B
	Valutazione delle offerte e la verifica di anomalia dell'offerte	accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	MA	no	documentare l'istruttoria in ordine alla valutazione	B
Verifica aggiudicazione e stipula del contratto La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario.	la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	A	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.	B
	l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni	la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi	MB	no	Verifica del rispetto della procedura relativa alle comunicazioni di esclusione prevista nella documentazione di gara	B
	l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti le aggiudicazioni	la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti non aggiudicatari	MB	no	Introduzione di apposita procedura interna relativa alla fase post aggiudicazione	B

	la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto	l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.	MA	no	Introduzione di un termine standard di aggiudicazione e stipula. Utilizzo del Piano Approvvigionamenti e periodici monitoraggi dai quali risultino i motivi dell'eventuale ritardo, rispetto ai tempi standard nella aggiudicazione e/o stipula contratto	B
--	---	---	----	----	---	---

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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Preparazione dei programmi operativi di controllo	programmazione delle verifiche a seguito di eventuale segnalazione	Pressioni al funzionario al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	no	Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente ne dispone l'archiviazione o l'attivazione dell'ispezione in collaborazione con il coordinatore. Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione del sopralluogo concordato con il responsabile. Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile	B
	programmazione dei controlli ufficiali in base alla valutazione del rischio	Pressioni al funzionario al fine di programmare dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	M	no	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte)	B
	programmazione dei controlli ufficiali per le verifiche di adeguamento alle prescrizioni impartite a seguito di precedenti non conformità	Pressioni al funzionario al fine di non programmare i sopralluoghi per la verifica dell'adeguamento alle prescrizioni applicate o condizionare l'esito a seconda della visita	M	no	Il coordinatore effettua un controllo, al fine di verificare che per tutti i verbali con prescrizioni corrisponda un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario	B
Sopralluogo	svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di non effettuare un sopralluogo	M	no	Il coordinatore settimanalmente verifica che per ogni sopralluogo programmato vi sia un verbale sottoscritto dal funzionario/i e dalla ditta verificata. Il controllo viene formalizzato nella documentazione relativa alla programmazione	B
	svolgimento del controllo ufficiale secondo i parametri previsti dalla normativa specifica	Pressioni al funzionario al fine di effettuare un sopralluogo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei	B

					controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	
Stesura del verbale (di conformità, con prescrizione; con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Redazione del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Pressioni al funzionario nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	B
Comunicazione all'autorità giudiziaria	Comunicazione all'autorità giudiziaria in occasione di non conformità in cui si ravvisi ipotesi di reato	Pressioni al funzionario al fine di non inviare la comunicazione all'autorità giudiziaria	MB	no	Il coordinatore e il responsabile controllano l'avvenuta trasmissione all'autorità giudiziaria	B
Incasso sanzioni pecuniarie	Verifica incasso di eventuali sanzioni pecuniarie	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento della sanzione applicata agli organi competenti	MB	no	Il coordinatore del servizio trasmette copia della sanzione applicata alla ditta, al comune di competenza. Il funzionario incaricato dal servizio effettua periodicamente un controllo di corrispondenza tra le sanzioni prescritte e gli incassi. In caso di mancato pagamento il servizio procede a darne comunicazione al comune	B

## P083 - GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istanza	assegnazione della pratica protocollata in entrata al funzionario competente per l'espletamento della pratica	Il funzionario assegnatario della pratica può avere interessi e/o situazioni personali che interferiscono nella gestione della pratica	M	no	Il coordinatore verifica tutte le istanze ricevute e già protocollate, successivamente ne dispone l'attivazione dell'istruttoria in collaborazione con il Responsabile. Il coordinatore verifica che tutte le istanze ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione dell'istruttoria concordata con il responsabile	B
Istruttoria pratica	verifica formale dei documenti	Pressioni al funzionario assegnatario della pratica per omettere completamente o in parte la verifica dei documenti	M	no	Il tecnico assegnatario della pratica verifica i documenti presentati nel rispetto delle linee guida del servizio	B
	verifica tecnica di competenza dei contenuti della pratica	Pressioni al funzionario assegnatario della pratica per svolgere la valutazione tecnica secondo parametri non rispondenti alla normativa	M	no	Il tecnico assegnatario della pratica verifica i documenti presentati nel rispetto delle linee guida del servizio e della normativa specifica	B
	preparazione del parere / risposta dell'istanza	Pressioni al funzionario incaricato e al dirigente al fine di esprimere un parere / risposta omettendo i parametri previsti dalla normativa	M	no	Il responsabile del servizio valuta l'istruttoria della pratica apponendo la firma se risulta che l'istruttoria è stata regolare	B
Diritti sanitari	Verifica incasso diritti sanitari	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento dei diritti sanitari	M	no	In caso di mancato pagamento il coordinatore del servizio e/o la segreteria segnalano al responsabile e viene avviata la procedura di riscossione coattiva	B

## P084 - GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DEGLI ESPOSTI (SISP)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Preparazione dei programmi operativi di controllo	Programmazione delle verifiche a seguito di eventuale segnalazione	Pressioni al funzionario al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	no	Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente ne dispone l'archiviazione o l'attivazione dell'ispezione in collaborazione con il coordinatore  Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione del sopralluogo concordato con il responsabile. Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile.	B
	Programmazione dei controlli ufficiali in base alla valutazione del rischio	Pressioni al funzionario al fine di programmare dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	M	no	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte)	B
	Programmazione dei controlli ufficiali per le verifiche di adeguamento alle prescrizioni impartite a seguito di precedenti non conformità	Pressioni al funzionario al fine di non programmare i sopralluoghi per la verifica dell'adeguamento alle prescrizioni applicate o condizionare l'esito a seconda della visita	M	no	Il coordinatore effettua un controllo, al fine di verificare che per tutti i verbali con prescrizioni corrisponda un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario	B
Sopralluogo	Svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di non effettuare un sopralluogo	M	no	Il coordinatore settimanalmente verifica che per ogni sopralluogo programmato vi sia un verbale sottoscritto dal funzionario/i e dalla ditta verificata. Il controllo viene formalizzato nella documentazione relativa alla programmazione	B
	Svolgimento del controllo ufficiale secondo i parametri	Pressioni al funzionario al fine di effettuare un sopralluogo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo	B

	previsti dalla normativa specifica				di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	
Stesura del verbale (di conformità, con prescrizione; con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Redazione del verbale (di conformità, con prescrizione; con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Pressioni al funzionario nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	B
Comunicazione all'autorità giudiziaria	Comunicazione all'autorità giudiziaria in occasione di non conformità in cui si ravvisi ipotesi di reato	Pressioni al funzionario al fine di non inviare la comunicazione all'autorità giudiziaria	MB	no	Il coordinatore e il responsabile controllano l'avvenuta trasmissione all'autorità giudiziaria	B
Incasso sanzioni pecuniarie	Verifica incasso di eventuali sanzioni pecuniarie	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento della sanzione applicata agli organi competenti	MB	no	Il coordinatore del servizio trasmette copia della sanzione applicata alla ditta, al comune di competenza. Il funzionario incaricato dal servizio effettua periodicamente un controllo di corrispondenza tra le sanzioni prescritte e gli incassi. In caso di mancato pagamento il servizio procede a darne comunicazione al comune	B

## P085 - GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – LISTE D'ATTESA

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ANALISI DELLA DOMANDA	ANALISI DELLA DOMANDA	A causa di una inadeguata interpretazione dei dati si potrebbe sottostimare o sovrastimare la domanda e quindi potremmo avere un aumento delle spese di gestione e/o costi inaspettati	M	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	MB
INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	A seguito di conflitto di interessi e della mancanza di criteri oggettivi nella selezione di erogatori, si potrebbe agevolare un erogatore piuttosto di un altro provocando uno sbilanciamento dell'offerta	M	no	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori	B
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

## 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	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	B

(es. permessi retribuiti e non retribuiti)					- 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	
	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	B

					posizioni cessate, ecc.) e ne verifica, a campione, la corrispondenza con la documentazione a supporto	
Elaborazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la corretta elaborazione dei cedolini degli specialisti inseriti nel mese (incaricati, provvisori, sostituti).	B
	Elaborazione stipendiale - controllo Equitalia per gli stipendi > 5.000€	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica l'elenco degli specialisti che nel mese hanno un netto a pagare superiore ad Euro 5.000,00 per il controllo di Equitalia sulla presenza di specialisti "morosi".	B
	Elaborazione stipendiale - controllo warning automatici Sigma HR	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica i warning segnalati dall'applicativo Sigma HR circa la possibile generazione di cedolini negativi, al fine di capirne le motivazioni e la correttezza	B
	Elaborazione stipendiale - caricamento dei conguagli e delle voci retributive atipiche (arretrati, progetti di ricerca, ecc.)	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica l'elenco dei conguagli e delle voci retributive atipiche, e ne verifica le motivazioni a supporto (es. adeguamenti normativi, riconoscimenti retroattivi, ecc.)	B
	Elaborazione stipendiale - elaborazione dati fiscali e contributivi	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la correttezza dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali elaborati dalla procedura sul totale imponibile, rispetto alle aliquote previste da normativa	B
	Elaborazione stipendiale definitiva	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora i cedolini degli specialisti e verifica a campione "n" cedolini con importo superiore a determinate soglie predefinite, rispetto alla documentazione a supporto.	B
	Elaborazione stipendiale di specialisti cessati	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora la stampa dei cedolini elaborati a specialisti cessati e ne analizza le motivazioni (es. pagamento arretrati, ecc.)	B
Invio e liquidazione degli stipendi e dei versamenti	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

contributivi, previdenziali e fiscali						
Gestione delle cessazioni		Mancato o errato censimento della cessazione dello specialista nei diversi gestionali	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato la chiusura della posizione dello specialista nei diversi gestionali verifica, attraverso la check list di controllo, che sia stata effettuata correttamente tale chiusura	B
Valutazione accantonamento premio operosità		Accantonamento errato	MB	no	Definizione formula per calcolo fondo premio operosità attualizzato	B
Calcolo e comunicazione debiti residui		Debiti residui errati	B	no	Un operatore esegue l'attività e il referente di area la verifica	B

## P095 - GESTIONE DELEGHE E QUOTA CAPITARIA DEI COMUNI (CICLO ATTIVO)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Definizione delle quote (indistinte e vincolate) dovute da ciascun Comune in base al Bilancio Preventivo di Parte Sociale	Redazione, in collaborazione con l'UOC Bilancio, del Bilancio Preventivo e conseguente definizione delle quote (indistinta e vincolata) pro-capite e per ciascun Comune	errata definizione delle quote; errata popolazione	MA	no	Controllo supportato dall'UOC Bilancio (fogli Excel)	MB
Invio note ai Comuni con importi da versare	Invio note ai Comuni con importi da versare; la nota è trasmessa per conoscenza all'UOC Bilancio	errato/mancato invio a uno o più comuni	MA	no	Controllo supportato dall'UOC Bilancio (fogli Excel)	MB
Definizione a consuntivo quote definitive da addebitare ai comuni	Una volta terminato l'anno di competenza viene definito il Bilancio Consuntivo con le somme da addebitare definitivamente ai Comuni sulla base delle effettive presenze degli utenti (quota vincolata) e sulla base degli effettivi residenti (quota capitaria) (verificare regola individuazione nr abitanti)	errato computo delle quote a consuntivo/utilizzo di una popolazione errata	MA	no	Controllo supportato dall'UOC Bilancio (fogli Excel)	MB
Effettuazione delle reversali di incasso	Effettuazione delle reversali di incasso (Da parte dell'UOC Bilancio nei Distretti di Pieve e Asolo; da parte dell'UOC Servizi Sociali e Socio					

	sanitari nel Distretto Treviso)					
<b>da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>						

**P097 - GESTIONE POLO DISABILITÀ (gestione diretta Ulss di strutture per disabili adulti - Comunità alloggio, RSA)**

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione rette	emissione fatture attive a Comuni/Aziende Ulss/Privati	errata definizione delle quote	MB	no	controllo elenco fatture	B
Effettuazione delle reversali di incasso	Effettuazione delle reversali di incasso	errata effettuazione delle reversali	MB	no	verifica pagamento tramite software	B
Controlli	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	no	verifica pagamento tramite software	B
<b>segue le regole: P007 - Fatturazione attiva</b>						
<b>da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate</b>						
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	M	no	A carico dell'UOC Bilancio	B
	Acquisizione del visto da parte dell'UOC Disabilità	Mancata/ errato/non tempestivo visto sulle fatture	M	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>						



## **ALLEGATO 2**

# **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA OBIETTIVI E INDICATORI**

Obiettivo operativo	Indicatori	Output	Valore soglia anno 2022	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Unità operative / Uffici interessati
Aggiornamento / rivalutazione dei processi aziendali a rischio corruzione	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali	Elenco dei processi aggiornato	Sì	Sì	Sì	RPCT, Internal Auditing, Owner dei processi
Aggiornamento e/o creazione del registro dei rischi	Aggiornare/Valutare i rischi specifici di corruzione seguendo la metodologia del CRSA	Registro dei rischi	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi, Innovazione e sviluppo organizzativo, Internal Auditing
Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità	Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR) Valutare/Monitorar l'efficacia delle misure di trattamento / controlli	Registro dei rischi	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi, Innovazione e sviluppo organizzativo, Internal Auditing
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Individuare le persone da formare sulla base dei criteri stabiliti in accordo con l'RPCT e inseriti nel PTPCT	Individuazione personale da formare nel Piano formativo aziendale	Sì	Sì	Sì	UOSD Formazione, RPCT
	Realizzare corsi in tema anticorruzione per l'anno 2022 come previsto dal presente piano	Elenco corsi in tema di prevenzione della corruzione e verifica attivazione	Sì	Sì	Sì	UOSD Formazione, RPCT
	Aggiornare nell'area intranet la sezione dedicata alla condivisione della metodologia di gestione del rischio, dei registri dei rischi e delle attività di miglioramento avviate	Area intranet dedicata aggiornata	Sì	Sì	Sì	RPCT, Internal Auditing
Garantire la rotazione ordinaria del personale o l'attuazione di misure alternative	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative per contrastare le tendenze di esclusività e favorire l'interscambiabilità	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi
	Predisposizione regolamento per la rotazione del personale nelle aree maggiormente a rischio del Dipartimento di prevenzione	Regolamento		Sì		RPCT, UOC Gestione risorse umane, Dipartimento di prevenzione

Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente	Adozione e diffusione procedura per rotazione straordinaria	Regolamento	Sì			UOC Gestione Risorse Umane, RPCT
Diffusione del codice di comportamento	Realizzare specifica formazione	Somministrazione FAD	Sì	Sì	Sì	UOSD Formazione, RPCT
	Predisposizione decalogo riassuntivo relativo alle principali regole di comportamento	Specifico documento da diffondere		Sì		RPCT, UOC Gestione risorse umane
Disciplina del conflitto di interesse	Definizione di moduli tipo aziendali per le diverse categorie di soggetti interessati dal conflitto d'interesse	Moduli tipo		Sì		RPCT, Referenti RPCT servizi interessati
	Controllo a campione dell'avvenuta raccolta delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi dei consulenti e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001	Report audit	Sì	Sì	Sì	RPCT, Internal Auditing
Garantire il rispetto della norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Richiesta delle dichiarazioni di incompatibilità alla Direzione strategica e al personale dirigente PTA già titolare di incarico Richiesta della dichiarazione di inconferibilità/incompatibilità ai dirigenti PTA titolari di nuovi incarichi	Pubblicazione dichiarazioni	Sì	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane
	Revisione modalità per acquisizione e verifica delle dichiarazioni	Procedura e modulistica		Sì		UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane, RPCT
Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione autocertificazioni e relativo controllo	Esiti delle verifiche	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi interessati (in particolare UOC provveditorato, UOC Economato e gestione logistica, UOC Servizi tecnici e patrimoniali, UOC Gestione risorse umane)

Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Aggiornamento regolamento aziendale per lo svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali e individuazione di una <i>black list</i> delle attività vietate	Regolamento e <i>black list</i>			Sì	UOC Gestione risorse umane, RPCT
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Documentazione di gara	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi interessati (in particolare UOC provveditorato, UOC Economato e gestione logistica, UOC Servizi tecnici e patrimoniali)
	Predisposizione modulistica ad hoc e clausole contrattuali	Modulo e clausola contrattuale	Sì			RPCT, UOC gestione risorse umane
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni	FAD, Audit Integrato	Sì	Sì	Sì	UOSD Formazione, RPCT, UOSD Sistemi di gestione della qualità
	Verifica ed eventuale revisione regolamento	Regolamento	Sì			RPCT
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Documentazione di gara	Sì		Sì	Owner dei processi interessati (in particolare UOC provveditorato, UOC Economato e gestione logistica, UOC Servizi tecnici e patrimoniali)
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 1 della delibera ANAC n. 50 del 4 luglio 2013 come aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'Allegato 3 del presente documento	Produzione e pubblicazione del dato come declinato dall'Allegato 3 della presente sezione del PIAO	Pubblicazione del dato	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Controllo di quanto pubblicato verificando completezza e formato del dato e l'osservanza dei termini di pubblicazione	Report controlli	Sì	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Verifica/aggiornamento del flusso informatizzato di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	Nuovo sistema gestione protocollo e delibere		Sì		

Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Alimentare e conseguentemente pubblicare il registro degli accessi, oscurando i dati che non vanno pubblicati, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri – contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale	Registro aggiornato pubblicato	Sì	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione (riportato anche nel registro)	Sì	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontare l'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al RPCT	30 giugno (eventuale) 30 novembre	30 giugno (eventuale) 30 novembre	30 giugno (eventuale) 30 novembre	Owner dei processi
	Verificare l'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report audit ed esiti verifiche a campione	Sì	Sì	Sì	RPCT, Internal Auditing, UOSD sistemi di gestione della qualità, Owner dei processi
	Riesame	Verbale di riesame	Sì	Sì	Sì	RPCT, OIV, Internal Auditing
Rendicontazione e diffusione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontare l'attuazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività e presentazione della rendicontazione ai referenti RPCT	Report monitoraggio finale attuazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza	28 febbraio	31 gennaio	31 gennaio	RPCT
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione, all'OIV e ai vari stakeholder	Redazione, trasmissione e pubblicazione Relazione ANAC	31 gennaio	31 gennaio	31 gennaio	RPCT
	Organizzare la giornata contro la corruzione	Evento	Sì	Sì	Sì	URP, RPCT

## **ALLEGATO 3**

# **OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	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) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <a href="#">link</a> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	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
		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		

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	<b>Burocrazia zero</b>	Art. 37, c. 3-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)		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016
<b>Organizzazione</b>		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. f), 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	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 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]	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 3, 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. 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. 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	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Nessuno

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	UOC Affari Generali e Legali	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	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	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 consulenze	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 consulenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	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 consulenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Tempestivo
			Per ciascun titolare di incarico:			

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. 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 e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. 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 e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 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 e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f) 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 e Legali (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 e Legali (obbligo sospeso)	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		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 e Legali	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 e Legali	Annuale (non oltre il 30 marzo)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	<b>INCARICHI DIRIGENZIALI. A QUALSIASI TITOLO CONFERITI. IVI INCLUSI QUELLI CONFERITI DISCREZIONALMENTE DALL'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO SENZA PROCEDURE PUBBLICHE DI SELEZIONE</b>  (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		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. g) 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. 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. 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. 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 inconfiribilità 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		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
		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 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		

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	<b>Dirigenti cessati</b>	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	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 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>Personale</b>	<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	UOC Gestione risorse umane	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)	

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	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 predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV  (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso  (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Performance</b>	<b>Sistema di misurazione e valutazione della Performance</b>	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo
	<b>Piano della Performance</b>	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Relazione sulla Performance</b>		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Ammontare complessivo dei premi</b>	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Dati relativi ai premi</b>	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi  (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	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
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		1) ragione sociale		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		3) durata dell'impegno		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per ciascuna delle società:		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016			Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>Enti controllati</b>	<b>Enti di diritto privato controllati</b>	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
	<b>Rappresentazione grafica</b>	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Dati aggregati attività amministrativa</b>	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)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b> 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)
		Monitoraggio tempi procedurali		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
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Provvedimenti organi indirizzo politico	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)	

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>Provvedimenti</b>	<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: 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
	<b>Provvedimenti dirigenti amministrativi</b>	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)
	<b>Provvedimenti dirigenti amministrativi</b>	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
<b>Controlli sulle imprese</b>		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>Bandi di gara e contratti</b>	<b>Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare</b>	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	UOC che gestiscono le procedure	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	<b>Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura</b>	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	UOC Servizi tecnici e patrimoniali UOC Provveditorato	Tempestivo
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni.	Per ciascuna procedura: <b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali UOC Provveditorato	Tempestivo	
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo	

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs n. 50/2016	<b>Avvisi e bandi</b> - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Affidamenti</b> Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art 21 del d.lgs n. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e uoi aggiornamenti		Obbligo abrogato dall'art. 217 c. 1, lett. ss-bis) D.Lgs. 50/2016 come modificato dall'art. 129 c. 1 lett. n) D.Lgs. 56/2017
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, 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)	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)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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		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)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato</b>	<b>Aggiornamento</b>
		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)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	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)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs 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)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	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)
	Canoni di locazione o affitto	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)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. C), d.lgs. N. 150/2009	UOC Controllo di gestione	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di gestione	Tempestivo

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	UOC Controllo di gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Organi di revisione amministrativa e contabile</b>		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Corte dei conti</b>		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Servizi erogati</b>	<b>Carta dei servizi e standard di qualità</b>	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Class action</b>	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
	<b>Costi contabilizzati</b>	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati  (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	UOC Controllo di gestione	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Liste di attesa</b>	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario)  (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Servizi in rete</b>	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	URP	Tempestivo	
<b>Pagamenti</b>	<b>Dati sui pagamenti</b>	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	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)
			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)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, 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)
			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)
	IBAN e pagamenti informatici	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)
Opere pubbliche	Nuclci di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	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)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	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)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	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)
Pianificazione e governo del territorio		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)
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, 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)
			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)
<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate  (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		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)
		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

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione		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
		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.AC. 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
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	UOC Affari Generali e Legali	Semestrale
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dat.gov.it">www.dat.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	UOSD Sistemi informativi	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	UOSD Sistemi informativi	Annuale

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato</b>	<b>Aggiornamento</b>
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	UOSD Sistemi informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
<b>Altri contenuti</b>	<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	....

# **ALLEGATO 4**

## **PIANO DEI FABBISOGNI**

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2021

Azienda

502 - Marca  
Trevigiana

		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive  Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione <sup>3</sup>	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
				-	-	-	-	-	-	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	-	-	-	-
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P	
				€ 440.475.911,51	-	-	-	-	€ 18.715.553,00	€ 3.779.298,38	-	-	-	-	-	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.214,97	248,88	€ 131.676.664,15	€ -	€ 4.666.035,14	€ 501.888,47	€ 720.085,44	€ 16.937.575,47	€ 3.438.075,76	€ -	€ 122.452,17	€ 118.000,82	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	63,32	7,00	€ 6.897.531,39	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 25.798,37	€ -	€ -	€ 26.865,41	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	150,32	91,31	€ 13.558.518,36	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.777.977,54	€ -	€ -	€ 1.331.879,39	€ 2.870,09	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	29,14	0,00	€ 2.903.137,77	€ 217.838,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.457,75</b>	<b>347,19</b>	<b>€ 155.035.851,67</b>	<b>€ 217.838,83</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 501.888,47</b>	<b>€ 720.085,44</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.463.874,13</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 122.452,17</b>	<b>€ 1.476.745,62</b>	<b>€ 2.870,09</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.707,15	0,00	€ 154.868.859,44	€ 40.617,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	457,11	0,00	€ 18.618.682,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.304,08	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	392,60	1,00	€ 13.075.319,42	€ 1.720.098,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 25.002,74	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	184,78	0,00	€ 7.128.071,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	1,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	T	1.568,09	0,00	€ 48.997.055,98	€ 1.257.344,85	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	516,59	23,00	€ 16.314.732,69	€ 1.583.526,88	€ -	€ -	€ 11.313,00	€ -	€ -	€ -	€ 341.499,26	€ 8.000,88	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	717,06	5,00	€ 24.861.010,77	€ 456.302,20	€ -	€ -	€ 5.404,08	€ -	€ 54.554,84	€ -	€ -	€ 34.896,72	€ -	
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.543,38</b>	<b>30,00</b>	<b>€ 283.863.731,40</b>	<b>€ 5.057.890,11</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 16.717,08</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 54.554,84</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 414.702,80</b>	<b>€ 8.000,88</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.001,13</b>	<b>377,19</b>	<b>€ 438.899.583,07</b>	<b>€ 5.275.728,94</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 501.888,47</b>	<b>€ 736.802,52</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.518.428,97</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 122.452,17</b>	<b>€ 1.891.448,42</b>	<b>€ 10.870,97</b>	<b>€ -</b>

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2022

Azienda

502 - Marca  
Trevigiana

Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI								
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
				-	-	-	-	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	CONSPECICO FINANZIAMENTO <sup>4</sup>	-	-	-		
				€ 440.475.911,51	-	-	-	-	€ 18.715.553,00	€ 3.779.298,38			-	-	-	
				C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.276,57	230,88	€ 132.427.814,55	€ -	€ 4.666.035,14	€ 501.888,47	€ 793.440,67	€ 16.937.575,47	€ 3.403.582,61	€ -	€ 290.826,00	€ 149.325,09	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	59,71	6,00	€ 6.809.490,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 132.889,24	€ -	€ -	€ 53.605,22	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	156,54	83,31	€ 13.703.450,03	€ -	€ -	€ -	€ 11.467,62	€ 1.777.977,54	€ -	€ -	€ -	€ 1.629.090,59	€ 2.876,40	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	27,13	0,00	€ 2.796.129,37	€ 98.695,08	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.519,95</b>	<b>320,19</b>	<b>€ 155.736.884,66</b>	<b>€ 98.695,08</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 501.888,47</b>	<b>€ 804.908,29</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.536.471,86</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 290.826,00</b>	<b>€ 1.832.020,89</b>	<b>€ 2.876,40</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.763,38	0,00	€ 155.463.182,43	€ 25.205,81	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	474,36	1,00	€ 18.801.005,93	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.333,32	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	396,59	1,00	€ 13.118.337,29	€ 1.740.715,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 25.002,74	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	196,24	0,00	€ 7.249.197,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	1.561,45	0,00	€ 48.946.121,74	€ 1.263.655,01	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	519,69	19,00	€ 16.341.935,94	€ 1.634.310,87	€ -	€ -	€ 13.110,55	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 445.345,71	€ 8.000,88	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	714,75	4,00	€ 24.818.707,87	€ 534.251,22	€ -	€ -	€ 5.390,60	€ -	€ 49.826,52	€ -	€ -	€ 48.747,46	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.626,46</b>	<b>25,00</b>	<b>€ 284.738.488,72</b>	<b>€ 5.198.138,85</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 18.501,15</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 49.826,52</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 532.429,23</b>	<b>€ 8.000,88</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.146,41</b>	<b>345,19</b>	<b>€ 440.475.373,38</b>	<b>€ 5.296.833,93</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 501.888,47</b>	<b>€ 823.409,44</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 290.826,00</b>	<b>€ 2.364.450,12</b>	<b>€ 10.877,28</b>	<b>€ -</b>	

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023

Azienda

502 - Marca  
Trevigiana

Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI A	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI B	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI							
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario C	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup> D	Costo Prestazioni Aggiuntive E	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento F	Costo Personale Universitario G	Costo SAI H	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 I	Costo Somministrazione L	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 N	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 M	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup> O	Altre Tipologie P
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
				€ 440.475.911,51	-	-	-	-	€ 18.715.553,00	€ 3.779.298,38	-	-	-	-	-
				€ 440.475.911,51	-	-	-	-	€ 18.715.553,00	€ 3.779.298,38	-	-	-	-	-
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>															
Dirigenza medica	S	1.276,57	230,88	€ 132.427.814,55	€ -	€ 4.666.035,14	€ 550.726,00	€ 793.440,67	€ 16.937.575,47	€ 3.403.582,61	€ -	€ -	€ 149.325,09	€ -	€ -
Dirigenza veterinaria	S	59,71	6,00	€ 6.809.490,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 132.889,24	€ -	€ -	€ 53.605,22	€ -	€ -
Dirigenza sanitaria	S	156,54	83,31	€ 13.703.450,03	€ -	€ -	€ -	€ 11.467,62	€ 1.777.977,54	€ -	€ -	€ -	€ 1.629.090,59	€ 2.876,40	€ -
Dirigenza ruoli PTA	PTA	27,13	0,00	€ 2.796.129,37	€ 98.695,08	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.519,95</b>	<b>320,19</b>	<b>€ 155.736.884,66</b>	<b>€ 98.695,08</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 550.726,00</b>	<b>€ 804.908,29</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.536.471,86</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 1.832.020,89</b>	<b>€ 2.876,40</b>	<b>€ -</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>															
Personale infermieristico/ostetrico	S	3.763,38	0,00	€ 155.463.182,43	€ 25.205,81	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Personale tecnico sanitario	S	474,36	1,00	€ 18.801.005,93	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.333,32	€ -	€ -
Personale della riabilitazione	S	396,59	1,00	€ 13.118.337,29	€ 1.740.715,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 25.002,74	€ -	€ -
Personale della prevenzione	S	196,24	0,00	€ 7.249.197,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
OSS/OTAA	T	1.561,45	0,00	€ 48.946.121,74	€ 1.263.655,01	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	519,69	19,00	€ 16.341.935,94	€ 1.634.310,87	€ -	€ -	€ 13.110,55	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 445.345,71	€ 8.000,88	€ -
Personale ruolo amministrativo professionale	PA	714,75	4,00	€ 24.818.707,87	€ 534.251,22	€ -	€ -	€ 5.390,60	€ -	€ 49.826,52	€ -	€ -	€ 48.747,46	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.626,46</b>	<b>25,00</b>	<b>€ 284.738.488,72</b>	<b>€ 5.198.138,85</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 18.501,15</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 49.826,52</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 532.429,23</b>	<b>€ 8.000,88</b>	<b>€ -</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.146,41</b>	<b>345,19</b>	<b>€ 440.475.373,38</b>	<b>€ 5.296.833,93</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 550.726,00</b>	<b>€ 823.409,44</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.364.450,12</b>	<b>€ 10.877,28</b>	<b>€ -</b>

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024

Azienda

502 - Marca  
Trevigiana

Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI A	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI B	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI							
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario C	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup> D	Costo Prestazioni Aggiuntive E	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento F	Costo Personale Universitario G	Costo SAI H	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 I	Costo Somministrazione L	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 N	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 CONSPECICO FINANZIAMENTO <sup>4</sup> M	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup> O	Altre Tipologie P
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
				€ 440.475.911,51	-	-	-	-	€ 18.715.553,00	€ 3.779.298,38					
				€ 132.427.814,55	€ -	€ 4.666.035,14	€ 550.726,00	€ 793.440,67	€ 16.937.575,47	€ 3.403.582,61	€ -	€ -	€ 149.325,09	€ -	€ -
Dirigenza medica	S	1.276,57	230,88	€ 132.427.814,55	€ -	€ 4.666.035,14	€ 550.726,00	€ 793.440,67	€ 16.937.575,47	€ 3.403.582,61	€ -	€ -	€ 149.325,09	€ -	€ -
Dirigenza veterinaria	S	59,71	6,00	€ 6.809.490,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 132.889,24	€ -	€ -	€ 53.605,22	€ -	€ -
Dirigenza sanitaria	S	156,54	83,31	€ 13.703.450,03	€ -	€ -	€ -	€ 11.467,62	€ 1.777.977,54	€ -	€ -	€ -	€ 1.629.090,59	€ 2.876,40	€ -
Dirigenza ruoli PTA	PTA	27,13	0,00	€ 2.796.129,37	€ 98.695,08	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.519,95</b>	<b>320,19</b>	<b>€ 155.736.884,66</b>	<b>€ 98.695,08</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 550.726,00</b>	<b>€ 804.908,29</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.536.471,86</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 1.832.020,89</b>	<b>€ 2.876,40</b>	<b>€ -</b>
Personale infermieristico/ostetrico	S	3.763,38	0,00	€ 155.463.182,43	€ 25.205,81	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Personale tecnico sanitario	S	474,36	1,00	€ 18.801.005,93	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.333,32	€ -	€ -
Personale della riabilitazione	S	396,59	1,00	€ 13.118.337,29	€ 1.740.715,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 25.002,74	€ -	€ -
Personale della prevenzione	S	196,24	0,00	€ 7.249.197,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
OSS/OTAA	T	1.561,45	0,00	€ 48.946.121,74	€ 1.263.655,01	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	519,69	19,00	€ 16.341.935,94	€ 1.634.310,87	€ -	€ -	€ 13.110,55	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 445.345,71	€ 8.000,88	€ -
Personale ruolo amministrativo professionale	PA	714,75	4,00	€ 24.818.707,87	€ 534.251,22	€ -	€ -	€ 5.390,60	€ -	€ 49.826,52	€ -	€ -	€ 48.747,46	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.626,46</b>	<b>25,00</b>	<b>€ 284.738.488,72</b>	<b>€ 5.198.138,85</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 18.501,15</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 49.826,52</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 532.429,23</b>	<b>€ 8.000,88</b>	<b>€ -</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.146,41</b>	<b>345,19</b>	<b>€ 440.475.373,38</b>	<b>€ 5.296.833,93</b>	<b>€ 4.666.035,14</b>	<b>€ 550.726,00</b>	<b>€ 823.409,44</b>	<b>€ 18.715.553,00</b>	<b>€ 3.586.298,38</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.364.450,12</b>	<b>€ 10.877,28</b>	<b>€ -</b>

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

## Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2021

### 502 - Marca Trevigiana

	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	1.482	0	0	12	0
	Dirigenza veterinaria	S	63	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	167	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	44	3	0	0	0
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.756</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.960	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	504	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	370	50	2	0	0
	Personale della prevenzione	S	205	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	T	1.569	54	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	574	40	12	2	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	957	16	12	1	0
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>8.138</b>	<b>161</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>			<b>9.894</b>	<b>164</b>	<b>26</b>	<b>15</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.

Il Direttore Generale

## Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2022

### 502 - Marca Trevigiana

	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	1.438	0	0	15	0
	Dirigenza veterinaria	S	63	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	170	0	0	1	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	44	3	0	0	0
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.715</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	4.021	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	505	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	376	50	2	0	0
	Personale della prevenzione	S	200	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	T	1.584	54	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	587	40	12	2	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	912	16	12	1	0
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>8.185</b>	<b>161</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>			<b>9.900</b>	<b>164</b>	<b>26</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.

Il Direttore Generale

**Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2022 -**

**Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019**

**Attività da internalizzare**

(indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)

**502 - Marca Trevigiana**

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

			<b>DIPENDENTI</b>		
	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
				€	€
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>0,00</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/OTAA	T	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>0,00</b>	€ -	€ -
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>0,00</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 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023 -  
 Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019**

<b>Attività da internalizzare</b> (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)					
<b>502 - Marca Trevigiana</b>			<b>Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € -</b>		
			<b>DIPENDENTI</b>		
	<b>Macroprofili</b>	<b>Ruolo</b>	<b>Dipendenti FTE ANNUI</b>	<b>Costo Dipendenti Bilancio Sanitario</b>	<b>Costo Dipendenti Bilancio Sociale</b>
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
				€ -	€ -
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	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/OTAA	T	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>0,00</b>	<b>€ -</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 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024 -  
 Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019**

<b>Attività da internalizzare</b> (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)					
<b>502 - Marca Trevigiana</b>			<b>Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € -</b>		
			<b>DIPENDENTI</b>		
	<b>Macroprofili</b>	<b>Ruolo</b>	<b>Dipendenti FTE ANNUI</b>	<b>Costo Dipendenti Bilancio Sanitario</b>	<b>Costo Dipendenti Bilancio Sociale</b>
			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
			€ -	€ -	-
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>0,00</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/OTAA	T	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>0,00</b>	€ -	€ -
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>0,00</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

---