

RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI
VALUTAZIONE, DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'

ANNO 2019

AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

*Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS 2 Marca
Trevigiana*

<i>Autori documento</i>	<i>Ruolo</i>
Dr. Francesco Bevere	Presidente Organismo Indipendente di Valutazione
Dr. Mauro Bonin	Componente Organismo Indipendente di Valutazione
Dr.ssa Diana Trabuio	Componente Organismo Indipendente di Valutazione

SOMMARIO

1	Scopo del documento.....	3
2	Premessa	3
3	Ciclo di gestione della performance	4
	Performance organizzativa	4
	A) Piano performance 2019-2021 e documento direttive 2019.....	5
	B) Gli obiettivi regionali	5
	C) Budget per le articolazioni organizzative	6
	D) Rinegoziazione di budget 2019	7
	E) Monitoraggio obiettivi Piano performance 2019-2021 e documento direttive 2019.....	7
	F) Valutazione a consuntivo degli obiettivi performance organizzativa.....	8
	Performance individuale	8
	Sistema premiante	9
4	Piano triennale aziendale prevenzione corruzione e trasparenza	10
5	Conclusioni.....	14

1 SCOPO DEL DOCUMENTO

Lo scopo del documento è illustrare il funzionamento complessivo del ciclo di gestione della performance dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, e le modalità di gestione dei processi e delle attività messe in atto per la trasparenza e l'integrità ed anche la prevenzione della corruzione, relativamente all'anno 2019. Inoltre sono riportate le osservazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione rispetto a tutti questi temi.

2 PREMESSA

La presente relazione è redatta dall'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana in conformità a quanto previsto dalla DGRV 140/2016 e dall'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009. Tale Organismo, nominato con delibera n. 306/2016 per il triennio 2016-2018, e riconfermato con delibera n. 675/2019 per il triennio 2019-2021, è composto da:

- Dott. Francesco Bevere – presidente
- Dott. Mauro Bonin
- Dott.ssa Diana Trabuio

Il presente documento è composto di tre parti:

- Prima parte: Ciclo delle performance. Si illustra il ciclo della performance nell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana presente nell'anno 2019 distinguendo tra performance organizzativa e performance individuale. L'analisi della performance organizzativa illustra le modalità di programmazione aziendale, il sistema di misurazione ed infine il sistema di valutazione adottato per valutare i risultati delle schede di budget anno 2019; nella parte relativa alla performance individuale si descrive il percorso effettuato per l'assegnazione degli obiettivi e la loro valutazione.
- Seconda parte: Prevenzione Corruzione e Trasparenza. Illustra quanto sviluppato su questo tema nell'anno 2019 con particolare riferimento all'adozione del Programma Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2019-2021;
- Conclusioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione sui temi sopraesposti.

3 CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Per l'anno 2019, il ciclo della performance organizzativa si compone delle seguenti fasi:

- a) Definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali: Piano Performance 2019-2021 e Documento Direttive 2019
- b) Assegnazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative aziendali (Strutture Operative, Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale) tramite la negoziazione del budget
- c) Rinegoziazione di budget anno 2019
- d) Monitoraggio degli obiettivi
- e) Valutazione del raggiungimento degli obiettivi anno 2019

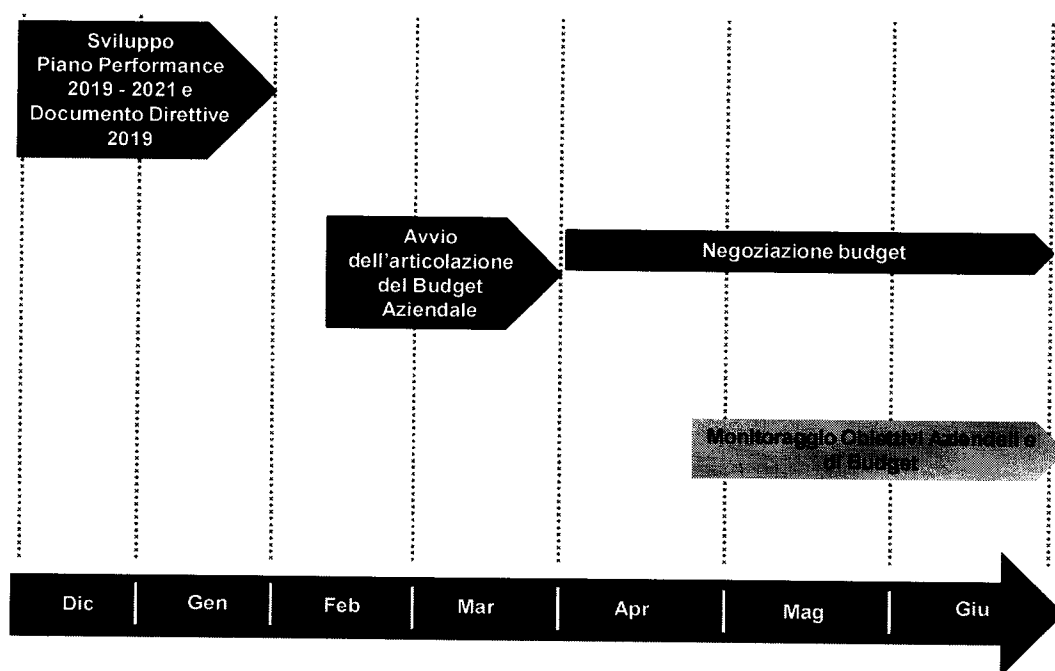


Fig. 1 Le fasi di avvio del processo di programmazione - ciclo di gestione della performance organizzativa

A) PIANO PERFORMANCE 2019-2021 E DOCUMENTO DIRETTIVE 2019

L'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana con deliberazione n. 2324 del 27 dicembre 2018 ha adottato il *Piano della Performance 2019-2021 e il Documento di Direttive 2019* quale documento di programmazione e pianificazione aziendale; tale piano è stato successivamente aggiornato con la deliberazione n. 1558 dell'8 agosto 2019, con cui è stato approvato il budget per centro di responsabilità anno 2019.

La pianificazione strategica si concretizza nella definizione degli obiettivi strategici, ovvero negli obiettivi pluriennali di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali. La definizione di tali obiettivi discende dall'analisi del contesto avvenuta tramite la raccolta ed analisi di una serie di elementi di input, sia interni che esterni all'azienda. Per ogni obiettivo strategico, la Direzione Generale ha esplicitato le linee in indirizzo che individuano le aree prioritarie di intervento e consentono alle strutture produttive e di supporto di comprendere quali strategie mettere in atto nel proprio ambito.

Dagli obiettivi strategici sono stati articolati gli obiettivi operativi (livello operativo) annuali distinti per gli anni 2019, 2020 e 2021. Per ogni obiettivo operativo annuale sono stati individuati:

- gli indicatori da monitorare per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo;
- i valori soglia;
- le Strutture Operative interessate.

Parallelamente al processo di programmazione aziendale, sono stati inoltre individuati obiettivi specifici per il primo trimestre 2019, al raggiungimento dei quali è stata subordinata l'erogazione dell'acconto della retribuzione di risultato e del compenso di produttività relativi al primo trimestre.

B) GLI OBIETTIVI REGIONALI

Con Decreto n. 23 del 6 febbraio 2019 "Limiti di costo di riferimento per la predisposizione del Bilancio Economico Preventivo (BEP) per gli enti del SSR" e successivo aggiornamento con decreto n. 43 del 11 aprile 2019 "Limiti di costo degli enti del SSR 2019 - Modifica delle disposizioni" la Regione ha assegnato i limiti di costo in materia di personale, investimenti, specialistica ambulatoriale interna e beni sanitari delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto e di Azienda Zero per l'anno 2019.

Con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 248 dell'8 Marzo 2019 "*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019*" la Regione ha definito gli obiettivi di salute e di funzionamento per l'anno 2019.

Successivamente con nota prot. n. 188458 del 14 Maggio 2019 ha trasmesso alla nostra Azienda il documento "*Vademecum Obiettivi DG 2019 DGR 248/2019 - Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi (Versione 1.0 del 13 maggio 2019)*" contenente le schede caratteristiche di ogni indicatore al fine di poter impostare correttamente le metodologie di calcolo. L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha analizzato i dati dei singoli obiettivi regionali per l'anno 2019 ed ha integrato detti obiettivi con gli altri obiettivi aziendali dell'anno di riferimento.

Al fine di individuare le componenti aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi regionali e, quindi, dei relativi indicatori di performance, si è proceduto ad analizzare nel dettaglio gli obiettivi regionali con i Direttori di Area e i Direttori di Struttura Operativa. Questa analisi condivisa è stata la premessa per declinare gli obiettivi regionali, divenuti obiettivi aziendali assegnati, tramite il processo di budget, alle Strutture Operative e successivamente, alle Unità Operative Complesse o Semplici a Valenza Dipartimentale.

C) BUDGET PER LE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE

Da gennaio 2019 ha avuto inizio il processo di articolazione degli obiettivi per i diversi livelli organizzativi secondo il nuovo piano dei Centri di Responsabilità redatto sulla base del nuovo atto aziendale, approvato con deliberazione del direttore generale n. 143 del 25 gennaio 2018.

I Responsabili di Struttura Operativa, che rappresentano la Direzione Aziendale, e i Responsabili di Unità Operativa, coadiuvati dai coordinatori delle professioni sanitarie di dipartimento, hanno negoziato il budget per ciascun CdR. La negoziazione del budget si è conclusa nei mesi di Marzo 2019 per l'area amministrativa, nel mese di Aprile 2019 per Dipartimento di Prevenzione, l'area territoriale e sociale e nel mese di Giugno 2019 per l'Area Ospedale.

Ad ogni articolazione organizzativa, rappresentata dalla Struttura Operativa, Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale, corrisponde una scheda di budget contenente obiettivi coerenti con quanto previsto dal "Piano delle Performance 2019-2021 e Documento Direttive 2019".

Di seguito si riportano le fasi che hanno portato alla negoziazione di budget per le diverse articolazioni organizzative:

- Negoziazione di budget di Struttura tecnico funzionale: sulla base degli obiettivi operativi presenti nel Piano Performance i Direttori di Area negoziano le schede di budget della Struttura tecnico funzionale con i relativi Direttori sulla base di una scheda predisposta dalla U.O.C. Controllo di Gestione.
- Articolazione degli obiettivi operativi sui CdR: i Direttori di Struttura tecnico funzionale e i Direttori di Area declinano gli obiettivi operativi aziendali indicati nel Piano delle Performance e Documento Direttive in obiettivi di CdR.
- Proposta di pesatura delle schede di budget di CdR: l'U.O.C. Controllo di Gestione predispone le schede di budget contenenti quattro categorie di indicatori:
 - Indicatori derivanti da Obiettivi Regionali
 - Indicatori derivanti da Piano delle Performance
 - Indicatori specifici
 - Indicatori di Attività e Risorse.

I Direttori di Struttura tecnico funzionale e i Direttori di Area individuano gli obiettivi da pesare nelle schede di CdR, garantendo la coerenza tra gli obiettivi di budget e gli obiettivi aziendali indicati nel Piano delle Performance.

- Analisi delle schede di budget: i Direttori di Dipartimento, i Direttori di CdR, con il coinvolgimento del personale del CdR, analizzano la situazione che emerge dai dati inseriti nelle schede di budget, valutano la proposta di pesatura da parte dei Direttori di Struttura tecnico funzionale e definiscono una eventuale controproposta.
- Negoziazione budget di CdR: durante un incontro tra il Direttore di Struttura tecnico funzionale, che rappresenta il Direttore Generale e i Direttori di CdR e i titolari di incarichi di funzione, si negoziano gli obiettivi delle schede di budget. Al termine delle negoziazioni, l'U.O.C. Controllo di Gestione verifica che l'articolazione degli obiettivi pesati sia coerente con gli obiettivi operativi aziendali precedentemente deliberati nel Piano delle Performance. Nel caso sia necessario, si modifica il Piano delle Performance e conseguentemente si delibera nuovamente il Piano, unitamente alle singole schede di budget.
- Delibera schede di budget: il Direttore Generale ha approvato le schede di budget negoziate con

deliberazione n. 1558 del 8/08/2019.

D) RINEGOZIAZIONE DI BUDGET 2019

Secondo la normativa di riferimento il processo della programmazione aziendale non si esaurisce con l'approvazione del budget, ma comporta una revisione continua e sistemica dello stesso al fine di misurare nel tempo il grado di raggiungimento degli obiettivi; ciò consente di adottare eventuali cambiamenti o azioni correttive sia a seguito del monitoraggio delle attività e dei costi, che dall'analisi dello stato avanzamento degli obiettivi.

Pertanto si è provveduto ad avviare il sistema di monitoraggio degli obiettivi di Azienda, nei due livelli di Struttura operativa e Unità Operative Complesse/Semplici a Valenza Dipartimentale, al fine di evidenziare eventuali scostamenti tra quanto previsto e quanto realizzato, oltre che di consentire ai Responsabili di definire eventuali azioni correttive.

Il percorso di rinegoziazione delle schede di budget ha consentito quindi di revisionare gli obiettivi in termini di peso e di valore soglia, anche a seguito del monitoraggio periodico delle schede, definendo in maniera più precisa alcuni indicatori recependo altresì le modifiche contenute nella versione 2.0 del Vademecum Illustrativo degli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del SSR per l'anno 2019 Ver.2.0 (DGR 248/2019) trasmessa dalla Regione Veneto con nota protocollo n. 386287 del 6 settembre 2019.

Le schede di budget rinegoziate sono state adottate con deliberazione del Direttore Generale n. 2129 del 31/10/2019 avente oggetto *"Rinegoziazione del budget per Centro di Responsabilità anno 2019 dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana"*.

E) MONITORAGGIO OBIETTIVI PIANO PERFORMANCE 2019-2021 E DOCUMENTO DIRETTIVE 2019

Al fine di conseguire gli obiettivi strategici e operativi contenuti nel Piano Performance 2019-2021 e Documento Direttive 2019, l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance con riferimento alle proprie articolazioni organizzative e di responsabilità.

Il monitoraggio avviene sulla base delle seguenti rilevazioni:

- dati di attività e di costo: il monitoraggio viene attuato a partire dai dati presenti nel datawarehouse aziendale (flusso dati informativi aziendali);
- dati relativi ad indicatori non monitorati informaticamente, comunicati su richiesta del Controllo di Gestione dal referente per il monitoraggio dello specifico obiettivo.

Per ogni obiettivo pesato viene assegnato un peso ottenuto secondo queste modalità:

- al 100% o 0% nel caso di obiettivo sì/no;
- in modo proporzionale negli altri casi.

Il Controllo di Gestione mette a disposizione della Direzione Aziendale e dei Responsabili di Unità Operativa i seguenti strumenti di monitoraggio:

- 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).

Questi report qlik rappresentano una evoluzione della reportistica rispetto ai report periodici prodotti in pdf: si tratta infatti di strumenti che consentono selezioni multiple da parte dell'utente tali da rendere lo strumento interattivo, personalizzabile e flessibile rispetto al fabbisogno informativo di chi consulta il report. Inoltre sono strumenti che si aggiornano automaticamente con l'aggiornamento delle tabelle del datawarehouse aziendale.

I risultati rispetto agli obiettivi di budget raggiunti in corso dell'anno costituiscono il presupposto per il pagamento degli acconti di retribuzione di risultato e compenso per la produttività, sulla base degli accordi sindacali vigenti. I report sono poi a disposizione dei Direttori di S.O./Dipartimento/U.O.C./U.O.S.D. ognuno per la parte di propria competenza.

A fronte di uno scostamento negativo rispetto agli obiettivi di budget da raggiungere a fine anno, i Direttori di S.O./Dipartimento/U.O.C./U.O.S.D. sono tenuti ad attivare le azioni correttive necessarie.

F) VALUTAZIONE A CONSUNTIVO DEGLI OBIETTIVI PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

L'unità operativa Controllo di Gestione provvede alla misurazione degli indicatori relativi agli obiettivi definiti nelle schede di budget di struttura operativa e di unità operativa complessa e unità operativa semplice dipartimentale.

I Responsabili di Struttura Operativa effettuano la valutazione dei risultati delle articolazioni organizzative loro afferenti secondo l'Atto Aziendale, e qualora ritenuto necessario, presentano le proposte di modifica alla Direzione Strategica (valutazione di 1^a istanza). Il Direttore competente per Area si esprime in 2^a istanza confermando o modificando le proposte formulate dai Responsabili di Struttura Operativa.

L'OIV nella seduta del 25 giugno 2020, dopo aver analizzato i risultati di budget dei Centri di Responsabilità e in particolare le valutazioni di 1^a e 2^a istanza, ha validato il processo di valutazione della performance organizzativa.

PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il sistema aziendale per la valutazione individuale del personale dipendente (sia con rapporto di lavoro a tempo determinato che indeterminato) è basato su schede di valutazione approvate con specifici accordi dalle organizzazioni sindacali. Per la compilazione delle schede è attivo un sistema telematico di redazione e gestione di tutto il processo.

La valutazione della performance individuale avviene quindi con il processo di valutazione attraverso lo strumento della scheda di valutazione individuale. Ogni dipendente viene valutato anche in rapporto al proprio contributo dato al raggiungimento degli obiettivi e questa valutazione avrà impatto sulla retribuzione incentivante secondo quanto deciso in sede di contrattazione integrativa con le organizzazioni sindacali di categoria.

Sono previste 4 tipologie di scheda, rispettivamente per i dirigenti responsabili di Unità Organizzativa Complessa e Unità Semplice a Valenza Dipartimentale, per i dirigenti con incarico di struttura semplice o incarichi professionali, per il personale del comparto con incarichi di coordinamento o posizione organizzativa e per il personale del comparto.

La valutazione della performance individuale viene fatta dal responsabile di CdR, e comunque dal suo superiore gerarchico, secondo l'articolazione organizzativa aziendale e avviene attraverso lo strumento della scheda individuale che tiene conto sia degli aspetti professionali che di quelli comportamentali. Punto di forza della valutazione è l'assegnazione, per ogni dipendente, di obiettivi individuali e/o di

equipe declinabili direttamente dagli obiettivi di budget oppure individuabili tra quelli resi disponibili a sistema mediante una "banca degli obiettivi", frutto di un lavoro di più anni sviluppato dal Servizio Professioni Sanitarie aziendale. Per i dirigenti è prevista l'autovalutazione, che sarà poi sottoposta alla conferma da parte del responsabile gerarchico (valutatore del dirigente).

Al termine del processo per ogni dipendente viene determinato un punteggio in base al quale viene stabilita la quota di produttività/retribuzione di risultato spettante secondo quanto concordato in sede di contrattazione integrativa con le organizzazioni sindacali di categoria.

Il processo concorre anche nella valutazione periodica degli incarichi da parte dell'organismo professionale specifico (Collegio Tecnico per la dirigenza del ruolo sanitario) in coerenza con le norme contrattuali vigenti.

L'Azienda ritiene strategico lo sviluppo del progetto di formazione specifica (già erogata nell'anno 2019 per i valutatori e coordinatori). Le figure ora coinvolte saranno sia i valutati ma anche i valutatori di secondo livello.

Nella seduta del 30 giugno 2020 sono stati illustrati il percorso e i risultati per l'anno 2019.

Per quanto riguarda il processo di valutazione individuale è evidente che l'Azienda ha sviluppato un importante percorso di crescita e maturato una stabilità del sistema, tenendo costantemente monitorate le fasi dell'intero processo e investendo molto anche nei percorsi formativi.

SISTEMA PREMIANTE

La valutazione della performance individuale costituisce condizione per l'erogazione delle quote di produttività collettiva/retribuzione del risultato. L'Azienda ha quindi raggiunto la completa integrazione con il sistema della premialità in misura omogenea per tutti i distretti.

4 PIANO TRIENNALE AZIENDALE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA

Viste le modifiche organizzative conseguenti al nuovo Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 143 del 25/01/2018, e considerato l'elenco dei processi aziendali trasmesso dall'Azienda Zero, con nota prot. n. 14934 del 16/11/2018, il Piano triennale aziendale prevenzione corruzione e trasparenza (PTPC) 2019-2021 si è prefissato come obiettivo quello di aggiornare i processi aziendali di concerto con l'Internal Auditing partendo dai 42 processi per le aree di rischio di corruzione individuati nel 2018 e considerando quanto definito a livello regionale.

L'attenzione maggiore continua ad essere rivolta all'omogeneizzazione dei processi amministrativi a livello aziendale e all'adozione di una metodologia di gestione del rischio condivisa con l'Internal Auditing in modo da identificare, valutare e quindi trattare rischi di varia natura (amministrativo-contabili, di compliance, di frode). Inoltre, in continuità con l'anno 2018, sono state garantite le misure generali di contenimento dei rischi con un focus particolare su:

- monitoraggio degli obblighi legati alla pubblicazione dei dati (piano della Trasparenza);
- formazione (a valenza specifica e generale);
- tutela del whistleblower;
- applicazione del Patto di integrità;
- accesso civico;
- rafforzamento trasparenza e acquisti.

Il PTPC 2019-2021 ha definito 20 obiettivi da raggiungere entro l'anno 2019 con un livello di attuazione superiore al 90%. Per rendere efficace l'attuazione del PTPC 2019-2021 l'Azienda ha provveduto all'integrazione di tale piano con il sistema di misurazione e valutazione della performance così come indicato dall'art. 7 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, definendo obiettivi operativi legati al tema dell'anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda si è impegnata a coinvolgere tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'Amministrazione (c.d. portatori di interesse/stakeholder) al fine di favorire l'invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2020-2022.

Tale impegno si è concretizzato con:

- la pubblicazione, nel sito internet aziendale, di un Avviso rivolto ai portatori di interesse/stakeholder, mettendo in consultazione il PTPC, con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 10/01/2020, 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;
- la predisposizione di un modulo, pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente", che consente di fornire contributi, suggerimenti o proposte.

GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE - MAPPATURA DEI PROCESSI

Nell'anno 2019 sono stati individuati e valutati 81 processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale. Di tali processi, 50 sono stati classificati a medio-alto rischio di corruzione, con indice di rischio medio e rilevante, secondo l'applicazione della metodologia dell'Allegato 3 **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** del PTPCT 2019-2021.

Per 38 processi è stato stilato un registro dei rischi contenente le misure di trattamento e la relativa autovalutazione sulla loro efficacia (attuale per le misure già implementate e attesa su quelle future), adottando la metodologia del *Control Risk Self-Assessment* (CRSA), condivisa da Azienda Zero per l'ambito dell'Internal Auditing.

MISURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Formazione

L'ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato 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 rischio che riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione, nonché tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto dai vari soggetti nell'Azienda.

Nel 2019, in particolare, sono stati attivati corsi a valenza generale con tema anticorruzione, con modalità e-learning (FAD - formazione a distanza) al fine di facilitare la partecipazione al corso e creare un contesto favorevole alla legalità.

Per quanto riguarda i corsi a valenza specifica, con il supporto dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, dell'UOSD Internal Auditing e dell'UOC Affari Generali, il RPCT ha organizzato 2 edizioni del corso "Risk management in ambito anticorruzione e internal auditing" in data 14 maggio 2019 e 29 maggio 2019 a cui hanno partecipato 67 persone alla prima giornata e 60 persone alla seconda giornata. In tale corso, dopo avere presentato il piano, sono state descritte le misure generali per la prevenzione della corruzione ed è stata illustrata la metodologia ISO 31000:2018 da adottare per la gestione dei rischi di corruzione e per la relativa definizione ed implementazione di misure specifiche.

Inoltre, 16 sono stati i dipendenti che hanno partecipato, con finanziamento aziendale, a 8 corsi in tema di corruzione presso agenzie esterne.

E' stato anche realizzato il corso "Novità in materia di appalti pubblici", in data 5 e 6 dicembre 2019, rivolto al personale amministrativo dei servizi provveditorato ed economato aziendali, che ha coinvolto 32 dipendenti.

Oltre a tutto ciò è stata creata un'apposita sezione dell'intranet aziendale denominata "Prevenzione della corruzione", al cui interno si trovano contenuti relativi alle misure generali di prevenzione della corruzione, volti a sensibilizzare i dipendenti dell'Azienda a queste tematiche ed è stato fornito, da parte dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, supporto metodologico per l'esecuzione delle attività previste nell' Allegato 2 del PTPCT e collegate agli indicatori delle schede di budget delle UO amministrative e del dipartimento di prevenzione.

Codice di comportamento e conflitto di interessi

Nell'anno 2019 è stato predisposto un aggiornamento del Codice di comportamento aziendale che sarà revisionato nel 2020 alla luce delle "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche" approvate da ANAC con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020.

Per quanto riguarda la regolamentazione del conflitto di interesse l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

ha adottato diversi provvedimenti, tra cui:

- 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. 2199 del 13/12/2018;
- 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.

In Azienda, nei gruppi tecnici nominati per la progettazione delle gare e nelle commissioni giudicatrici viene individuata 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.

Come programmato nel PTPCT 2019 – 2021, con DDG n. 2502 del 19 dicembre 2019, è stato adottato un regolamento aziendale, che disciplina i casi, le modalità e le condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (anche non retribuiti) da parte dei dipendenti dell'area dirigenziale e del comparto e le procedure per l'ottenimento della prescritta preventiva autorizzazione da parte dell'azienda.

Inoltre, nell'anno 2019 è stata altresì definita una procedura relativa alle modalità di verifica del conflitto di interessi relativo allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali del personale universitario.

Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblowing)

L'Azienda con deliberazione n. 287 del 14/02/2019 ha adottato il "*Regolamento concernente le segnalazioni di illeciti e irregolarità (whistleblowing)*", che specifica la modalità di attuazione da parte dell'Azienda delle misure finalizzate a favorire l'emersione di fattispecie di illecito (a titolo esemplificativo: circoscrizione dell'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione della tutela, definizione delle modalità di denuncia, tutela della riservatezza dell'identità del segnalante e responsabilità del segnalante, ecc.).

Tale regolamento è stato comunicato non solo attraverso la pubblicazione online, ma anche con un avviso pubblicato sull'angolo del dipendente (portale online del dipendente).

La segnalazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza può avvenire con le seguenti modalità:

- mediante compilazione del modulo *online*;
- mediante invio, dalla propria casella di posta elettronica istituzionale o da quella privata, all'indirizzo di posta elettronica appositamente attivato dall'azienda (prevenzionecorruzione@aulss2.veneto.it), accessibile solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- mediante il servizio postale o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; per garantire la riservatezza è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "riservata/personale";
- con segnalazione verbale al Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nell'anno 2019 sono pervenute al RPCT n. 7 segnalazioni tramite la procedura *on line*, che si sono

rivelate tutte non pertinenti, a cui comunque è stata data risposta.

La Trasparenza e gli obblighi di pubblicazione

Così come previsto dal D.Lgs. 97/2016 il piano triennale di prevenzione della corruzione integra il "Programma triennale della trasparenza e dell'integrità" identificando una sezione dedicata.

La sezione dedicata alla trasparenza rappresenta un atto organizzativo dei flussi informativi utili alla pubblicazione dei dati individuando puntualmente gli uffici e relativi responsabili tenuti a individuare/elaborare e pubblicare i dati di propria competenza.

Le informazioni sono consultabili all'indirizzo web: <http://www.aulss2.veneto.it/amministrazione-trasparente>.

L'aggiornamento della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente", avviene a mezzo di procedure informatizzate per le seguenti sotto-sezioni:

- Consulenti e collaboratori
- Personale
- Bandi di concorso
- Provvedimenti
- Bandi di gare e contratti
- Sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici
- Servizi erogati

Anche per il 2019 l'unità operativa complessa Affari Generali, come da obiettivo di budget "S.E.1.1.1-Monitoraggio delle pubblicazioni secondo le tempistiche previste dal Piano per la trasparenza: % di controlli eseguiti" ha svolto l'attività di monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione previsti dal Piano. Dall'esito dei monitoraggi effettuati si riscontra che l'Azienda adempie agli obblighi di trasparenza in conformità a quanto definito dalla specifica normativa.

In data 25 marzo 2019 viene attestata la veridicità e attendibilità di quanto riportato in delibera ANAC n. 141/2019 riguardo all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito web dell'amministrazione dei dati in materia di trasparenza, compilato il documento di attestazione e la scheda di sintesi. I documenti sono pubblicati nel sito internet nella sezione Controlli e rilievi sull'amministrazione in "Amministrazione Trasparente".

Accesso civico

Con il d.lgs. 97/2016 vengono apportati modifiche al testo unico sulla trasparenza ed introdotto il concetto di accesso civico generalizzato che attribuisce a chiunque il "diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

Con deliberazione n. 2272 del 20/12/2018 il Direttore Generale, l'Azienda Ulss n.2 ha approvato il nuovo 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.

Tutte le richieste di accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato sono riportate in un registro delle richieste di accesso presentate e pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri - contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale.

5 CONCLUSIONI

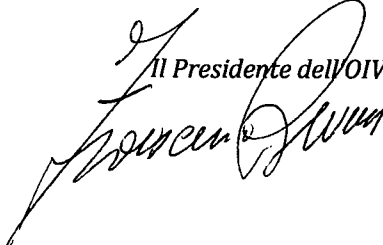
L'OIV conferma che si è adempiuto agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e per l'aggiornamento si conferma altresì il livello informativo ottimale.

Circa la performance organizzativa si rileva che ormai il sistema di pianificazione e controllo ha raggiunto una maturità adeguata e si dà atto che il ciclo è stato avviato tempestivamente e adeguatamente con l'emanazione del Piano strategico 2019-2021 e del Documento Direttive 2019; sulla base della documentazione esaminata si rileva che la trattativa di budget è stata un processo trasparente, partecipato e condiviso.

L'OIV rileva che l'Azienda ha provveduto ad implementare nuovi strumenti per il monitoraggio degli obiettivi di budget e una reportistica dinamica e interattiva che consente di valutare tempestivamente l'andamento di una serie di indicatori.

Si evidenzia che la tempistica della definizione degli obiettivi di budget e relativa negoziazione risulta condizionata dai tempi di definizione degli obiettivi regionali e si sottolinea che il monitoraggio completo richiede necessariamente l'accessibilità agli strumenti di monitoraggio regionale.

L'OIV comunque prende atto di quanto posto in essere dall'Azienda sanitaria e ne apprezza i contenuti, ma potrà valutare l'efficacia del ciclo della performance dell'anno 2019 quando disponibile la valutazione regionale sul raggiungimento degli obiettivi aziendali.


Il Presidente dell'OIV