



## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

n. 175 del 31/01/2024

Il Direttore generale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana dott. Francesco Benazzi, nominato con D.P.G.R. n. 21 del 26 febbraio 2021, coadiuvato da:

Direttore amministrativo	- Mangione Patrizia
Direttore sanitario	- Formentini Stefano
Direttore dei servizi socio-sanitari	- Rigoli Roberto

ha adottato la presente deliberazione:

### **OGGETTO**

**ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2024-2026 E DEL BUDGET PER CENTRO DI RESPONSABILITÀ**

## OGGETTO

ADOZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2024-2026 E DEL BUDGET PER CENTRO DI RESPONSABILITÀ

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

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

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

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

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

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

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

Infine, con Delibera della Giunta regionale n. 1717 del 30.12.2022, trasmessa a tutte le Aziende sanitarie con nota prot. n. 20438 del 12.01.2023, la Regione del Veneto ha approvato le “Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale”.

Sulla base del contenuto relativo alla parte performance del Piano integrato di attività e organizzazione e in considerazione in particolare di quanto previsto dalla Delibera della Giunta regionale n. 1682 del 29.12.2023 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024”, l’Azienda ha predisposto e negoziato le schede di budget per Dipartimento e Centro di Responsabilità nel mese di gennaio.

In considerazione di quanto sopra, il Direttore della UOC Controllo di gestione, il Direttore della UOC Gestione risorse umane e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza propongono di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026, corredato dei relativi allegati, nel testo allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

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

RICHIAMATE le Deliberazioni aziendali:

- n. 198 del 31 gennaio 2023 recante “Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025”;
- n. 2274 del 1° dicembre 2023 recante “Adozione provvisoria dei fabbisogni di personale per gli anni 2023-2024-2025-2026 e approvazione dotazione organica anno 2023 e anno 2024 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;

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

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

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la suesposta relazione;

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

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

#### DELIBERA

- 1) di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026, come previsto all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, corredato dei relativi allegati, nel testo allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
- 2) di approvare le schede di budget per Centro di Responsabilità, di cui all'allegato elenco, sottoscritte e conservate agli atti della UOC Controllo di gestione;
- 3) di confermare come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana l'avv. Marzia Volpato, Dirigente amministrativo della UOC Affari generali e legali, fino alla data del 31 gennaio 2025;
- 4) di confermare come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato della UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, fino alla data del 31 gennaio 2025;
- 5) di demandare a ciascun Referente, come individuato nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024–2026, 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 trasmetterlo al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri utilizzando le apposite funzionalità presenti nell'Area riservata del Portale PIAO;
- 7) di dare atto che il presente provvedimento diventa esecutivo dalla data di adozione.

\*\*\*\*\*

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

Per il parere favorevole di competenza:

Il Direttore amministrativo

Mangione Patrizia

Il Direttore sanitario

Formentini Stefano

Il Direttore dei servizi socio-sanitario

Rigoli Roberto

**Il Direttore generale  
Benazzi Francesco**

---



# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024-2026

**Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana**  
*L'Azienda al tuo fianco*



# SOMMARIO

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE .....</b>	<b>4</b>
PREMESSA.....	4
IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE.....	5
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA .....	10
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA.....	15
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE .....	17
L'ASSISTENZA PRIMARIA .....	21
IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....	22
<b>VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>24</b>
VISION E MISSION AZIENDALE .....	25
PROGRAMMAZIONE, OBIETTIVI E VALUTAZIONE .....	25
PERFORMANCE .....	31
<i>Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse.....</i>	<i>32</i>
<i>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino.....</i>	<i>33</i>
<i>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi .....</i>	<i>35</i>
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	39
<i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda.....</i>	<i>39</i>
<i>La gestione dei rischi di corruzione .....</i>	<i>44</i>
<i>Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione.....</i>	<i>53</i>
<i>La trasparenza .....</i>	<i>66</i>
<i>Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza .....</i>	<i>69</i>
<i>Rendicontazione e diffusione .....</i>	<i>69</i>
<b>ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>72</b>
STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	74
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	75
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	80
PIANO FORMATIVO AZIENDALE .....	89
<b>MONITORAGGIO .....</b>	<b>90</b>
<b>ELENCO DEGLI ALLEGATI .....</b>	<b>94</b>
ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI .....	94
ALLEGATO 2 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA - OBIETTIVI E INDICATORI .....	94
ALLEGATO 3 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE.....	94
ALLEGATO 4 - PIANO DEI FABBISOGNI .....	94

# INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

anche quest'anno la nostra Azienda ha predisposto il Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del Decreto Legge 9.6.2021, n. 80, quale documento unico di programmazione e *governance*, che assorbe molti dei Piani che le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre precedentemente.

Questo in un'ottica di concreta semplificazione e integrazione degli strumenti di programmazione dell'attività aziendale, al fine di ottenere la piena efficienza, efficacia, produttività e misurazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Si tratta di uno strumento dotato, da un lato, di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di forte valore comunicativo, attraverso il quale condividere con la collettività obiettivi, azioni e risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

L'Azienda, cogliendo l'occasione per revisionare le proprie attività in una logica di costante e progressiva semplificazione delle procedure, di reingegnerizzazione dei processi e di integrazione della programmazione e del monitoraggio degli stessi, ha definito gli impegni per il prossimo triennio in modo chiaro, misurabile e trasparente, al fine di dare concretezza alla *mission* aziendale, che consiste nel raggiungimento del più alto livello possibile di salute, intesa come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse per la collettività.

**L'Azienda al tuo fianco** vuole ribadire l'attenzione e l'impegno quotidiano nell'attuazione delle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura della salute umana e animale, nel delicato momento storico in cui ci troviamo a vivere, di transizione dal periodo dell'emergenza epidemiologica al rientro alla piena normalità. In tale contesto, non può non assumere rilevanza centrale una pianificazione degli obiettivi, delle risorse e della prevenzione dei rischi dinamica e flessibile, capace di guidare le attività sanitarie e socio-sanitarie in maniera concreta ed efficace, adattandosi, al contempo, alle nuove sfide che sempre più frequentemente l'Azienda si troverà a fronteggiare.

*Francesco Benazzi*

Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana



# SCHEMA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

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

## Premessa

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

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

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

## Il territorio e la popolazione

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si estende su un territorio di 2.479 km<sup>2</sup> e comprende 94 comuni con una popolazione al 31.12.2022 pari a 876.115 abitanti, di cui 97.873 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali. A livello territoriale è articolata su 4 Distretti socio-sanitari: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Pieve di Soligo e Distretto Asolo.



## DENSITÀ ABITATIVA

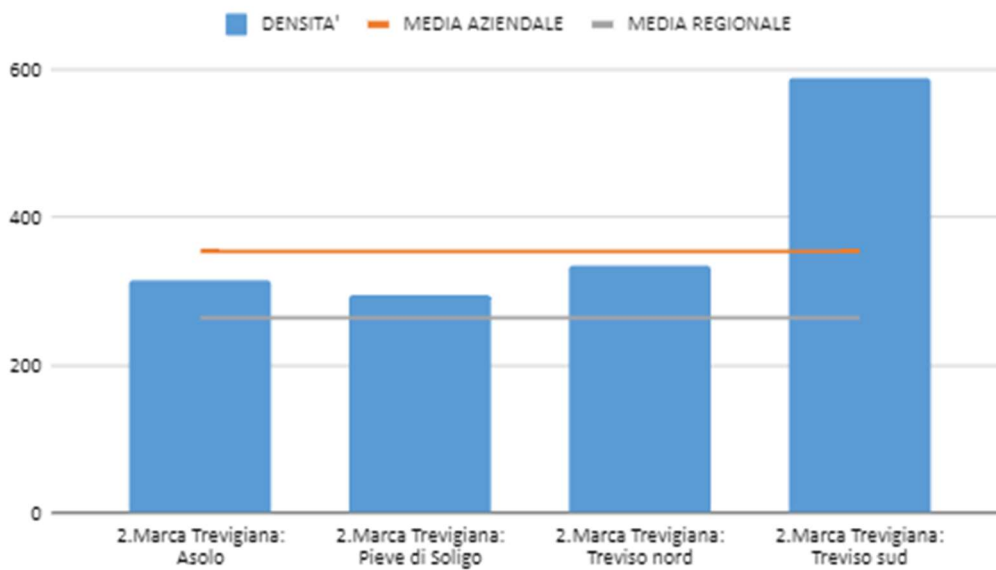


Grafico 1.1.1 Densità abitativa per distretto. Fonte dati: DWH regionale

Come evidenziato nel grafico il Distretto di Treviso Sud risulta essere quello maggiormente popolato (588 abitanti per km<sup>2</sup>) ampiamente sopra la densità media regionale (263 abitanti per km<sup>2</sup>). Ulteriori indicatori utilizzati per mappare e definire statisticamente la popolazione sono gli indici di vecchiaia e gli indici di natalità.

## INDICE DI VECCHIAIA

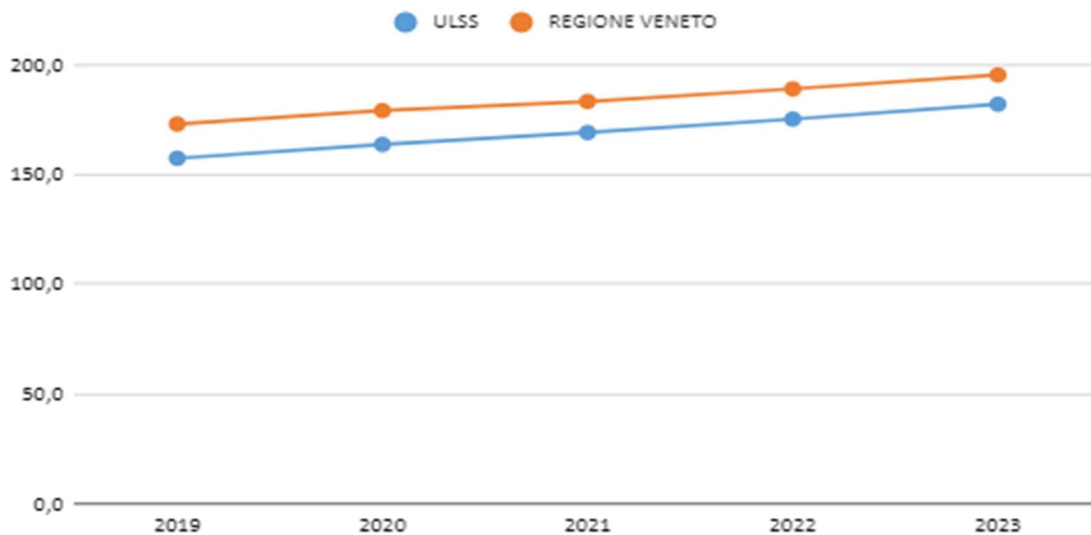


Grafico 1.1.2 Indice di vecchiaia. Fonte dati: DWH regionale

## INDICE DI NATALITÀ

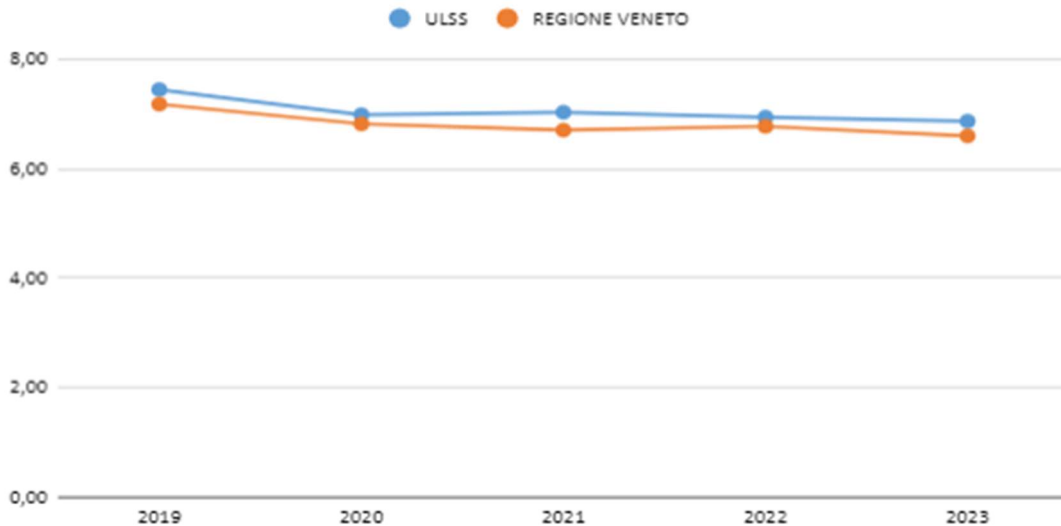


Grafico 1.1.3 indice di natalità. Fonte dati: DWH regionale

Come si evidenzia nel Grafico 1.1.2 la proporzione di popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana presenta un trend in costante crescita, attestandosi però su valori inferiori a quelli regionali. Il dato aziendale è di 182,1 contro una media regionale di poco superiore a 195. Parallelamente all’aumento del numero di anziani si evidenzia un andamento decrescente della natalità (il rapporto tra i nuovi nati e la popolazione residente) in linea con un trend già evidente a livello nazionale: l’indice nel 2023 si attesta su un valore di 6,9.

In aggiunta, viene riportata la piramide dell’età: da essa emerge come le fasce anagrafiche maggiormente rappresentate per ambo i sessi siano quelle 50-54 e 55-59 anni; unitamente questi individui rappresentano il 16,8% della popolazione residente. Dall’analisi organica di questi dati si deduce come l’indice di vecchiaia tenderà ad aumentare negli anni a venire in contrasto con un trend di denatalità che non sembra invertire.

## PIRAMIDE DELL'ETÀ

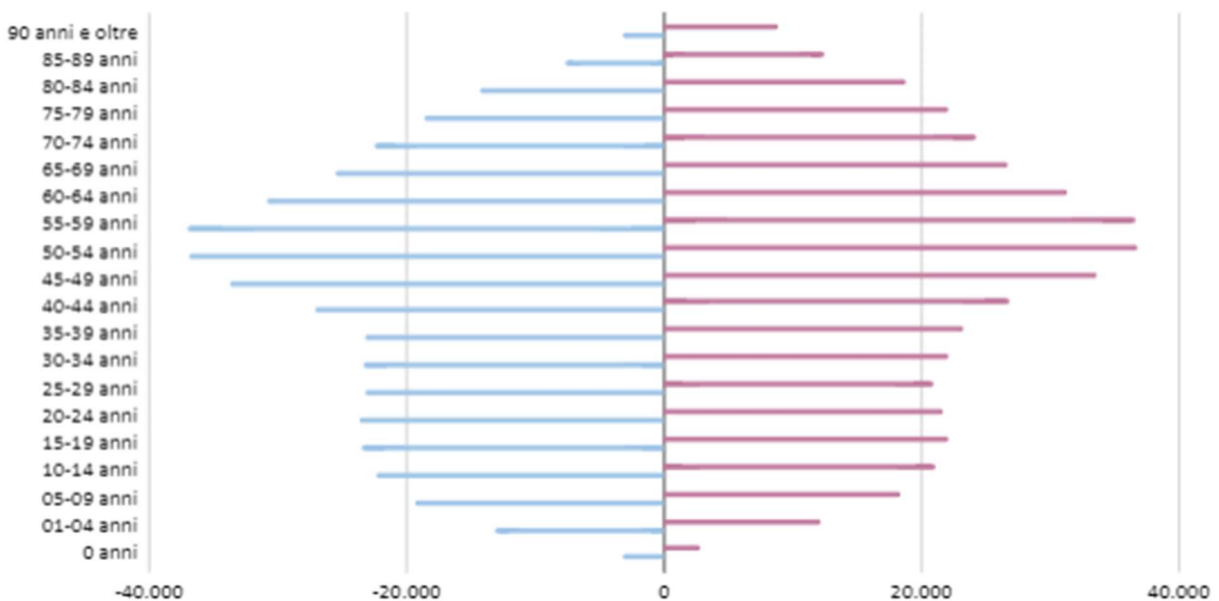


Grafico 1.1.4 Piramide dell’età. Fonte dati: DWH regionale

Ponendo l’attenzione sulla nazionalità e la provenienza della popolazione residente di origine straniera emerge che la macro area maggiormente rappresentata, escludendo il continente europeo, è l’Africa con

circa 9000 residenti di origine marocchina. A livello complessivo d'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana la percentuale di stranieri sul totale della popolazione residente si attesta all'11,17% a dispetto di una media regionale del 10,54%.

### PROVENIENZA DEI RESIDENTI STRANIERI

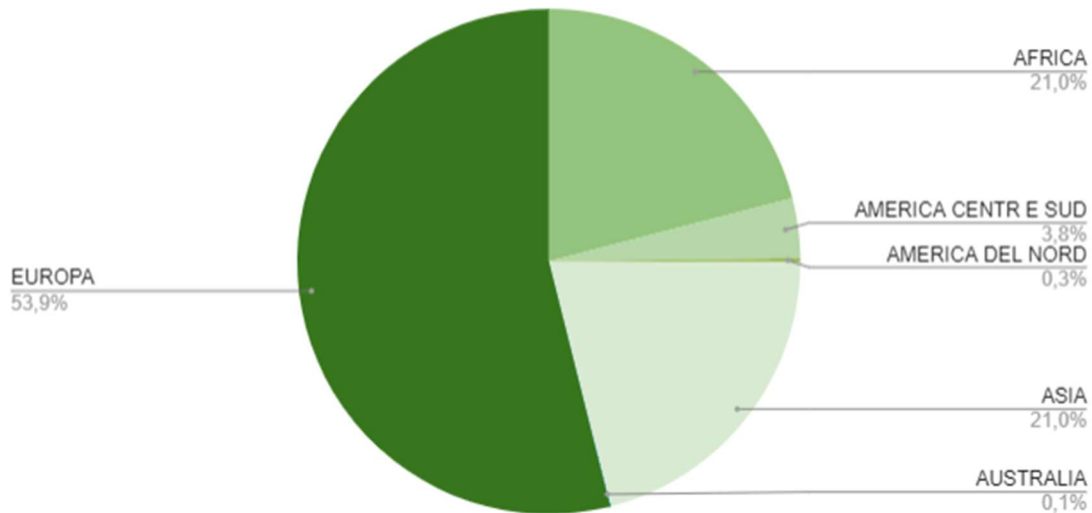


Grafico 1.1.5 Provenienza stranieri per macroregione. Fonte dati: DWH regionale

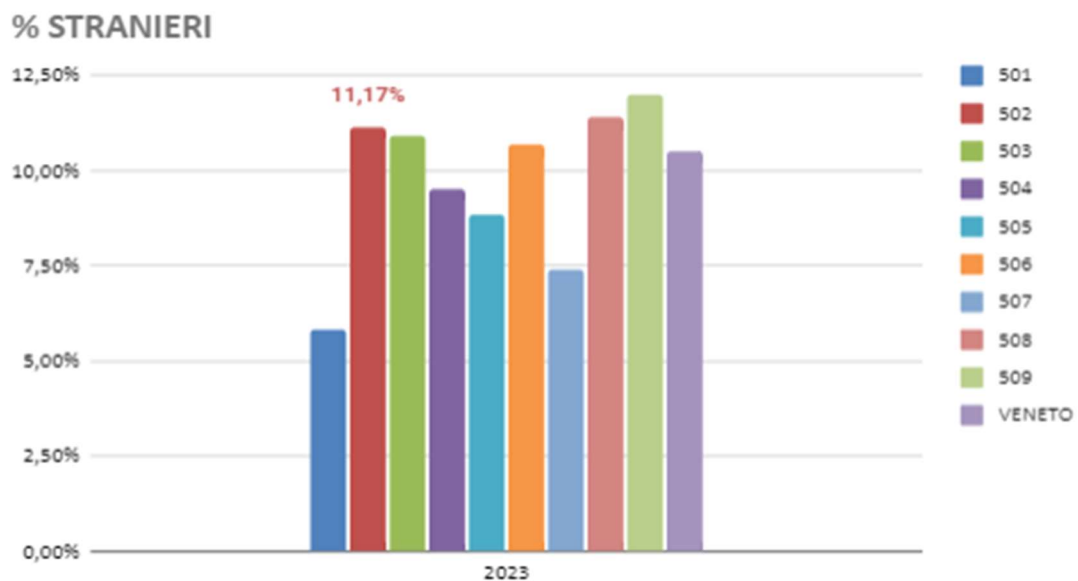


Grafico 1.1.6 Percentuale stranieri per azienda. Fonte dati: DWH regionale

L'allungamento della vita media evidenziato nelle statistiche precedentemente riportate è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbilità. Dai dati relativi alle 5 patologie per cui si rilascia il più alto numero di esenzioni si conferma che ipertensione e neoplasie sono tra le patologie più frequenti.

### ESENZIONI PER PATOLOGIA

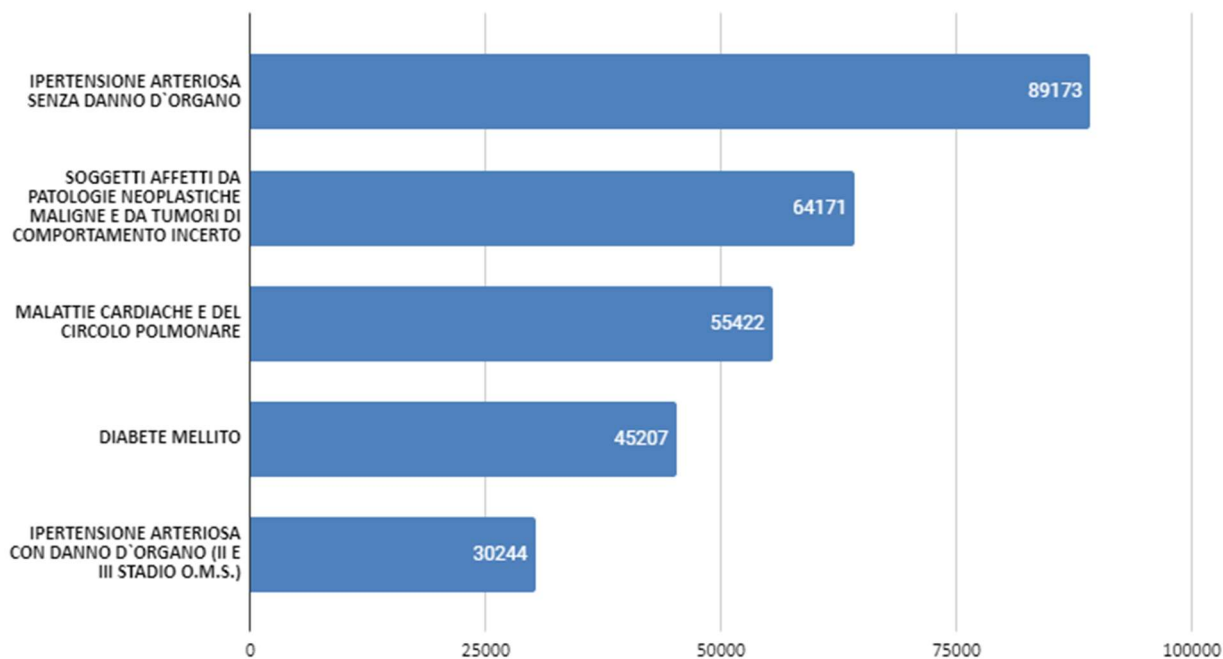


Grafico 1.1.7 Esenzioni per patologia. Fonte dati: DWH regionale

I dati sulla mortalità, riferiti al 2021, confermano l'incidenza di determinate patologie sulla mortalità dei residenti: i disturbi del sistema circolatorio e le neoplasie rappresentano la principale causa di morte.

### PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

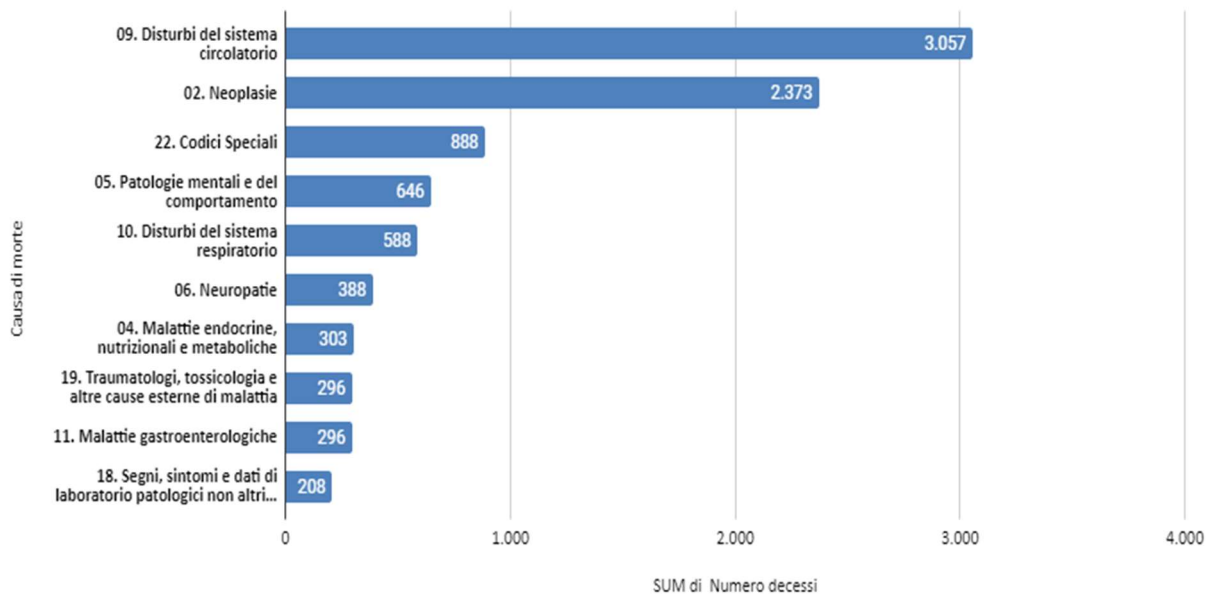


Grafico 1.1.8 Cause di morte. Fonte dati: DWH regionale

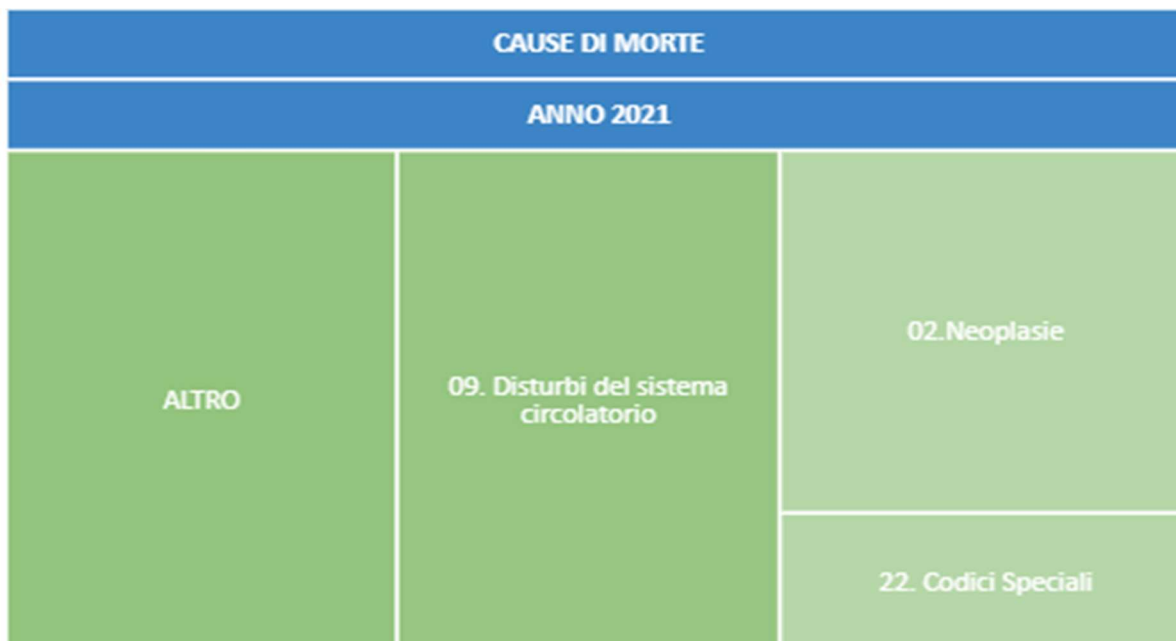


Grafico 1.1.9 Cause di morte. Fonte dati: DWH regionale

## L'assistenza ospedaliera

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

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

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

### 1.2.1 Ricoveri

#### RICOVERI PER ANNO

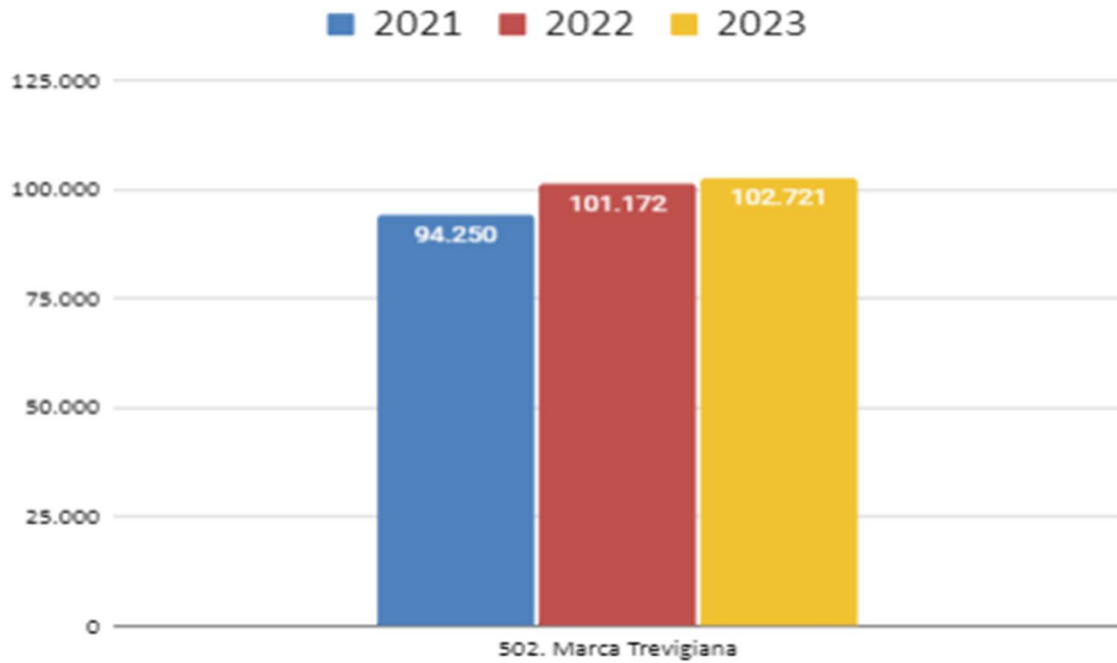


Grafico 1.2.1 Ricoveri per anno. Fonte dati: DWH regionale

#### RICOVERI PER STRUTTURA

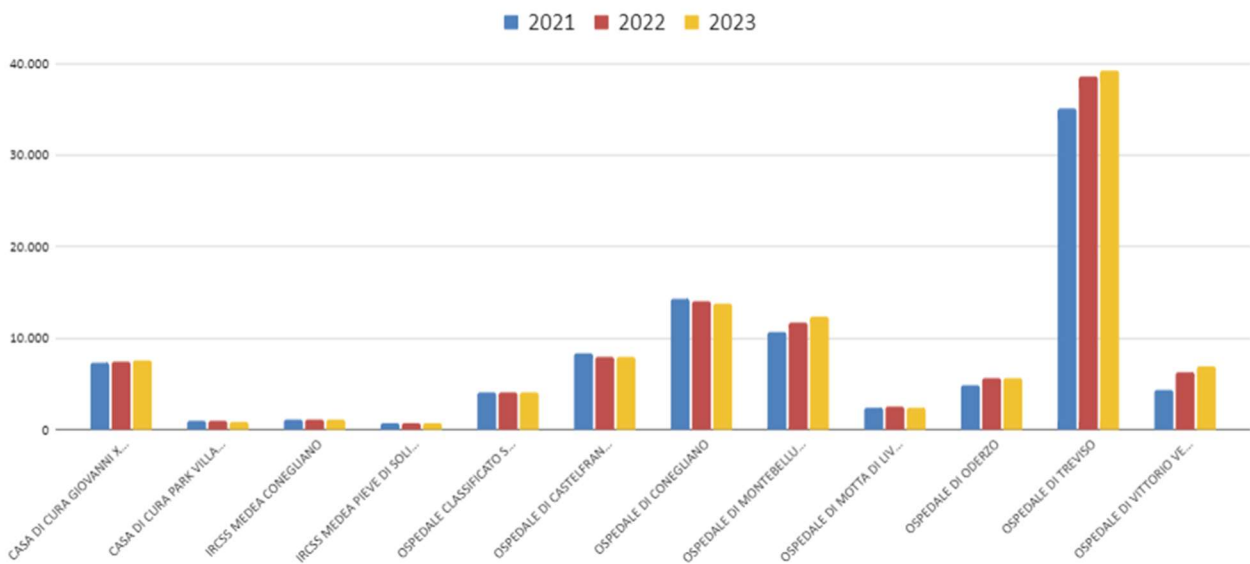


Grafico 1.2.2 Ricoveri per struttura. Fonte dati: DWH regionale

### RICOVERO PER TIPOLOGIA STRUTTURA

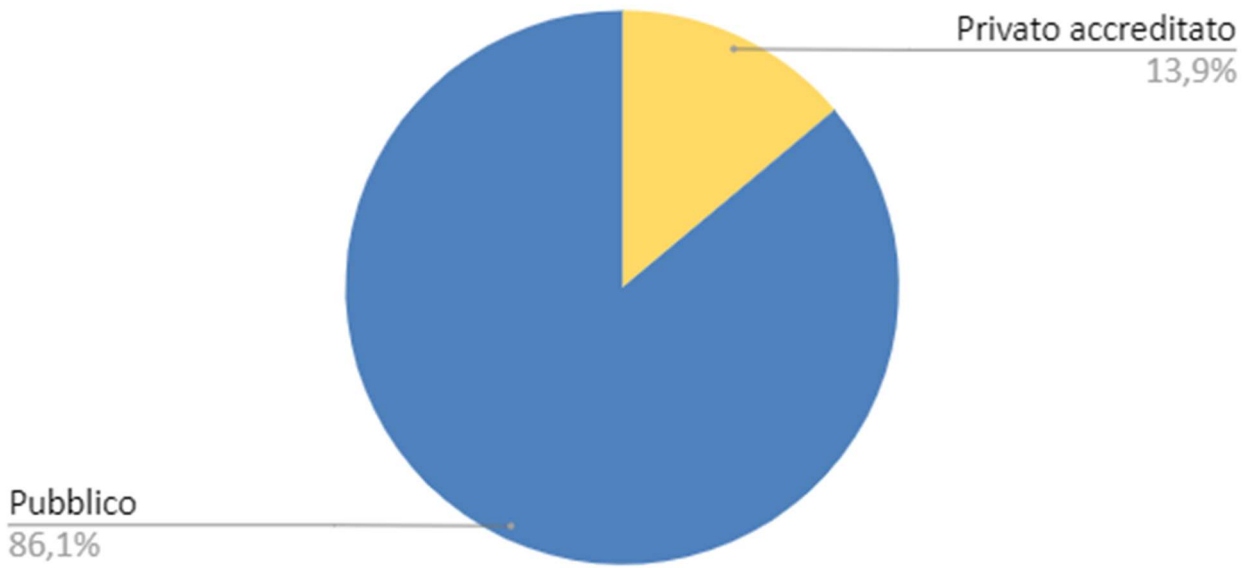


Grafico 1.2.3 Ricoveri per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

### RICOVERI PER AREA SPECIALISTICA 2023

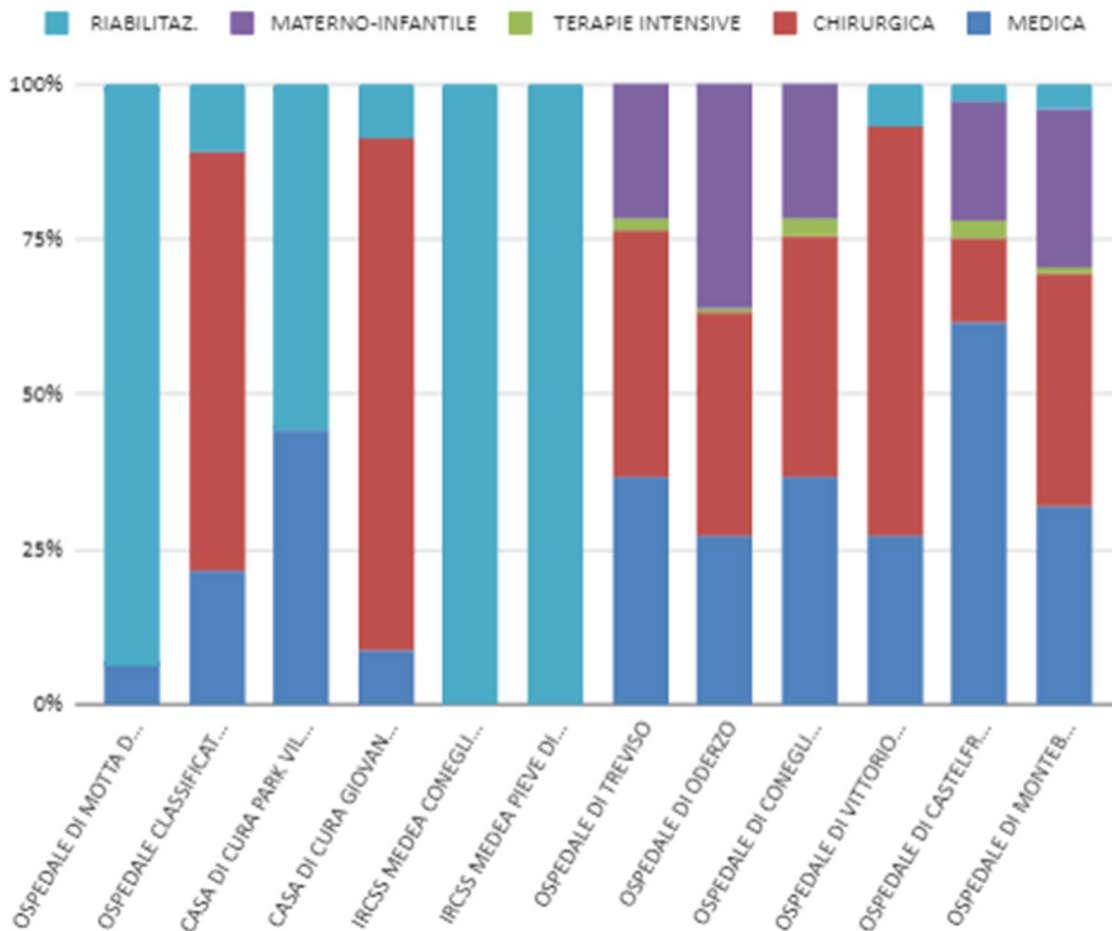


Grafico 1.2.4 Ricoveri per area specialistica. Fonte dati: DWH regionale

L'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana ha erogato circa 103.000 ricoveri nel 2023, un volume in crescita rispetto al biennio trascorso. I dati evidenziano un aumento del numero di pazienti ricoverati per gli ospedali di Vittorio Veneto e Montebelluna ma è l'Ospedale Hub di Treviso a manifestare il trend crescente più evidente con oltre 39.000 ricoveri nel 2023. La presenza del Privato-accreditato si conferma forte, superiore ad una media regionale di erogazione pari al 4,7%.

### 1.2.2 Pronto Soccorso

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso.

#### ACCESSI PRONTO SOCCORSO PER ANNO

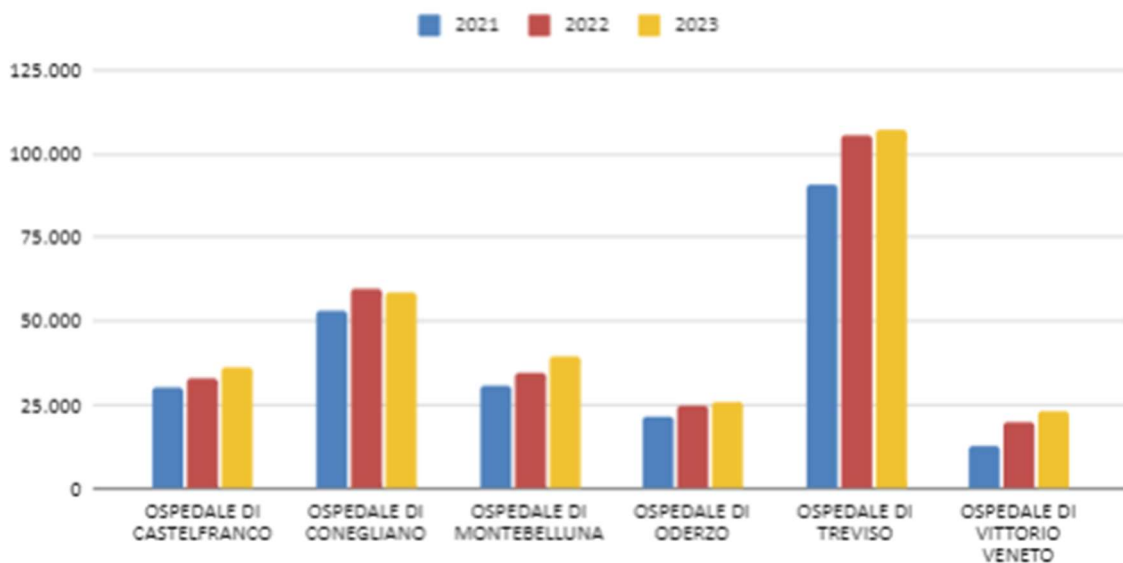


Grafico 1.2.5 Accessi Pronto Soccorso. Fonte: DWH regionali

#### ACCESSI PER TRIAGE 2023

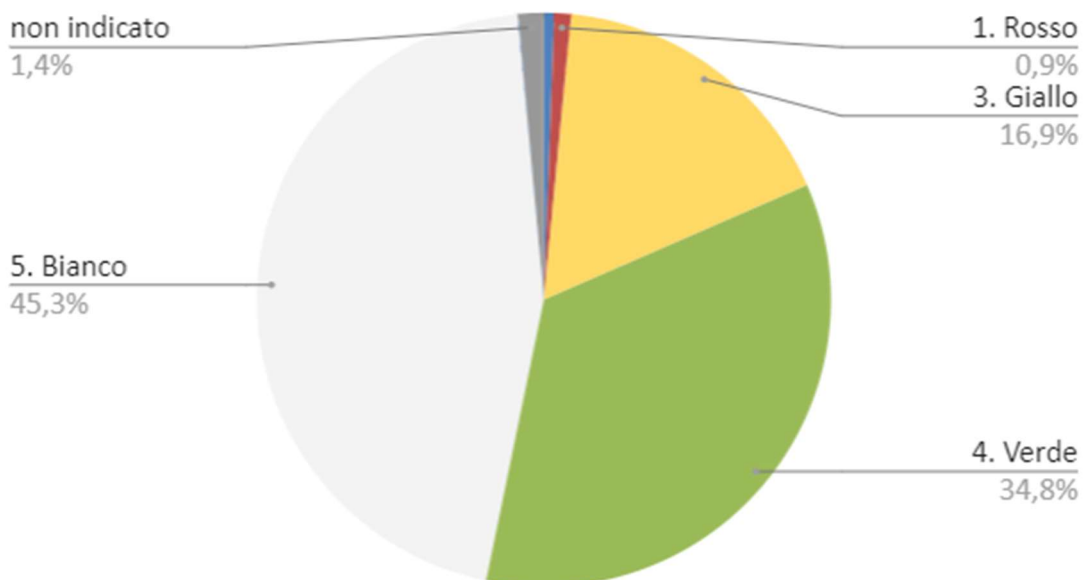


Grafico 1.2.6 Accessi Pronto Soccorso per triage. Fonte: DWH regionali

Il trend già evidenziato dal numero di ricoveri si conferma anche nel numero d'accessi al Pronto Soccorso: un aumento in quasi tutti i presidi ospedalieri ad eccezione del presidio di Conegliano dove gli accessi rimangono stabili rispetto all'anno precedente.

### 1.2.3 Interventi Chirurgici

NUMERO D'INTERVENTI (DRG CHIRURGICO) PER ANNO

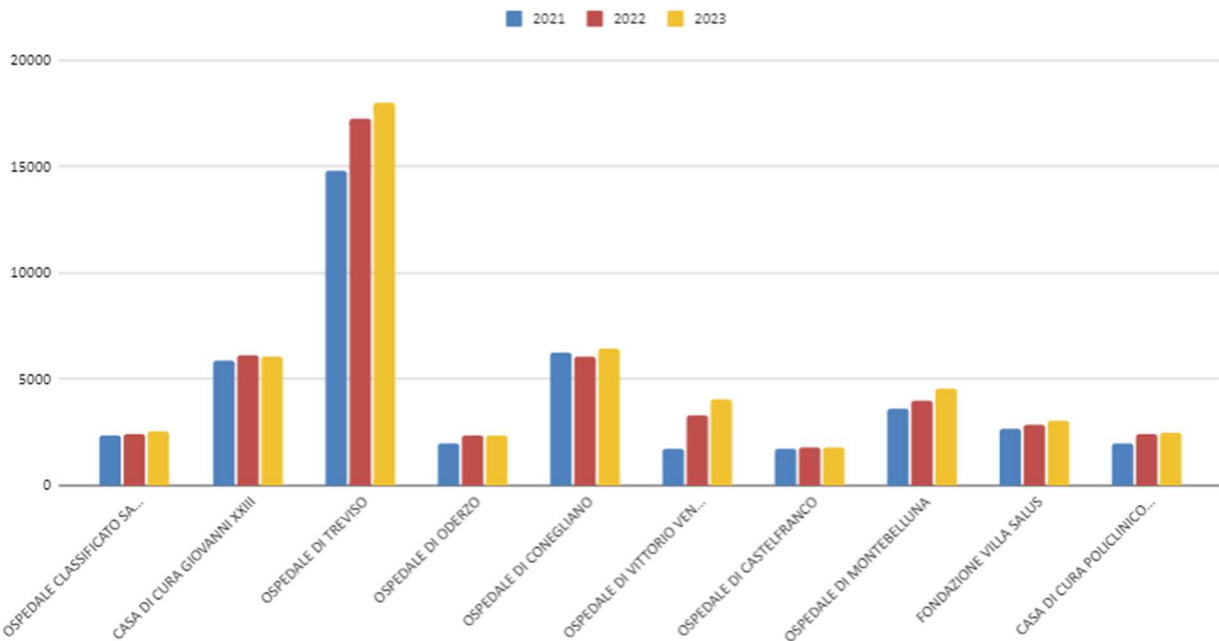


Grafico 1.2.7 Numero d' interventi chirurgici. Fonte: DWH regionali

INTERVENTI PER TIPOLOGIA STRUTTURA ANNO 2023

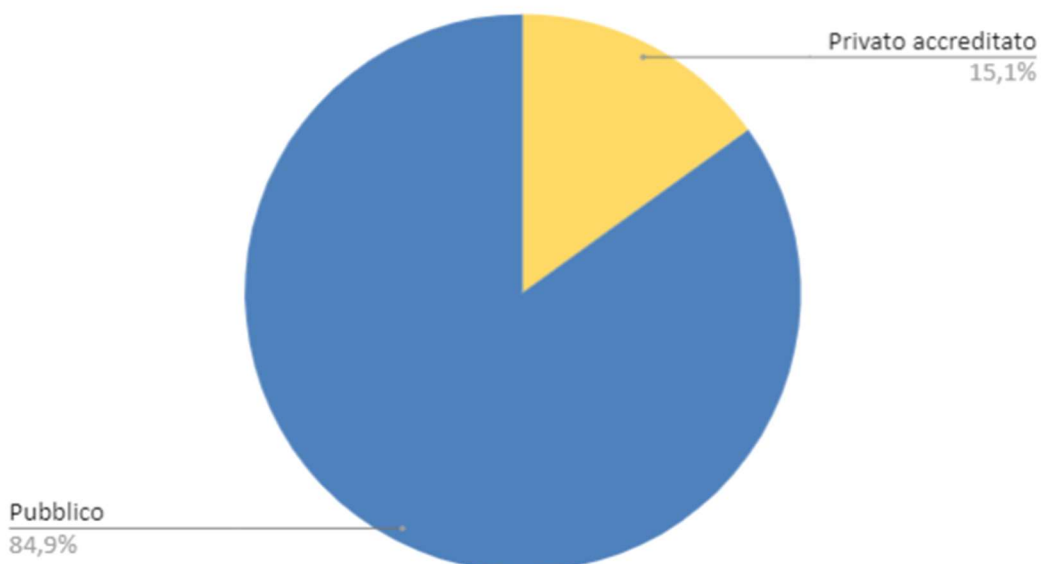


Grafico 1.2.8 Interventi per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

L'Ospedale Hub di Treviso si conferma il presidio maggiormente attivo con circa 18.000 interventi.

## L'assistenza specialistica

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

### PRESTAZIONI PER MACROBRANCA

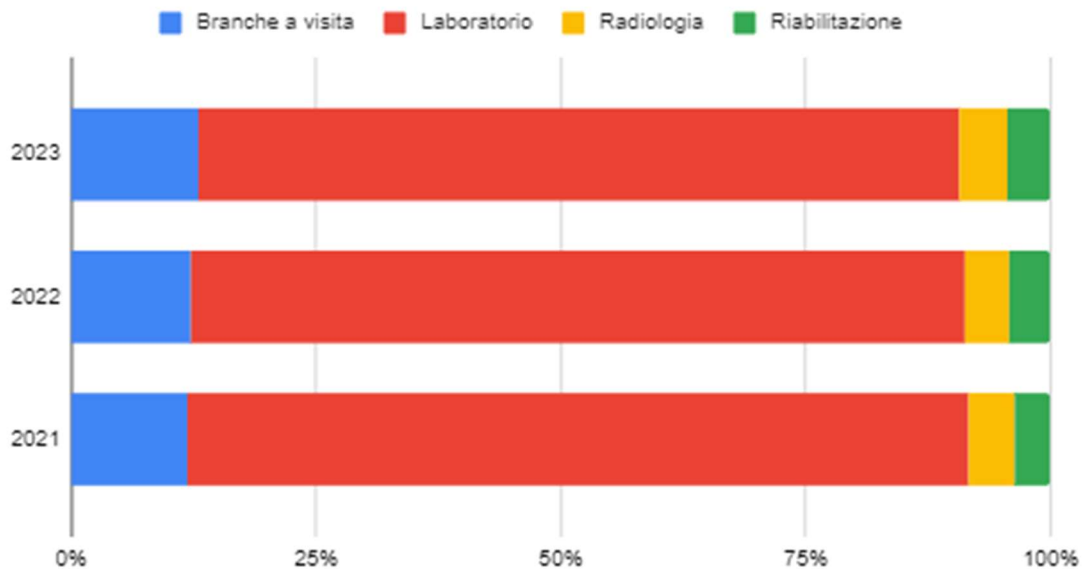


Grafico 1.2.9 Prestazioni per macro-branca. Fonte dati: DWH regionale

Le prestazioni maggiormente erogate sono quelle di laboratorio con oltre 9 milioni di prestazioni, il 2023 ha visto però una lieve diminuzione di quest'ultime bilanciato da un aumento delle prestazioni delle branche a visita e radiologiche.

## PRESTAZIONI EROGATE PER ANNO (ESCLUSO LABORATORIO)

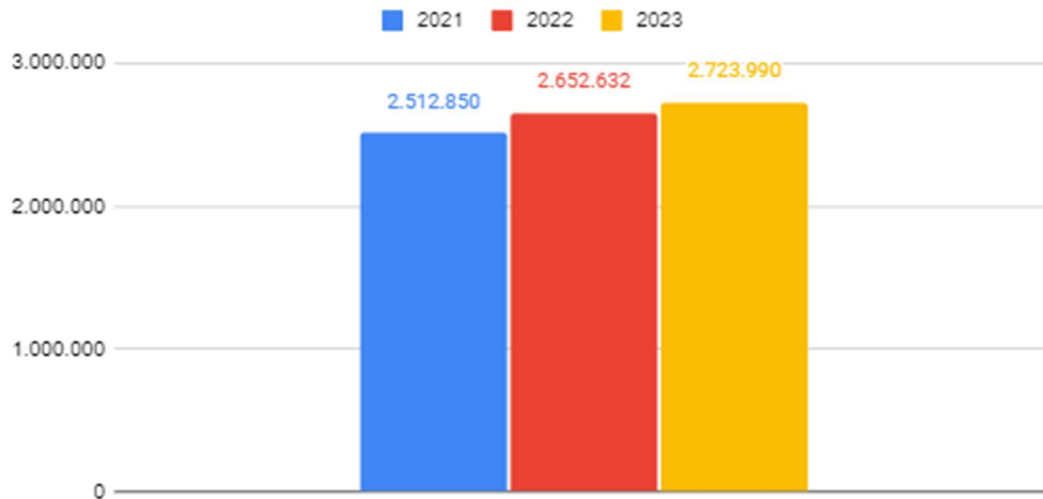


Grafico 1.2.10 Numero di prestazioni specialistiche erogate. Fonte dati: DWH regionale

## PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA STRUTTURA ANNO 2023

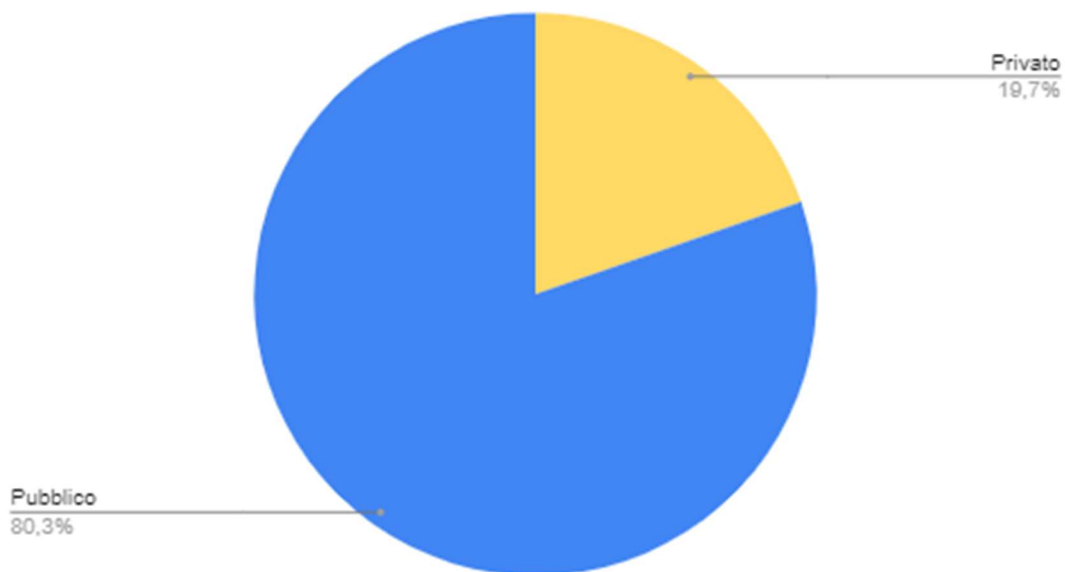


Grafico 1.2.11 Prestazioni per tipologia. Fonte dati: DWH regionale

Complessivamente l’Azienda ha erogato oltre 2.700.00 prestazioni con un aumento percentuale del 2,7% sul 2022 e del 8,4% sul 2021.

Vista l’assenza di un flusso informativo delle prestazioni in galleggiamento e constatata la necessità di generare un monitoraggio sulle stesse, su indicazione dell’Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, è stato costituito un Tavolo di Lavoro finalizzato al monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in attesa di prenotazione: le cosiddette “liste di galleggiamento” (nota prot. n. 27380 del 3.10.2022). A fronte di un elenco iniziale di 33 prestazioni, a partire dal 23 maggio sono state monitorate 75 prestazioni.

Di seguito vengono riportati i risultati, a cadenza settimanale e dal momento della rilevazione, conseguiti



## Strutture territoriali

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

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	Distretto 1 - Treviso Nord Distretto 2 - Treviso Sud Distretto 3 - Pieve di Soligo Distretto 4 - Asolo
Strutture intermedie	Pubbliche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ODC n. 1</li> <li>• Cure palliative n. 3</li> <li>• Hospice n. 1</li> <li>• Struttura Covid dedicata n. 2*</li> </ul>
	Private accreditate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• URT n. 1</li> <li>• ODC n. 1</li> <li>• Hospice n. 1</li> <li>• Strutt. Riab. extraosp.(ex art. 26 legge 833/78) n. 5</li> <li>• Struttura Covid dedicata n. -</li> </ul>
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	Pubblici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliambulatori territoriali n. 22</li> <li>• Punto prelievi n. 15</li> </ul>
	Privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliambulatori territoriali n. 21</li> <li>• Punto prelievi n. 1</li> </ul>
Strutture per minori e famiglie: asili nido, consultori e comunità educative	Consultori n. 17
Strutture per anziani suddivise tra: centri diurni e centri servizi	Centri di Servizi n. 56 Centri Diurni n. 25
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	Comunità/appartamenti n. 33 Centri diurni n. 52
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CSM n. 13</li> <li>• Comunità/appartamenti n. 28</li> <li>• Centri diurni n. 20</li> </ul>
Strutture per persone con dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serd n. 5</li> <li>• Comunità Terapeutica n. 7</li> <li>• Centri Diurni n. 2</li> </ul>

\* 2 chiusure in corso d'anno: Ospedale di comunità di Vittorio Veneto e l'Ospedale di Comunità di Valdobbiadene

## Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative rese a domicilio della persona in stato di bisogno, secondo piani di assistenza individuali, programmati e definiti dalle figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso. In presenza di bisogni di tipo socio-assistenziale l'offerta distrettuale potrà essere integrata dai servizi prestati dai singoli Comuni con interventi di Assistenza Domiciliare. Il grafico evidenzia un aumento del numero di assistiti e una prevalenza di soggetti di sesso femminile.

### NUMERO ASSISTITI IN ADI PER ANNO

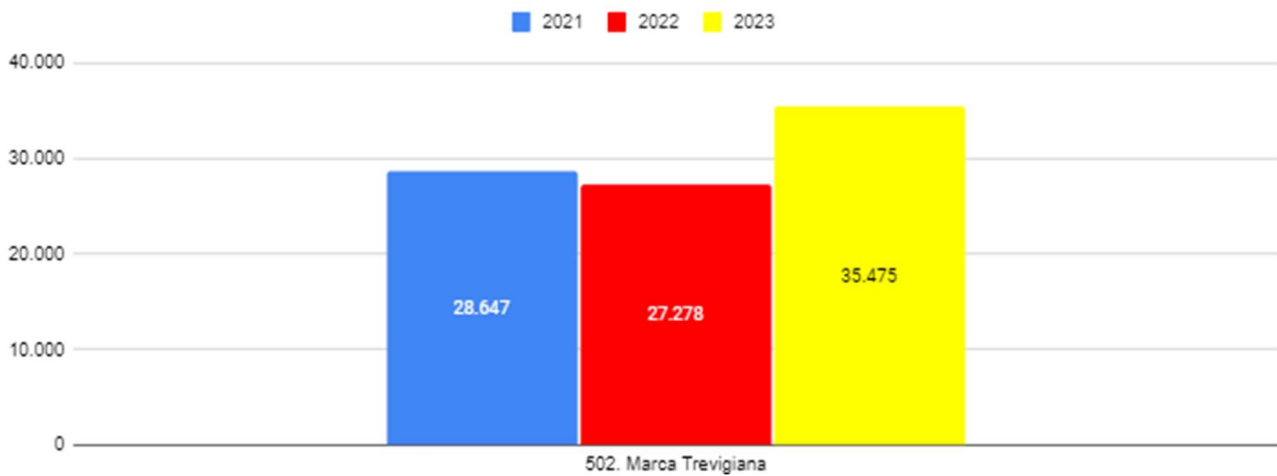


Grafico 1.2.12 Numero di assistiti in ADI Fonte: DWH regionale

### SESSO PAZIENTI IN ADI 2023

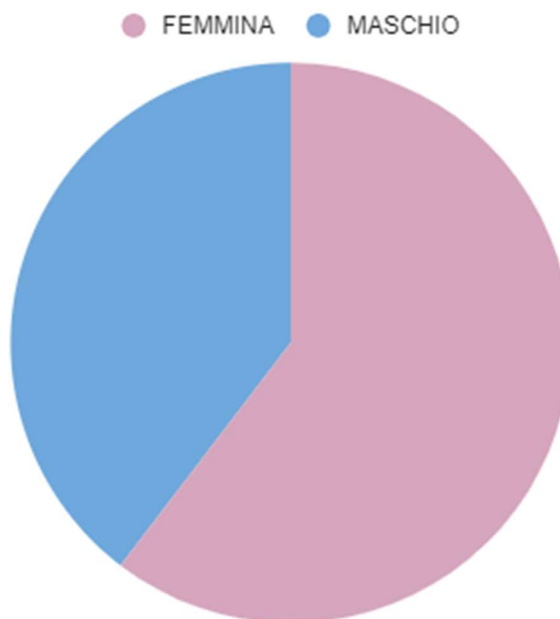


Grafico 1.2.13 Sesso assistiti in ADI Fonte: DWH regionale

#### Assistenza nelle strutture intermedie

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

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

### NUMERO ASSISTITI UDC URT PER ANNO

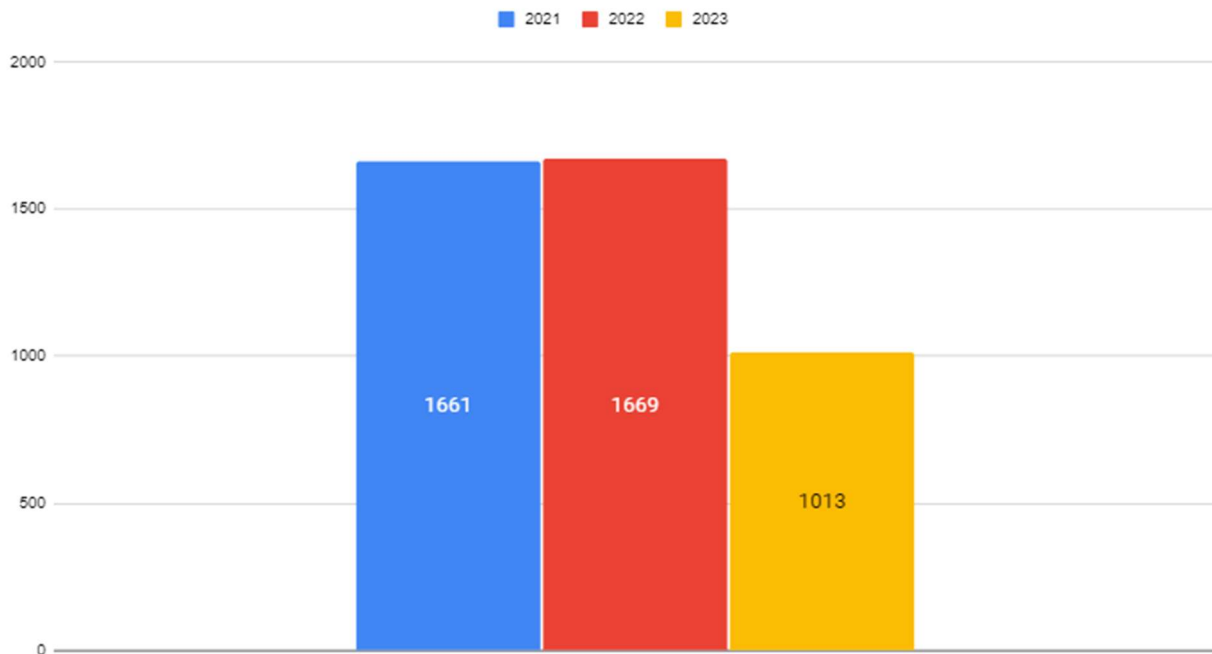


Grafico 1.2.14 Numero utenti ODC. Fonte: DWH regionale

L'attività, complessivamente considerata, degli Ospedali di Comunità dell'Azienda è diminuita per la chiusura di numerose strutture a seguito della fine dell'emergenza Covid; hanno infatti cessato la loro attività il Centro Accoglienza Covid 19 Valdobbiadene, il Centro Di Accoglienza Covid 19 di Conegliano, il Nucleo Territoriale per Emergenza Covid 19 di Motta Di Livenza, l'Ospedale Di Comunità per l'emergenza Covid Casa Fenzi di Conegliano, l'Ospedale Di Comunità di via Scarpa a Treviso.

### NUMERO PAZIENTI HOSPICE PER ANNO

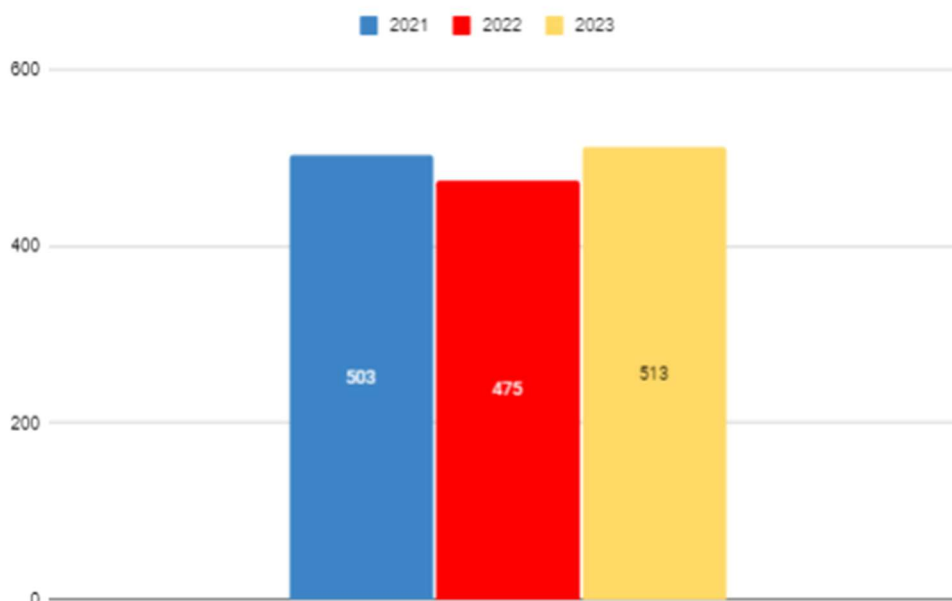


Grafico 1.2.15 Numero di pazienti in Hospice. Fonte: DWH regionale

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

### L'assistenza psichiatrica territoriale

#### UTENZA PER FASCIA D' ETÀ 2022

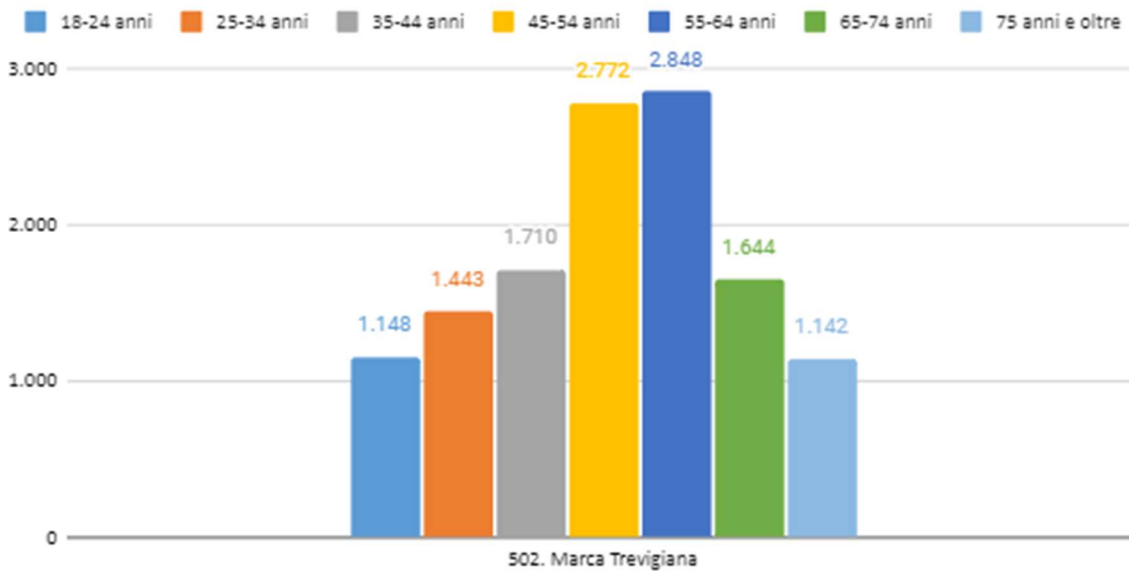


Grafico 1.2.16 Utanza DSM 2022 Fonte: DWH regionale

#### DIAGNOSI PER UTENZA 2022

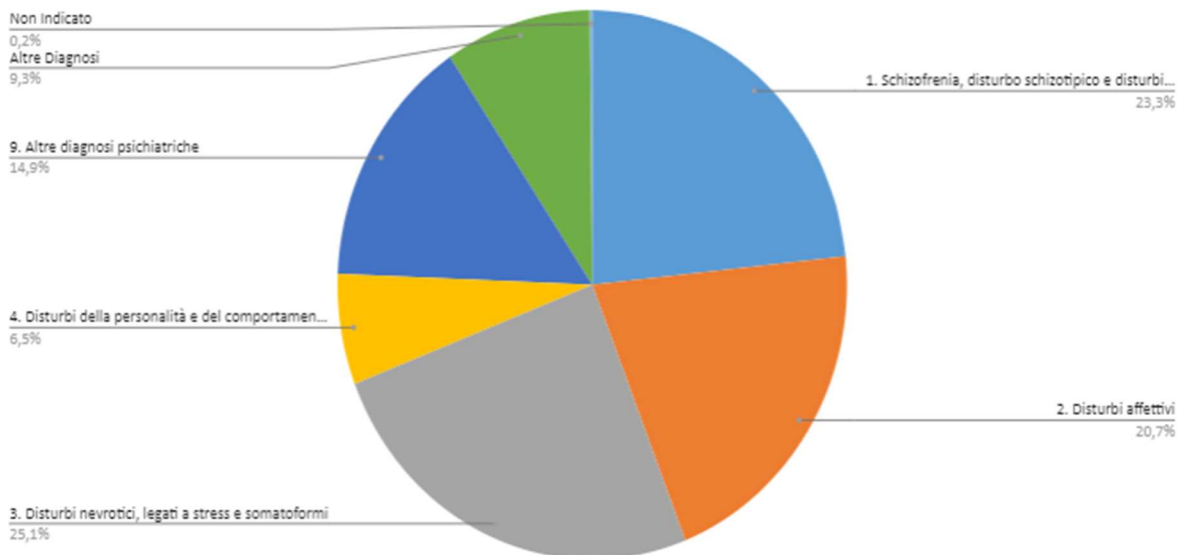


Grafico 1.2.17 Diagnosi per utenza DSM 2022 Fonte: DWH regionale

### L'assistenza primaria

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che "la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le

vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l'assistenza primaria costituisce il "contatto" più immediato e frequente per l'assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice".

<b>Medici di Assistenza Primaria (MMG):</b>	484
<b>Pediatri di Libera Scelta convenzionati:</b>	96
<b>Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica):</b>	13

Fonte dati: modello FLS12

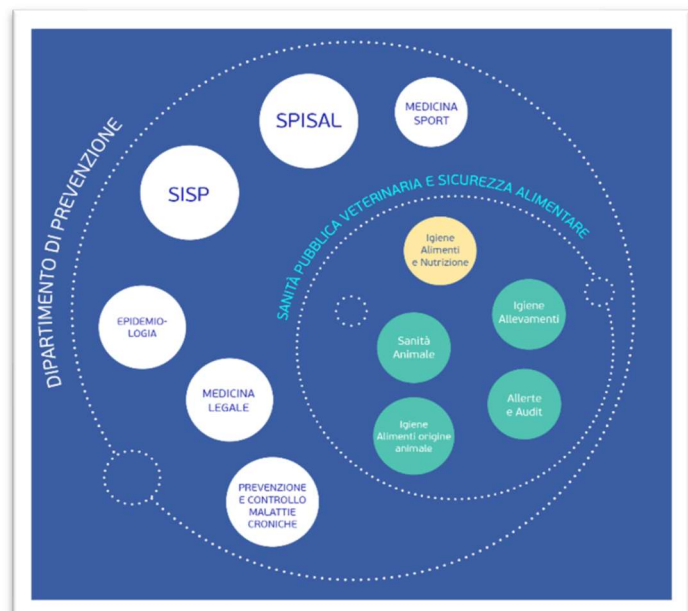
## Il Dipartimento di Prevenzione

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

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

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

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



### Coperture vaccinali

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

Copertura Vaccinale	2021	2022	2023	Obiettivo Regionale 2023
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,7	93,9	94,3%	>=95%
Vaccino anti HPV	65,7	62,4	61,0	>=80%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	51,9	39,2%	52,6%	>=60%*

Fonte dati: Qlik regionali copertura vaccinale (estrazione del 12.01.2024)

### Screening oncologici

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

Screening- Copertura	Copertura 2021	Copertura 2022	Copertura 2023	Obiettivo Regionale 2023
Screening mammografico	69,7%	60,8%	65,6%	>=60%
Screening cervice uterina	67,8%	79,7%	81,6%	>=50%
Screening colon retto	78,1%	69,0%	70,4%	>=50%

Fonte dati: Qlik regionali screening oncologici (estrazione del 12.01.2024)

# VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2024-2026 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio.

Il Valore Pubblico che l'Azienda intende perseguire ispira tutti gli obiettivi di performance che vengono definitivi e monitorati dall'Azienda, riducendo il rischio che gli sforzi compiuti per il raggiungimento 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 sconcordate.

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

## Vision e Mission aziendale

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si adopera per rispondere alla domanda di salute della comunità e dei cittadini erogando prestazioni d'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Il valore fondante dell'Organizzazione è la tutela della Salute (garantita all'Articolo 32 della Costituzione) che si coniuga con l'accesso libero e universale ai servizi socio-sanitari. Il fine fondamentale, appena richiamato, di qualsiasi azienda sanitaria deve coniugarsi con altri principi come il buon andamento della pubblica amministrazione e l'integrazione con i settori comunitari così da raggiungere una politica, generalmente intesa, di promozione della Salute e sviluppo del benessere e della qualità di vita.

L'OMS definisce la salute come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie e infermità". Tendere a così alti obiettivi, include un enorme sforzo da parte dell'organizzazione, che passa necessariamente da un utilizzo equo e appropriato delle risorse a disposizione e da continuo aggiornamento di competenze tecniche che vada di pari passo con l'evoluzione della tecnologia e delle conoscenze. Inoltre, è fondamentale sviluppare sinergie soprattutto tra servizi ospedalieri e territoriali, adeguando le modalità d'offerta e di erogazione senza precludere però l'espressione del potenziale professionale e umano degli operatori. Il sistema produttivo dei servizi non può essere poi un sistema autoreferenziale ma è obiettivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana incentivare anche la partecipazione di stakeholder, autonomie locali, enti e associazioni nel sistema di produzione.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana fa parte del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto in qualità di ente strumentale della Regione. Il raggiungimento e l'implementazione della Vision, precedentemente riportata, conduce l'organizzazione a analizzare i bisogni di salute e la domanda di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta o tramite strutture partner di diritti di prevenzione, diagnosi, riabilitazione, cura e reinserimento sociale.

Il mantenimento di elevati standard qualitativi si coniuga con le disponibilità economiche garantite dal sistema di finanziamento regionale e con il rispetto dei principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie previste dalle norme vigenti.

Riassumendo, l'attività aziendale si fonda su:

- **Centralità del cittadino:** adeguare l'offerta socio sanitaria ai bisogni della cittadinanza, tenendo conto dell'invecchiamento anagrafico e della conseguente maggiore morbilità.
- **Integrazione:** collaborazione costante con gli enti privati accreditati così da garantire l'assistenza migliore possibile e rispondere celermente ad aumenti non preventivati della domanda.
- **Sostenibilità economica:** organizzare l'erogazione compatibilmente con le risorse disponibili in un'ottica di efficacia ed efficienza.
- **Modernizzazione:** esprimere il contributo al Valore Pubblico attraverso i moderni strumenti tecnologici, informatici e digitali al fine di costruire un'Azienda moderna e al passo con i tempi.

## Programmazione, obiettivi e valutazione

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

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

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

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

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

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

**Dominio Innovazione, ricerca e creatività (3 indicatori)**

**Dominio Qualità dei servizi (8 indicatori)**

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



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

Province <b>REGIONE</b> Ripartizione	01-01		01-02		01-03		01-04		01-05		01-06	
	Speranza di vita alla nascita (b)		Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)		Mortalità infantile (d)		Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)		Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)		Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)	
	2022	2022 - 2019	2020	2020 - 2019	2020	2020 - 2019	2021	2021 - 2019	2020	2020 - 2019	2020	2020 - 2019
Verona	83,6		13,7		1,8		0,5		6,9		37,7	
Vicenza	83,6		14,6		2,2		0,3		6,4		42,1	
Belluno	82,3		16,7		1,7		1,1		7,2		34,8	
<b>Treviso</b>	<b>84,1</b>		<b>13,0</b>		<b>1,6</b>		<b>1,0</b>		<b>6,5</b>		<b>43,4</b>	
Venezia	83,1		15,0		1,7		1,5		7,7		40,4	
Padova	83,7		13,2		2,2		0,6		6,9		40,7	
Rovigo	81,9		16,6		2,6		3,0		9,0		40,6	
<b>VENETO</b>	<b>83,3</b>		<b>14,1</b>		<b>1,9</b>		<b>0,9</b>		<b>7,0</b>		<b>40,5</b>	
<b>Nord-est</b>	<b>83,2</b>		<b>14,6</b>		<b>1,9</b>		<b>0,7</b>		<b>7,1</b>		<b>37,4</b>	
<b>Italia</b>	<b>82,6</b>		<b>16,6</b>		<b>2,5</b>		<b>0,6</b>		<b>8,0</b>		<b>35,7</b>	

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

Province REGIONE Ripartizione	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e)		Emigrazione ospedaliera in altra regione (d)		Medici specialisti (e)		Posti letto negli ospedali (e)	
	2021	2021 - 2019	2021	2021 - 2019	2022	2022 - 2019	2021	2021 - 2019
Verona	7,8		6,0		35,3		36,5	
Vicenza	4,1		4,9		22,4		25,6	
Belluno	2,6		6,4		25,2		30,3	
<b>Treviso</b>	<b>4,1</b>		<b>6,0</b>		<b>22,1</b>		<b>28,2</b>	
Venezia	3,9		6,7		25,4		32,0	
Padova	7,2		4,7		38,5		33,5	
Rovigo	2,8		10,2		28,8		35,3	
<b>VENETO</b>	<b>5,2</b>		<b>5,9</b>		<b>28,9</b>		<b>31,4</b>	
<b>Nord-est</b>	<b>4,1</b>		<b>5,9</b>		<b>32,0</b>		<b>34,8</b>	
<b>Italia</b>	<b>4,1</b>		<b>7,8</b>		<b>33,2</b>		<b>32,6</b>	

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

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

Le dimensioni d’impatto riportate sono due dei possibili indicatori di performance aziendale in termini di creazione di Valore Pubblico. Questo risulta tanto più elevato quanto le diverse prospettive indicative di benessere vengono coniugate e amalgamate in una prospettiva organica di valutazione dell’operato aziendale. Una comparazione a livello nazionale e regionale risulta utile soprattutto alla luce di macro-situazioni ad elevato impatto (pensiamo alla pandemia COVID) che possono, confrontate con altre realtà, dare una lettura differente e un giudizio ponderato sulla performance aziendale.

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

Le misure riportate dal paziente consentono di misurare quanto un’organizzazione o un sistema abbiano concretamente spostato l’approccio della patient-centeredness richiamata tra i principi fondanti dell’attività aziendale, e possono anche essere utilizzate per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari in un’ottica patient-oriented. L’Osservatorio PREMs (Patient-Reported Experience Measures) mira a raccogliere e fornire a manager e professionisti sanitari, ad ogni livello dell’azienda sanitaria stessa, i feedback dei pazienti sulla loro esperienza di ospedalizzazione ordinaria.

Le informazioni di esperienza possono fornire indicazioni concrete, puntuali e fruibili in merito alla percezione dei pazienti. L’Osservatorio PREMs, inoltre, è un canale di comunicazione tra i cittadini e il sistema sanitario costantemente aperto, in grado di raccogliere le storie dei pazienti e far tesoro degli aspetti che sono rilevanti per questi ultimi, sia per migliorare la qualità dell’assistenza offerta, sia per valorizzare il personale sanitario che si impegna quotidianamente nell’erogazione dei servizi. Mettere le Aziende e i professionisti sanitari nelle condizioni di utilizzare questi dati tempestivamente, anche su base quotidiana, è un passo avanti per una Sanità che vuole sempre più avvicinarsi al cittadino-paziente.

Una considerazione complessiva dell'assistenza può essere ben approssimata dalla valutazione dell'esperienza di ricovero nei presidi ospedalieri dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana.

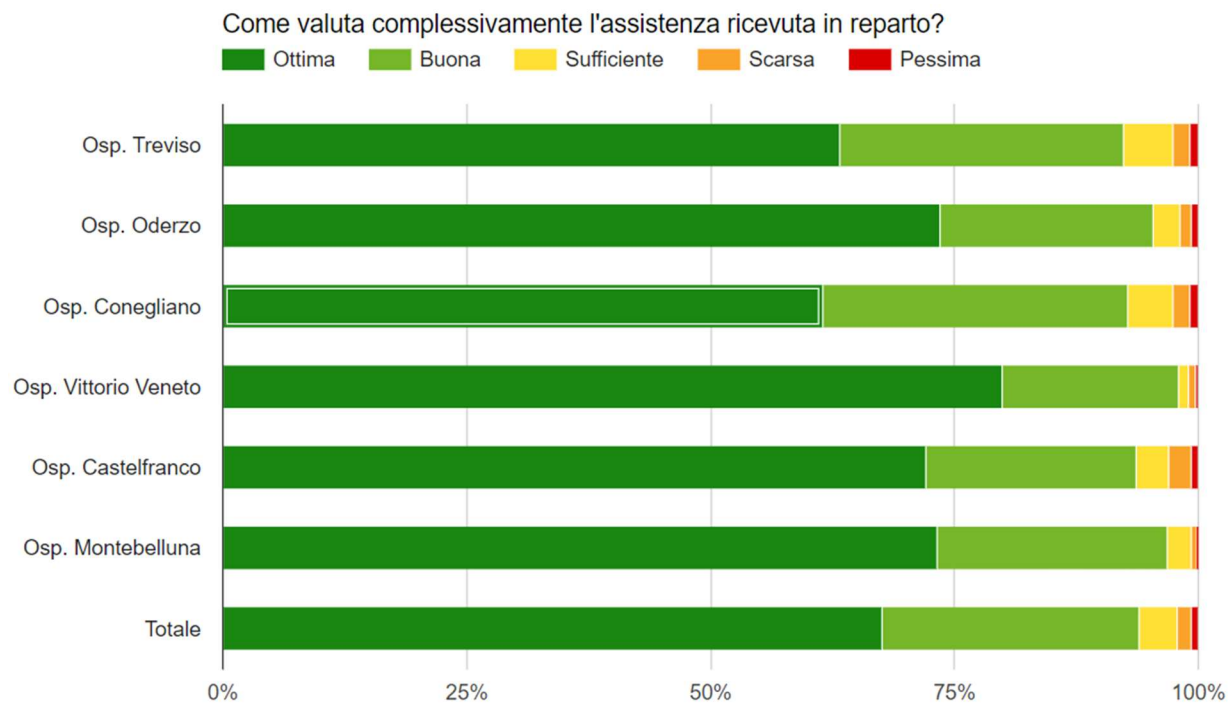


Grafico 2.1.1. Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Fonte: indagine Prens, periodo 01/01/2023-31/12/2023

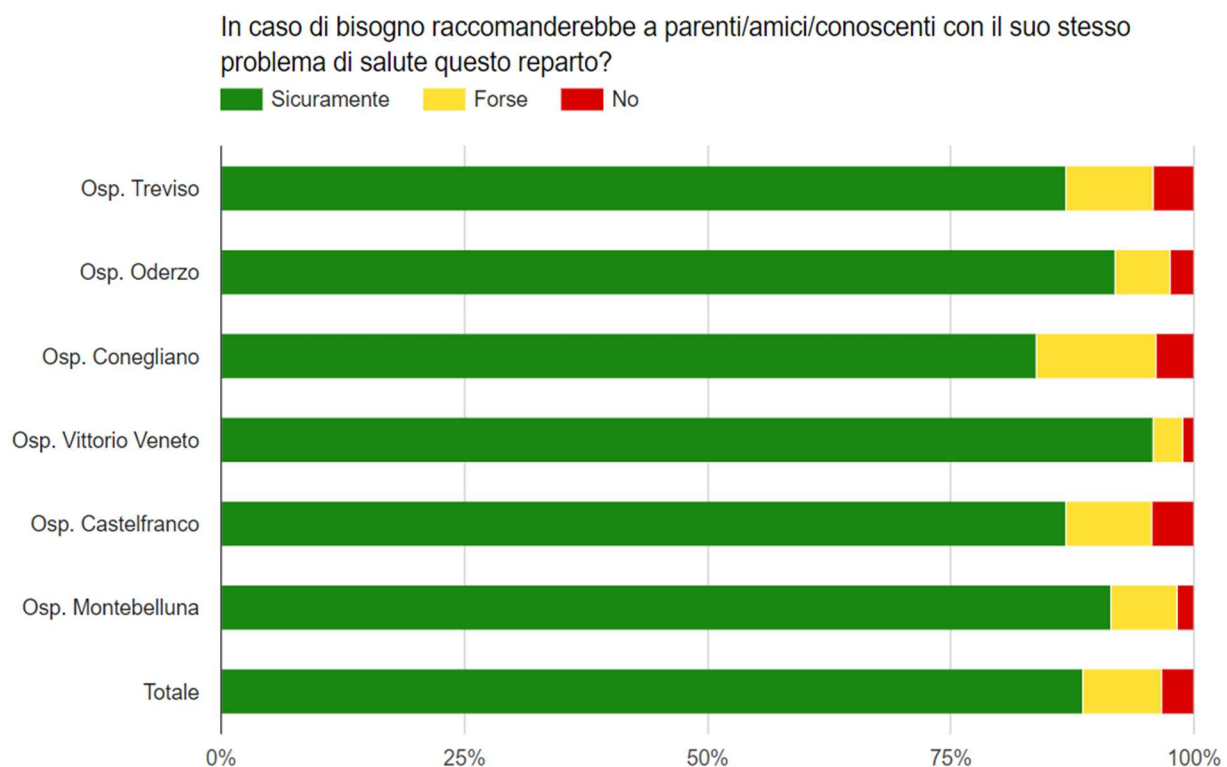


Grafico 2.1.2. Raccomandazione reparto. Fonte: indagine Prens, periodo 01/01/2023-31/12/2023

**Dai dati emerge una considerazione più che positiva tra coloro che hanno sostenuto un'esperienza di ricovero nelle strutture aziendali.** Si sottolinea come un'indagine di questo tipo ponga sotto esame diversi aspetti della realtà ospedaliera: l'accoglienza al momento dell'ingresso in struttura, la qualità

percepita dell'assistenza, la disponibilità del personale medico e infermieristico, la chiarezza delle indicazioni fornite sullo stato di salute. Un risultato di questo tipo non può che gratificare l'Azienda e motivarla maggiormente nell'offrire la migliore assistenza possibile ai cittadini.

Pur riconoscendo la bontà e la qualità percepita dell'operato aziendale, vi è il rischio di indugiare in una autoreferenzialità che potrebbe rivelarsi negativa nel lungo periodo: l'erogazione di servizi socio-assistenziali infatti richiede un costante aggiornamento e confronto con realtà esterne. In quest'ottica la Regione Veneto da anni partecipa assieme ad altre 8 Regioni (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria) e alle 2 Province Autonome di Trento e Bolzano alla valutazione della performance effettuata dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il Report del 2022 del Network delle Regioni fotografa la capacità dei sistemi sanitari regionali di riuscire a rispondere ai bisogni di salute della popolazione nel corso del 2022. Elemento caratterizzante di questo rapporto è la multidimensionalità: il Sistema di Valutazione è capace di intercettare le relazioni tra i nodi del sistema sanitario e tra il sistema sanitario e gli altri sistemi sociali. Indicatori come l'equilibrio economico reddituale, la percentuale d'assenza del personale, la sanità digitale e la capacità di governo della domanda affiancano la valutazione della performance prettamente medico-clinica. Altro elemento chiave dell'indagine è l'utilizzo del benchmarking: questo è usato in molti sistemi di misurazione e valutazione della performance per la sua capacità di innescare processi reputazionali capaci di attivare il cambiamento. Il processo di confronto tra le istituzioni del sistema su numeri, scelte e risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini delle sue azioni ma rappresenta anche lo strumento essenziale per apprendere e individuare eventuali ambiti di miglioramento.

### Valutazione della Performance 2022



Grafico 2.1.3 Progetto Bersaglio-Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Dai risultati si evince come l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana consegua risultati eccellenti in quasi

tutti gli ambiti analizzati. Si rileva come l’Azienda, oltre all’elevata qualità delle cure, operi in un contesto d’ equilibrio e solidità patrimoniale non comune tra le aziende che si occupano di assistenza socio-sanitaria.

## Performance

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

Per il triennio 2024-2026 l’Azienda intende perseguire questi obiettivi strategici:

1. aumentare la sostenibilità nell’uso delle risorse;
2. migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino;
3. sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.



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

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall’Azienda nell’ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);
- dall’altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con la DGR n. 1682 del 29/12/2023 *“Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l’anno 2024”* (tipo obiettivo “R”).

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

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

Con questo obiettivo strategico l'Azienda pone l'attenzione sulla necessità di un uso oculato delle risorse economiche ed umane. L'efficientamento energetico, tema diventato centrale alla luce delle recenti crisi delineatesi nel contesto geopolitico mondiale, viene implementato grazie ad una serie d'interventi nelle strutture ospedaliere di Castelfranco Veneto e Oderzo.

L'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana ha deciso inoltre di garantire maggiore efficacia ed efficienza al processo di logistica dei beni sanitari.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Interventi di efficientamento energetico legati all' adeguamento degli impianti nei presidi ospedalieri di Castelfranco Veneto e Oderzo	A	Implementazione di un sistema trigenerativo	Interventi nel P.O. di Oderzo	Interventi nel P.O. di Oderzo
	A	Attivazione del servizio energia per il Piano 10 del monoblocco del P.O. di Castelfranco Veneto	Attivazione	Mantenimento
Revisione dei sistemi di logistica dei beni	A	Avvio della logistica centralizzata dei farmaci nel presidio ospedaliero di Vittorio Veneto e della logistica esternalizzata dei dispositivi medici e altro materiale.	Avvio	Mantenimento

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	R	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	SI	SI
Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	R	Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	SI	SI

		Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%
		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	SI	SI
Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	R	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	SI	SI
Strategie di reclutamento del personale SSR	R	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione
Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	R	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	Punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale	Punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale

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

La creazione di nuovo Valore Pubblico passa necessariamente dalla facilitazione all'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. L'accessibilità fisica, fondamentale per qualsiasi azienda operante nel settore della cura al cittadino che voglia definirsi "vicina" allo stesso, viene implementata con il trasferimento delle attività sanitarie e apparecchiature nel nuovo Edificio 29. Le attività si inquadrano nello sviluppo della fase 2 dell'intervento della Cittadella della Salute, un processo ambizioso che porterà l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana a prestare l'assistenza sanitaria in un polo d'eccellenza e all'avanguardia.

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

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Accessibilità fisica: Cittadella della Salute	A	Attivazione Edificio 29: garantire la continuità delle attività sanitarie	Completamento de trasferimenti delle attività sanitarie nell'edificio 29	
			Realizzazione del trasferimento delle apparecchiature c/o il blocco 29	
	A	Sviluppo della seconda fase dell'intervento Cittadella della salute		Definizione della progettazione esecutiva della seconda fase

Sviluppo della telemedicina.	A	Telemedicina per pazienti con scompenso cardiaco dimessi dalla geriatria.	Avvio	Implementazione
		Applicazione del teleconsulto, televisita e telecontrollo nei reparti di Cardiologia, Ematologia, Neurologia, Pneumologia, Vulnologia, Oncologia, Malattie endocrine, Neuroradiologia.	Avvio	Implementazione
		Sistema di teleradiologia, telerefertazione diagnostica e teleconsulto per i pazienti ricoverati nelle RSA.	Implementazione	
		Telemedicina a valenza riabilitativa su pazienti con bisogni riabilitativi e assistenziali di varia natura	Avvio	Implementazione
		Telemedicina mediante la nuova piattaforma regionale: applicazione del telemonitoraggio domiciliare per pazienti cronici	Avvio	Implementazione
		Teleconsulto di Radioterapia per pazienti ricoverati negli ospedali dell' Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana e nelle case di riposo.	Avvio	Implementazione
		Creazione di una rete di teleriabilitazione tra gli Ospedali di Montebelluna e Castelfranco e le strutture intermedie del Distretto di Asolo (URT e ODC)	Avvio	Implementazione
Accessibilità digitale: DIGITAL ORIENTEERING	A	Navigazione intelligente nella nuova Cittadella della Salute di Treviso per far arrivare il cittadino al giusto ambulatorio e al giusto reparto: avvio sistema	Avvio del sistema	Implementazione
Attuazione del Piano della Prevenzione Aziendale	A	Attuazione del Piano della Prevenzione Aziendale	Almeno 1 azione per programma	Almeno 1 azione per programma

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Perseguimento PNRR M6	R	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento o DM 77/22
		PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento o DM 77/22
		PNRR: "Grandi apparecchiature"	SI	SI
		PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile"	SI	SI
		PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Milestone PNRR e indicazioni	Milestone PNRR e indicazioni
		SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	SI	SI
		PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento o DM 77/22
Perseguimento interventi strategici ospedaliera edilizia	R	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	SI	SI
		Interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale	SI	SI

Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	R	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento o DM 77/22
--	---	--	--	--

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

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

A partire da giugno 2022, l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana ha avviato un processo di formazione di personale medico, infermieristico e tecnico per operare all'interno del Centro Trapianto Midollo Osseo aperto presso l'UOC Ematologia dell'Ospedale Ca' Foncello. L'obiettivo dell'Azienda è quello di garantire ai propri pazienti oncoematologici la possibilità di essere sottoposti a trapianti allogenici senza dover necessariamente rivolgersi a centri esterni, spesso ubicati fuori Regione.

I sempre più rapidi progressi scientifici, la complessità della procedura e l'alto livello qualitativo dell'assistenza necessaria al paziente trapiantato richiedono che il personale acquisisca un'expertise ed una cultura qualificata tali da saper affrontare le spesso ardue problematiche della strategia trapiantologica: l'alto livello di formazione viene garantito dalla convenzione tra l'University of Illinois di Chicago e l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana che include attività di tutoraggio e training. La messa a terra del progetto viene garantita da un obiettivo di almeno 20 trapianti, inclusi trapianti da donatore non familiare.

L'Azienda ULSS 2 rivolge particolare attenzione alla reingegnerizzazione dei processi relativi alla **gestione delle liste d'attesa** che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda che si assume la responsabilità di seguirlo nell'affrontare il suo problema di salute per tutto il tempo necessario, non solo nella fase acuta ma anche nei controlli successivi.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Presa in carico del paziente da parte dello specialista	A	Gestione delle liste d'attesa: presa in carico dei pazienti cronici	90% dei pazienti presi in carico	Mantenimento
Da modello aziendale socio sanitario a modello sanitario	A	Collaborazione con i comuni per il passaggio al nuovo modello gestionale: analisi dello stato dell'arte e programmazione dei tempi/modi per il trasferimento delle competenze	Supporto al trasferimento	Consolidamento del nuovo modello per le diverse aree socio-sanitarie
Rendicontazione sull'utilizzo dei finanziamenti del PNRR e sul rispetto delle tempistiche	A	Implementazione della cabina di regia per il monitoraggio e audit dei progetti PNRR		
Superamento visita dell'autorizzazione all'esercizio della Cittadella Sanitaria Edificio 29	A	Visita accreditamento effettuata	si	
Conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'ULSS n. 2 Marca trevigiana	A	Conferma autorizzazione	si	

Implementazione delle attività di Cybersecurity al fine di aumentare il livello di sicurezza informatica	A	Prosecuzione del progetto	90% delle fasi previste per l'anno	
Attuazione del Piano Investimenti Sanitario 2024-2026	A	Acquisizione 2 robot per chirurgia mininvasiva per il blocco operatorio di Treviso e per il blocco operatorio di Conegliano	Acquisto	
		Acquisizione 1 acceleratore lineare per il Presidio Ospedaliero di Treviso	Acquisto	
		Acquisizione 1 Gamma Camera per il Presidio Ospedaliero di Treviso	Acquisto	
Sviluppo del Centro Trapianti Midollo Osseo	A	Avvio delle attività	Numero di trapianti allogeneici > 20	

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	R	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	>90%
		% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	SI	SI
		Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	SI	SI
		Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per azienda sanitaria	SI	SI
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	R	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale

		Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	Rispetto nazionale soglia	Rispetto soglia nazionale
		H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Rispetto nazionale soglia	Rispetto soglia nazionale
		H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	Rispetto nazionale soglia	Rispetto soglia nazionale
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione (*)	Mantenimento rispetto nazionale soglia	Mantenimento rispetto nazionale soglia
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto (*)	Mantenimento rispetto nazionale soglia	Mantenimento rispetto nazionale soglia
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale (*)	Mantenimento rispetto nazionale soglia	Mantenimento rispetto nazionale soglia
Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	R	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	SI	SI
Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	R	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	SI	SI
Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	R	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	SI	SI
		Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%	>=80%
Sviluppo dell'assistenza territoriale	R	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	SI	SI
		D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente
		Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	SI	SI
		Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record
Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	R	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	70%	70%
Valorizzazione ruolo di Hub	R	Mantenimento attrazione per pazienti extra-regione specifico per azienda sanitaria	SI	SI

Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	R	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%	<=4%
Miglioramento della qualità del debito informativo	R	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	SI	SI
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	R	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	<= 52,2% o in miglioramento	<= 52,2% o in miglioramento
Sviluppo dei progetti di qualità percepita	R	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	SI	SI
Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	R	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	>= 10%	>= 10%
Miglioramento dei processi sanitari	R	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro	indicazioni del Gruppo di lavoro
		Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	SI	SI

## Rischi corruttivi e trasparenza

L'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto, secondo le indicazioni che sono contenute nel D.M. n. 132/2022, avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'Azienda. Tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Scopo della presente sezione è quello di definire, in linea con gli obiettivi strategici aziendali, una strategia aziendale di prevenzione della corruzione organica e sistematica e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere 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 6.11.2012, n. 190 (L. 190/2012), e regionale, in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione (PNA).

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.

Con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha adottato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, l'ANAC ha approvato l'aggiornamento 2023 al PNA 2022, dedicato ai contratti pubblici, in ragione delle importanti novità introdotte dall'adozione del D.Lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 che ha introdotto il nuovo Codice dei contratti pubblici, precisando in premessa che "anche le indicazioni contenute nel presente Aggiornamento sono quindi orientate a fornire supporto agli enti interessati al fine di presidiare l'area dei contratti pubblici con misure di prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza che possano costituire una risposta efficace e calibrata rispetto ai rischi corruttivi che possono rilevarsi in tale settore dell'agire pubblico".

Il contenuto di tale documento è di fondamentale importanza per la gestione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione e della trasparenza e per tale motivo dovrà essere applicato da tutti gli attori aziendali coinvolti in tale ambito, secondo le tempistiche indicate da ANAC.

## Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda

### 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, in merito alla scelta e alla riconferma del RPCT, ha seguito le indicazioni di ANAC, riportate nel PNA 2019 e nel PNA 2022. 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 un elevato grado di autonomia e indipendenza, deve poter accedere 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. 8.4.2013, n. 39 (D. Lgs. 39/2013) e chiarite in specifici provvedimenti adottati da ANAC.

Come indicato da ANAC, da ultimo nel PNA 2022, allegato 3 "Il RPCT e la struttura di supporto", dal punto di vista organizzativo, al fine di garantire che il RPCT svolga il proprio ruolo con autonomia ed effettività, nel corso del 2023 si è provveduto a rafforzare l'Ufficio trasparenza e anticorruzione procedendo a:

- individuare specifica struttura organizzativa di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: con nota prot. n. 164040 del 14.09.2023 il Direttore amministrativo ha individuato come componenti della struttura organizzativa di supporto alla figura del RPCT, costituita ai sensi di quanto previsto all'interno della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, e coordinata dal RPCT stesso, la Dott.ssa Serena Candido della UOC Affari generali e legali, la Dott.ssa Liliana Bortot dell'Ufficio Internal audit e gli ingegneri Maria Crema e Serena Giubbi dell'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo;
- prevedere uno specifico incarico di funzione professionale incardinato nell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, denominato "Supporto alla gestione degli adempimenti aziendali relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza", attivato a gennaio 2024 ed assegnato alla Dott.ssa Serena Candido, con le seguenti funzioni:
  - supporto al RPCT, alla Direzione e ai diversi servizi aziendali nella programmazione, gestione e monitoraggio delle misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione;
  - supporto e monitoraggio in tema di obblighi relativi alla trasparenza;
  - supporto nella predisposizione dei principali atti relativi alla materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PIAO, Regolamenti, ...).

Con DDG n. 198 del 31.01.2023, al fine di garantire continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si è provveduto a confermare come sostituto del RPCT in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, il Dott. Carlo Frattin, Direttore della UOC Affari Generali e Legali.

Con DDG n. 1413 del 13.07.2023, avente per oggetto "Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'Unione europea (c.d. whistleblowing)", è stato disposto che nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione il Direttore della UOC Affari generali e legali.

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

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione. 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 dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell’art. 16, co. 1 ter, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Nell’Allegato 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 2023 una sezione relativa a “suggerimenti per l’elaborazione della strategia aziendale di prevenzione dei rischi corruttivi”. Anche quest’anno è stato suggerito di proseguire nella formazione del personale.

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 dalla Sezione rischi corruttivi e trasparenza 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 nella Sezione stessa.

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

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

Il PNA 2016 prevede l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, ribadendo nel PNA 2022 l'importanza di tale figura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocatione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione.

Con l'adozione del presente documento viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato dell'UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni.

## Internal auditing

L'Internal Auditing si occupa in particolare 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 sistematico, finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di *corporate governance*, svolgendo altresì specifica attività di audit per migliorare 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 2022-2024 appena approvato precisa che, nella fase di monitoraggio del PIAO, viene accertata l'attuazione delle misure di prevenzione e la verifica delle loro idoneità. E' buona cosa non introdurre nuove misure 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'Ufficio Internal Audit e l'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione, in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi di entrambe con un approccio volto alla misurazione, all'analisi e al miglioramento, gestendo così sia i rischi amministrativo contabili che quelli riguardanti la gestione del rischio corruttivo.

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 corruttivo connesso;
- verifica l'efficacia delle misure di trattamento del rischio.
- Nel piano triennale dell'Internal Audit 2023-2025, in corso di definizione, sono previste le attività di analisi e valutazione del rischio con le diverse unità operative al fine di valutare i seguenti 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 2022.

Nel corso del 2023, Internal Audit, 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.

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.01.2017, n. 1538 del 10.8.2017, n. 857 del 24.05.2018 e n. 1989 del 14.10.2021 è stato costituito l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), in forma monocratica, quale autorità competente per le infrazioni per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa) nei confronti di tutto il personale dipendente delle aree della dirigenza e del comparto dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana. L'UPD è altresì competente per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i medici specialisti ambulatoriali interni: per tale funzione, l'Ufficio agisce in composizione collegiale, integrato con altri due componenti.

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

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

## La gestione dei rischi di corruzione

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.

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, la cui metodologia è indicata dall'allegato 1 del PNA 2019, a cui rimanda il PNA 2022, ed è dettagliata nelle seguenti fasi:

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

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 2023 l'Italia si è classificata al 42° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, con un punteggio di 56/100.

A livello europeo l'Italia si pone al 17° posto su 27 paesi membri dell'Unione europea, dove il punteggio medio è di 65/100.

---

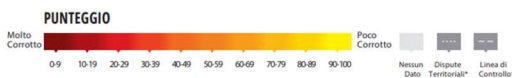
<sup>1</sup> Transparency International è la più grande organizzazione a livello globale che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione. Fondata nel 1993, con sede a Berlino, è diffusa in oltre 100 Paesi del mondo, la sezione Italia è stata fondata nel 1996 da persone di diversa estrazione sociale 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>).

# INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2023

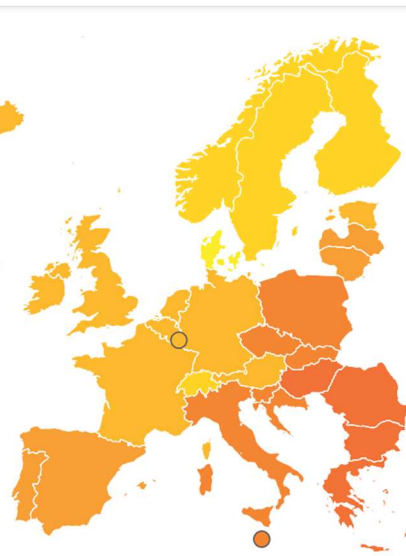
EUROPA OCCIDENTALE & UNIONE EUROPEA

**65**/100

PUNTEGGIO MEDIO



\*The designations employed and the presentation of material on this map follow the UN practice to the best of our knowledge and as of January 2024. They do not imply the expression of any opinion on the part of Transparency International concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities or concerning the delimitation of its borders or boundaries.



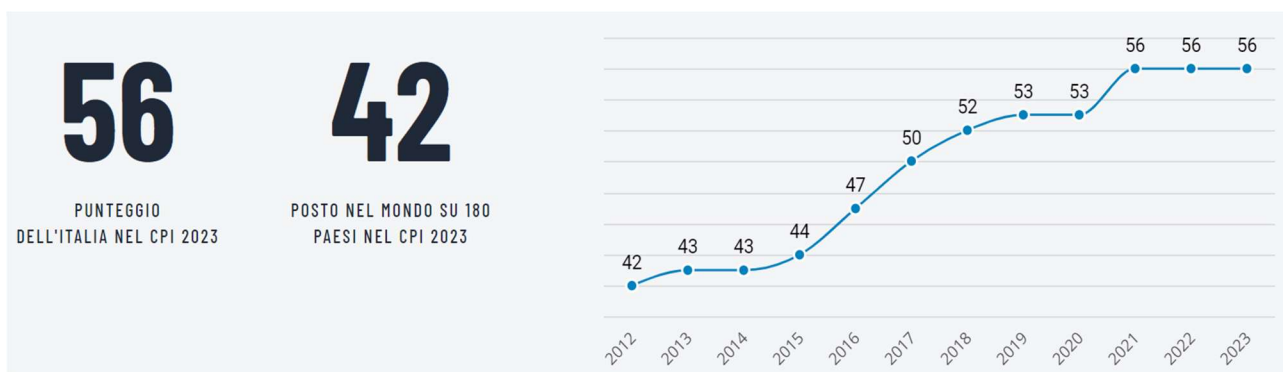
PUNTEGGIO PAESE	
90	Denmark
87	Finland
84	Norway
82	Sweden
82	Switzerland
79	Netherlands
78	Germany
78	Luxembourg
77	Ireland
76	Estonia
73	Belgium
72	Iceland
71	Austria
71	France
71	United Kingdom
61	Lithuania
61	Portugal
60	Latvia
60	Spain
57	Czechia
56	Italy
56	Slovenia
54	Poland
54	Slovakia
53	Cyprus
51	Malta
50	Croatia
49	Greece
46	Romania
45	Bulgaria
42	Hungary

#CPI2023

www.transparency.it

This work from Transparency International (2024) is licensed under CC BY-ND 4.0 © ① ②

Dal 2012 al 2023 in Italia sono state guadagnate n. 14 posizioni, a riprova dei progressi fatti in tale ambito.



**56**

PUNTEGGIO DELL'ITALIA NEL CPI 2023

**42**

POSTO NEL MONDO SU 180 PAESI NEL CPI 2023

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 questi ultimi anni, ha influito sul clima generale di fiducia, sostenuto anche dagli sforzi espressi da numerosi stakeholder del settore privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità.

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

Sulla base delle relazioni della Direzione investigativa antimafia (Dia), relative al primo e al secondo semestre 2022, "per i suoi affari, la criminalità organizzata guarda al Veneto, dove «la presenza delle organizzazioni criminali di tipo mafioso è stata evidenziata da numerose investigazioni, che hanno dimostrato come nel corso degli anni il territorio sia stato infiltrato da esponenti di 'ndrangheta, cosa nostra e camorra». Il Veneto è un territorio descritto come «fortemente industrializzato, vivace, produttivo e in ripresa economica» e quindi in grado di «attrarre costantemente gli interessi delle organizzazioni criminali che, operando con

proprie dimensioni imprenditoriali, tentano di intercettare nuove opportunità di business». «Estorsioni, rapine, usura, ricettazione e riciclaggio», questi sono alcuni crimini commessi da membri di gruppi criminali organizzati, insieme ad altri reati predatori e al traffico di droga. «Costante risulta altresì l'interesse della criminalità nel perseguire l'infiltrazione del tessuto economico-produttivo soprattutto tramite la commissione di reati economico finanziari e di truffe, finalizzate all'indebito ottenimento di contributi pubblici - si legge ancora nella relazione della Dia - Ed è da evidenziare il trend in crescita negli ultimi anni delle frodi all'Iva, perpetrate spesso mediante l'utilizzo di società cartiere». La Dia suggerisce di fare quindi molta attenzione alle «opportunità di ulteriore sviluppo economico per il territorio», rappresentate dalle grandi opere, come la Pedemontana o la realizzazione dell'Alta Velocità, e dai Giochi Olimpici e Paraolimpici di Milano-Cortina del 2026, «la cui organizzazione richiede un notevole impiego di risorse rientranti nel Pnrr».

Il Prefetto di Venezia, a margine della conferenza regionale delle autorità di pubblica sicurezza tenutasi a Venezia a fine ottobre 2023, ha comunque comunicato che l'indice dei reati in Veneto nel periodo che va da gennaio a settembre 2023 è calato rispetto allo stesso intervallo dell'anno precedente.

Sul fronte delle infiltrazioni mafiose nella Regione, parere comune dei prefetti veneti è quello di "non abbassare la guardia, perché in un tessuto produttivo ed economico come quello veneto è un fenomeno che deve essere attenzionato puntualmente".

### **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;
- l'ambito della digitalizzazione della sanità dove alto è il rischio di richieste illecite volte ad ottenere la condivisione di dati sanitari o altri flussi informativi da parte di imprese farmaceutiche, assicurative, di servizi per la cura alla persona e di giganti informatici che puntano a profilare i pazienti per poi venderne le caratteristiche a terzi;
- l'area dei contratti pubblici, tra le aree di rischio più sensibili, maggiormente esposta anche al pericolo di conflitto d'interessi, quando chi propone i materiali risulta essere anche colui che poi li utilizza;
- la gestione delle liste d'attesa e i decessi in ambito intraospedaliero, in cui si potrebbero effettuare illecite segnalazioni anticipate a specifiche imprese funebri in cambio di compensi o favori.

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

### **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 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.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 22 del Reg. (UE) 2021/241, gli Stati membri devono adottare opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, con particolare attenzione alla prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del "doppio finanziamento".

Il PNRR si configura come un programma di performance, con *target* qualitativi e quantitativi definiti con *deadline* stringenti. Pertanto, il controllo e la rendicontazione vanno oltre la mera verifica finalizzata ad assicurare che le spese sostenute siano regolari, conformi alla normativa vigente e coerenti con i risultati raggiunti. Difatti, i progetti correlati al PNRR, vanno monitorati e controllati, anche al fine di garantire il corretto conseguimento delle *milestone* (intermedie) e dei *target* attesi.

Le “Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori”, emanate dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, prevedono che le Amministrazioni centrali titolari di misure (riforme/investimenti) PNRR, possano emanare proprie ulteriori procedure di dettaglio che tengano conto delle peculiarità dei vari interventi di competenza, proprio per assicurare ulteriori potenziali presidi di legalità e trasparenza, connessi alle singole procedure di attuazione e rendicontazione.

Nell’ambito della gestione della strategia di prevenzione della corruzione attuata nel corso del 2023, è stata dedicata particolare attenzione alle attività connesse ai fondi PNRR.

Nel corso dell’anno, in linea con quanto previsto nel Piano integrato di attività e organizzazione 2023 – 2025, oltre all’attuazione degli adempimenti dettati dalla normativa e dalle specifiche indicazioni nazionali e regionali, si è proceduto a realizzare una serie di azioni volte a supportare le diverse unità operative aziendali al fine di garantire un’efficace gestione di tali risorse, ed in particolare si è provveduto a:

- effettuare uno studio di fattibilità in ordine alla costituzione di una unità di missione/cabina di regia per supportare il Referente unico aziendale per il PNRR e in particolare per coordinare, monitorare, rendicontare e controllare le attività di gestione degli interventi previsti dal PNRR, avviando altresì la predisposizione della documentazione per la disciplina della stessa;
- fornire supporto ai competenti uffici per l’eventuale aggiornamento della mappatura dei processi a rischio nell’ambito degli interventi PNRR e per il corretto adempimento degli adempimenti connessi al piano: a tal fine, la Direzione amministrativa in data 15 settembre u.s. ha trasmesso alle unità operative coinvolte nella gestione dei fondi e dei progetti PNRR (UOC Servizi tecnici e patrimoniale, UOC Sistemi informativi, UOC approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, UOC approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica e UOSD Coordinamento attività per la nuova cittadella sanitaria di Treviso) una nota e-mail avente per oggetto “Rilevazione rischi PNRR e monitoraggio applicazione misure di controllo”, per consentire alle stesse di procedere alla valutazione dei diversi processi di competenza secondo specifica flowchart, prevedendo l’eventuale revisione dei relativi registri dei rischi, nonché alla valutazione del rispetto degli adempimenti previsti in tema di PNRR, mediante apposita check list;
- supportare le unità operative nell’implementazione di Amministrazione trasparente in considerazione delle novità normative e di quanto indicato nel PNA 2022;
- effettuare specifica attività di monitoraggio sugli interventi PNRR attraverso l’Ufficio Internal Audit sulla base delle direttive regionali;
- rendicontare le attività relative alla gestione dei fondi PNRR, attraverso il costante aggiornamento di ReGiS (Piattaforma unica per compiere tutta una serie di operazioni per rispettare gli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR), e la tenuta di un cronoprogramma a cura dell’UOC Sistemi informativi e dell’UOC Servizi tecnici e patrimoniali in *compliance* alle *milestones* regionali, con indicazione della percentuale di completamento dell’attività e quindi di raggiungimento dell’obiettivo, che viene periodicamente inviato alla Direzione aziendale e alla Regione del Veneto.

Rientra inoltre in tale ambito, l’impulso dato a quanto previsto dalla normativa antiriciclaggio, strettamente connessa alla strategia in tema di prevenzione della corruzione, in base alla quale gli uffici delle Pubbliche amministrazioni sono tenuti a comunicare all’Unità di informazione finanziaria per l’Italia (UIF) dati e informazioni concernenti operazioni sospette di cui siano venuti a conoscenza: l’Azienda ha infatti provveduto all’approvazione, effettuata con DDG n. 2354 del 15.12.2023, delle “Disposizioni organizzative in tema di segnalazione delle operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo ai sensi del

D.Lgs. n. 231/2017”, e all’individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza quale Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette.

Il sistema antiriciclaggio è infatti da considerare, insieme alla prevenzione della corruzione, uno strumento per tutelare l’integrità della pubblica amministrazione, prevedendo l’obbligo della segnalazione come operazione che si inserisce nell’iter procedimentale dei diversi uffici a presidio contro le infiltrazioni.

Al fine di rendere pienamente operativa la disciplina, per il 2024 si è programmata una specifica attività formativa anche in tale ambito, sia attraverso la somministrazione di una FAD resa disponibile da parte della Regione del Veneto, sia attraverso un percorso organizzato con un esperto in materia.

Per il 2024, l’Azienda, a seguito della riorganizzazione interna che ha interessato le unità operative complesse Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica e Sistemi informativi, anche con riferimento al riparto di competenze in tema di affidamento dei contratti pubblici, nonché in considerazione dell’entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti pubblici, facendo seguito all’interlocuzione avviata con le predette unità operative a fine 2023, intende procedere alla rivalutazione ed alla conseguente eventuale revisione dei processi e dei registri dei rischi relativi all’affidamento e all’esecuzione dei contratti pubblici, che riguardano anche la gestione fondi PNRR, attraverso l’analisi dei possibili eventi rischiosi che possono impattare in tali ambiti, compreso il rischio riciclaggio, secondo le indicazioni fornite da ANAC nella Delibera n. 605 del 19.12.2023 recante l’Aggiornamento 2023 del PNA 2022.

Inoltre, anche per l’anno 2024 l’Azienda ha previsto uno specifico obiettivo strategico connesso alla realizzazione del PNRR, all’interno dell’Obiettivo strategico 3 – Sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi, relativo alla “Rendicontazione sull’utilizzo dei finanziamenti del PNRR e sul rispetto delle tempistiche”, avente come indicatore l’implementazione della cabina di regia per il monitoraggio e audit dei processi PNRR.

### **Analisi del contesto interno**

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

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si rimanda alla Scheda anagrafica dell’organizzazione del presente documento, nonché alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all’interno della sezione Organizzazione e capitale umano, qui 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.

La definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l’intera attività svolta (come previsto anche dal PNA 2019).

Dall’anno 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 e valutare 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 fasi, di seguito descritte, di validazione della mappatura dei processi, di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi e di valutazione dei rischi specifici identificati.

## **Mappatura dei processi**

I processi inseriti nell'elenco fornito dall'Azienda Zero della Regione costituiscono l'oggetto di riferimento per l'internal auditing e si è quindi proceduto a raccordare l'elenco predisposto dalla Regione con quello definito in ambito anticorruzione, arrivando ad un unico elenco aziendale, che è stato revisionato ed affinato. 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 2022, nel quale si sottolinea che la mappatura dei processi dovrebbe essere unica, ossia integrata con altri sistemi di gestione.

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

Dal 2019 la funzione di controllo interno e gli uffici 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), ottemperando alle indicazioni del PNA 2019 per quanto riguarda i rischi corruttivi e di Azienda Zero per l'ambito dell'Internal Auditing.

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, si sono considerate sia le aree di rischio generali che quelle specifiche, peculiari del settore sanitario, come elencate nell'allegato 1.

In base a ciò, all'interno dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, sono stati valutati 80 processi: per n. 66 di questi è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo.

Dal 2022, al fine di agevolare l'attività di autovalutazione, è stato implementato uno specifico modulo Google, reso disponibile alle unità operative.

I risultati delle valutazioni riguardanti la rischiosità dei processi sono riportati nell'allegato 1.

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

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

Nel corso del 2023, seguendo la metodologia del CRSA, sono stati valutati/aggiornati i registri dei rischi specifici di corruzione di n. 12 processi aziendali.

Di questi, 3 registri dei rischi sono stati creati a seguito di un'attività svolta durante l'anno 2023 avente come obiettivo l'ottimizzazione di alcuni processi appartenenti al Dipartimento di Prevenzione.

Attualmente sono presenti n. 47 registri dei rischi, resi disponibili per i dipendenti nella seguente sezione dell'intranet aziendale <https://intranet.aulss2.veneto.it/web/prevenzione-della-corruzione/gestione-del-rischio/registri-dei-rischi>.

### 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 sono state adottate diverse tecniche che utilizzano 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, eventi rischiosi enucleati nel PNA) 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 nei PNA e identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione;
- 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.

I rischi identificati sono riportati nella prima parte dei registri dei rischi nell'Allegato 1.

Il PNA 2019 sottolinea l'importanza dell'analisi dei fattori abilitanti, cioè i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. Per tale ragione si è deciso di adottare una struttura per la definizione dei rischi specifici che preveda di indicare la causa/fattore abilitante, l'evento e la relativa conseguenza. Ciò consente di agevolare l'identificazione di misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire ogni rischio identificato e descritto come suddetto.

I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Esempi 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, inoltre, 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.

#### Analisi e ponderazione dei rischi specifici

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

Il gruppo di lavoro e 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, sono stati identificati i rischi specifici di n. 47 processi, corredati del relativo registro dei rischi.

I registri dei rischi sono consultabili nella area Intranet aziendale alla sezione "Prevenzione della Corruzione e Internal Auditing/gestione del rischio"

### **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, trasferimento 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 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).

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 introdurre 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 nell'allegato 1 sono riportate 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.

Data 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 2024-2026 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.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici	Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%	Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Aggiornamento registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	10%	Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste	100%	100%	Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Valutazione ed eventuale aggiornamento dei registri dei rischi relativi all'affidamento e all'esecuzione dei contratti pubblici, che impattano anche sulla gestione fondi PNRR, valutando altresì il rischio riciclaggio	Numero di registri valutati rispetto al numero di registri esistenti	100%	100%	Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione

## Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione

### La formazione

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

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

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

La formazione relativa alla prevenzione della corruzione viene programmata nel Piano triennale della formazione adottato dall'Azienda. Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliati e approvati da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti anche i coordinatori della Formazione e il 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 RPTC.

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

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

Nel corso del 2023 è stata realizzata la seguente attività formativa:

- corso di formazione "La prevenzione della corruzione: dalle misure generali ai registri dei rischi" rivolto al personale tecnico e veterinario del Dipartimento di prevenzione, tenuto da personale interno dell'UOC Affari generali e dell'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, sviluppatosi in n. 3 edizioni;
- somministrazione della FAD sul codice di comportamento;
- corso di formazione "La trasparenza amministrativa tra regole dell'etica pubblica, del procedimento amministrativo e della protezione dei dati personali: accesso ai documenti amministrativi, accesso civico e obblighi di pubblicazione", rivolto ai Direttori delle unità operative con processi a rischio corruttivo, e un loro collaboratore, oltre che ai Direttori delle unità operative distrettuali, tenuto da un relatore esterno, sviluppatosi in n. 2 edizioni.

Risultano inoltre essere stati fruiti ulteriori corsi da parte del personale dipendente in tale ambito, soprattutto con riferimento alla gestione degli appalti e dei fondi del PNRR.

Nel corso del 2023 si è continuato ad implementare e aggiornare l'area intranet dedicata alla gestione del rischio corruttivo, ritenendo la stessa un fondamentale veicolo delle informazioni relative alla materia, soprattutto in considerazione della maggiore accessibilità della stessa da parte del personale dipendente.

Lo stato di conoscenza da parte del personale dipendente della strategia aziendale in tema di prevenzione della corruzione è stato monitorato attraverso l'effettuazione degli audit integrati da parte della UOSD Gestione dei sistemi della qualità, che hanno dato esito positivo, pur richiedendo delle attività di rinforzo su determinate tematiche.

Nel Piano formativo aziendale 2024, approvato dal Comitato scientifico nel corso della riunione del 13 dicembre 2023, e adottato con DDG n. 2624 del 29.12.2023, sono stati inseriti specifici corsi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, quali la somministrazione della FAD sul codice di comportamento, uno specifico corso residenziale sul codice di comportamento, nonché un corso residenziale sulla prevenzione della corruzione per parte del personale dei Distretti socio sanitari.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione
	Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	100%	100%	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione
	Formazione dei referenti del RPCT	Personale formato rispetto al numero dei referenti	75%	80%	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione

### **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;
- soggettivi, connessi ai diritti individuali dei dipendenti in quanto le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente.

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.

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 (es. rafforzamento misure di trasparenza, compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di

condivisione delle fasi procedurali, affidamento a più persone delle varie fasi procedurali, rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, doppia sottoscrizione degli atti, lavori in team).

Nel corso dell'anno l'Azienda, con DDG n. 1908 del 06.10.2023, ha provveduto ad adottare il "Regolamento aziendale per l'individuazione, la graduazione e l'attribuzione degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del personale dei ruoli sanitario, socio-sanitario, amministrativo, tecnico e professionale, ai sensi del CCNL del comparto sanità 2019/2021".

Inoltre, con DDG n. 1994 del 23.10.2023, è stato adottato il "Regolamento aziendale disciplinante il sistema degli incarichi dirigenziali dei ruoli: professionale-tecnico-amministrativo del servizio sanitario nazionale". Successivamente, si è quindi provveduto ad istituire gli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale del personale del comparto sanità - ruoli amministrativo, tecnico, sanitario e socio sanitario, e ad indire gran parte degli avvisi interni per il conferimento degli stessi. Entro fine anno si è quindi proceduto al conferimento di quasi tutti gli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale del ruolo tecnico e amministrativo, con decorrenza 01.01.2024, nonché di parte di quelli dei ruoli sanitario e socio sanitario. Nel contempo sono stati prorogati i rimanenti incarichi di funzione, nelle more dell'espletamento delle relative procedure di selezione da concludersi non oltre il 2024.

Inoltre, nel corso dell'anno, sono state espletate le procedure relative all'attribuzione di n. 4 incarichi di direttore di unità operativa complessa PTA, nonché di un sostituto, che hanno portato ad effettuare la rotazione di alcuni incarichi dirigenziali con decorrenza 01.03.2024.

È inoltre stato definito, da parte di diversi servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione aziendale (SPISAL, SIAN, SISP, SSA, SIAOA, SIAPZ, SCAA), con il supporto dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, il Regolamento del personale con funzioni di vigilanza e controllo del comparto afferente ai servizi del Dipartimento di prevenzione", che è stato trasmesso alla UOC Gestione delle risorse umane per il seguito di competenza con nota prot. n. 223437 del 22.12.2023 a firma del Direttore del Dipartimento di prevenzione.

Le unità operative interessate applicano già parte dei criteri previsti per garantire la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale del personale che effettua ispezioni, codificati nel predetto regolamento, al fine di assicurare l'imparziale svolgimento delle attività.

Nell'anno 2023, laddove non è stato possibile attuare la rotazione, gran parte delle unità operative ha attuato misure alternative (come per esempio la segregazione delle funzioni, l'applicazione di strumenti per garantire una maggiore trasparenza, il ricorso al lavoro in gruppi e a controlli a campione), spesso previste nei propri registri dei rischi, dando evidenza della relativa applicazione nelle relazioni di monitoraggio trasmesse al RPCT.

Anche nel corso del 2024 l'Azienda continuerà a valutare la possibilità di attuare, nelle aree a più elevato rischio corruttivo, la rotazione del personale, avendo cura di fare ricorso, in alternativa, come indicato da ANAC, all'applicazione di misure che possano avere effetti analoghi.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione ordinaria del personale	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Owner dei processi
	Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/territoriale sul numero delle ispezioni totali	100%	100%	Direttori dei servizi del Dipartimento di prevenzione in cui opera personale tecnico della prevenzione
	Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale	Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei	6	12	UOS Professioni sanitarie del dipartimento di prevenzione

	tra il personale tecnico della prevenzione	criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale nelle ispezioni			
--	--	---	--	--	--

### 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). Quando l'Azienda viene a conoscenza che un dipendente è stato iscritto nel registro delle notizie di reato è obbligata all'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta corruttiva del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento sulla rotazione straordinaria è invece facoltativa nel caso di avvio 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. l-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 2023 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.

Nel corso del 2023 è stato definito, da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione e della UOC Gestione risorse umane, il Regolamento per l'attuazione della rotazione straordinaria del personale interessato da procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, approvato con DDG n. 2349 del 15.12.2023 e pubblicato in Amministrazione trasparente.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti	Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria	Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori	100%	100%	Direttori dei servizi

### 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, in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

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

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

Nell'anno 2023 sono pervenute n. 42 segnalazioni di violazione del codice di comportamento nazionale e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'Azienda, di cui 33 accertate e sanzionate a seguito dell'avvio e conclusione dei relativi procedimenti disciplinari.

Inoltre, l'RPCT ha cominciato a chiedere di effettuare delle verifiche a campione relativamente al rispetto di alcune disposizioni del Codice.

In considerazione delle modifiche apportate al DPR n. 62/2013, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, da parte del DPR n. 81 del 13.06.2023, entrate in vigore il 29.06.2023, l'Azienda ha avviato la revisione Codice di comportamento aziendale.

La versione aggiornata del DPR 62/2013 è stata trasmessa a tutto il personale dipendente e convenzionato attraverso nota prot. n. 213237 del 05.12.2023 a firma del Direttore generale e mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale. Il Codice è altresì pubblicato all'interno di Amministrazione trasparente e nell'intranet aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

In attesa di poter addivenire ad un documento organico, si è nel frattempo proceduto a diffondere le novità introdotte nel DPR n. 62/2013, comunque già sommariamente contemplate all'interno dell'attuale codice aziendale, attraverso delle specifiche regolamentazioni:

- il regolamento recante la Social media policy aziendale, adottato con DDG n. 1790 del 22.09.2023;
- l'aggiornamento delle "Istruzioni operative sulla gestione della posta elettronica", comunicate a tutto il personale dipendente e convenzionato con nota prot. n. 206533 del 23.11.2023 a firma del Direttore generale, al fine di sviluppare nei dipendenti e in tutti gli utilizzatori di casella di posta elettronica la consapevolezza delle azioni individuali che possono esporre l'Amministrazione ad attacchi informatici di vario tipo e di garantire l'adozione di misure preventive adeguate a garantire un'adeguata sicurezza informatica (c.d. *cybersicurezza*).

L'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha altresì proceduto all'elaborazione di un documento di sintesi delle principali disposizioni contenute nel Codice di comportamento, al fine di rendere più agevole la diffusione dello stesso tra il personale dipendente: tuttavia, in considerazione delle novità intervenute nella materia, il "decalogo" verrà rivisto e diffuso all'esito dell'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale.

Nel corso del 2023 è continuata la somministrazione della specifica FAD sul codice di comportamento al personale dipendente.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Rispetto e diffusione del codice di comportamento	Aggiornamento del Codice di comportamento aziendale	Delibera di approvazione aggiornamento codice di comportamento aziendale	Sì	sì	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOC Gestione delle risorse umane
	Predisposizione e di un documento riassuntivo delle principali regole di comportamento	Documento predisposto	Sì	sì	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOC Gestione delle risorse umane, URP
	Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%	Ufficio per i procedimenti disciplinari

### **Il conflitto di interessi**

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore.

Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio.

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

Il PNA 2022 ha dedicato una sezione specifica al Conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, dando indicazioni in merito all'ambito di applicazione della normativa e alle misure di prevenzione del conflitto di interessi da adottare in ogni stazione appaltante.

Il D. Lgs. 36/2023, all'art. 16, ha definitivamente delineato le situazioni di conflitto nell'ambito dello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzioni degli appalti e delle concessioni. La normativa impone al personale che versa in situazioni di conflitto di interessi di darne comunicazione alla stazione appaltante e di astenersi dal partecipare alle stesse e alle stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e di vigilare affinché gli adempimenti di cui in capo ai dipendenti siano rispettati. Questa disposizione va coordinata con l'art. 95, co. 1, lett. b), il quale prevede come causa di esclusione non automatica la partecipazione dell'operatore economico che determini una situazione di conflitto di interesse di cui all'articolo 16 non diversamente risolvibile.

Il personale della stazione appaltante, compresi i membri dei gruppi tecnici nominati per la "progettazione" delle procedure di gara e i soggetti che intervengono nella fase esecutiva, dichiara l'inesistenza di cause di incompatibilità e astensione e di non trovarsi in conflitto di interessi e le unità operative competenti effettuano le opportune verifiche.

Nel corso dell'anno inoltre è stato definito il modulo sul conflitto di interessi da utilizzare per i dipendenti del Dipartimento di prevenzione che svolgono funzioni ispettive, reso fruibile da parte di tutte le unità operative mediante pubblicazione nell'area intranet dedicata alla prevenzione della corruzione.

È stato previsto altresì un modulo per agevolare l'eventuale comunicazione di situazioni di conflitto di interessi, sempre pubblicato nella predetta area intranet.

Nel corso del 2023 è stata proseguita l'attività di campionamento e monitoraggio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti aziendali ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA.

Dalle relazioni pervenute al RPCT, è stato confermato l'utilizzo, presso varie unità operative, di modulistica *ad hoc* sul conflitto di interessi, motivo per cui anche nel corso del 2024 si continuerà nell'attività di definizione di moduli tipo da utilizzare per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	Owner dei processi interessati

### Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Come noto, al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013.

Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal succitato decreto e per "incompatibilità" 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. Con delibere n. 1146/2019, n. 713/2020 e n. 75/2022 l'ANAC ha ritenuto applicabile la disciplina del D. Lgs. 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario.

All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e annualmente una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità. Le predette dichiarazioni devono essere pubblicate nella relativa sezione di Amministrazione trasparente.

Le dichiarazioni della direzione strategica sono raccolte e pubblicate a cura della UOC Affari Generali e Legali, mentre quelle del diverso personale interessato sono raccolte e pubblicate a cura della UOC Gestione Risorse Umane.

Nel corso dell'anno gli Uffici competenti hanno proceduto a richiedere le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità come previsto dalla normativa e dalle deliberazioni di ANAC in materia e non sono emersi elementi o pervenute segnalazioni che abbiano messo in dubbio quanto dichiarato.

La UOC Affari generali e legali ha effettuato le verifiche di competenza sulle dichiarazioni di incompatibilità rilasciate dai componenti della Direzione strategica attraverso la consultazione dell'Anagrafe degli amministratori locali e regionali, istituita presso il Ministero dell'interno e liberamente accessibile, che non hanno evidenziato situazioni di incompatibilità.

La UOC Gestione delle risorse umane ha effettuato le verifiche sulle dichiarazioni di inconferibilità rese per l'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa dell'area sanitaria, attraverso la consultazione del casellario giudiziale.

Nell'anno 2024 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane

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

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

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

A tal fine, i soggetti interessati sottoscrivono una dichiarazione ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in cui attestano 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

Dai controlli a campione effettuati dall'ufficio trasparenza e anticorruzione non sono emerse criticità.

Le unità operative interessate dalla misura in oggetto hanno inoltre dichiarato, nelle relazioni rese al RPCT, di aver fatto sottoscrivere nel corso del 2023 le dichiarazioni ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali.

Nel corso del 2024 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di gara nominati	100%	100%	Owner dei processi interessati

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

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

Le autorizzazioni sono rilasciate dall'UOC Risorse umane e successivamente pubblicate ai sensi degli artt. 18, d.lgs. n. 33/2013 e 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 nella sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti/Personale della sezione Amministrazione trasparente". La pubblicazione amplifica l'efficacia della misura generale in oggetto aggiungendo il potenziale controllo anche da parte di soggetti esterni. Ad ogni buon fine, si rappresenta che nel 2023 non sono pervenute segnalazioni di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Nel corso del 2023 è stato adottato il nuovo "Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extraistituzionali del personale dipendente", approvato con DDG n. 1194 del 16.06.2023 e pubblicato in Amministrazione trasparente.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute	100%	100%	UOC Gestione risorse umane

### **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 preconstituirsì 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.

Le Unità operative complesse Provveditorato e Servizi tecnici e patrimoniali, come indicato dal bando tipo n. 1, prevedono nei propri documenti di gara l'esclusione degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione, in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 e acquisiscono specifica autodichiarazione da parte degli operatori economici partecipanti.

Dalle relazioni, dalla documentazione prodotta e dalle verifiche a campione effettuate, è emerso che le unità operative Provveditorato e Servizi tecnici e patrimoniali applicano la disciplina relativa al *pantouflage*, inserendo specifiche clausole nella documentazione di gara e richiedendo ai partecipanti apposite dichiarazioni a riguardo.

La UOC Gestione risorse umane consegna uno specifico modello di informativa sul *pantouflage* e relativa dichiarazione al personale che cessa del comparto e della dirigenza afferente ad una serie di unità operative considerate maggiormente esposte al rischio di *pantouflage*.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell'anno	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	100%	UOC gestione risorse umane

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

L'istituto del whistleblowing è stato novellato nel corso del 2023 con l'adozione del D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", nonché dalle linee guida di ANAC, adottate con delibera 311 del 12 luglio 2023, relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne.

Il whistleblower è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo.

La recente normativa ha ampliato sia il novero dei soggetti che possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate, perchè lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato.

Le segnalazioni, che devono essere effettuate sempre nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica, possono avvenire tramite uno dei seguenti canali:

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

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

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

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

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

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

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

Il Regolamento aziendale in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o di irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro ai sensi dell'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*), aggiornato a fine 2022 con la DDG n. 2518 del 30.12.2022, è stato sostituito dal Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'unione europea (c.d. *whistleblowing*), approvato con DDG n. 1413 del 13.07.2023, al fine di consentire l'adeguamento della disciplina aziendale a quanto previsto dalla nuova e dalle specifiche linee guida aggiornate da ANAC in materia.

Con la medesima delibera l'Azienda ha inoltre stabilito che:

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

L'adozione del nuovo regolamento è stata comunicata a tutto il personale con nota prot. n. 130154 del 14.07.2023 a firma del Direttore generale e mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale.

Inoltre, si è provveduto a rendere note le informazioni sui canali di segnalazione anche attraverso specifica informativa esposta all'interno dei locali aziendali come previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 24/2023.

Nel corso dell'anno, si è provveduto ad implementare la pagina di amministrazione trasparente dedicata alla segnalazione di illeciti, specificandone meglio il contenuto. Al fine di consentire la fruibilità della stessa, è stato inserito un link nell'area intranet del sito aziendale dedicata alla prevenzione della corruzione.

All'interno della FAD sul codice di comportamento è prevista una specifica sezione dedicata all'istituto del *whistleblowing*, aggiornata in corso d'anno a seguito delle novità normative intervenute.

Durante l'anno sono pervenute n. 3 segnalazioni di cui 1 anonima: anche quest'ultima è stata presa in carico. La gestione di 2 di tali segnalazioni da parte dell'ufficio trasparenza e anticorruzione, per quanto di competenza, si è conclusa nel corso del 2023, mentre la terza si è conclusa ad inizio 2024.

Nel corso del 2024 si continuerà nell'attività di diffusione della conoscenza della procedura e della piattaforma per le segnalazioni e in quella di gestione delle eventuali segnalazioni ricevute.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%	RPCT

### **Protocollo di legalità e Patti di integrità**

Come precisato 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 rinnovato Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il cui schema è stato approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019.

Stante la sua durata triennale, il Protocollo è scaduto il 16 settembre 2022.

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

Pertanto ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in data 17.9.2019, consultabile sul sito della Giunta Regionale: (<http://www.regione.veneto.it/web/lavori-pubblici/protocollo-di-legalita>), nonché le clausole pattizie di cui al "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici" sottoscritto con la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Treviso, in data 1.6.2017, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata.

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

Le unità operative Servizi tecnici e patrimoniali, Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni e Servizi sociali e sociosanitari, che eseguono gare, hanno dichiarato, relativamente al 2023, di inserire il patto di integrità nella documentazione di gara.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati

## La trasparenza

### Gli obblighi di pubblicazione

La trasparenza 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.

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.

Nell'anno 2023 gli obblighi e le modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni relativi alla sezione di Amministrazione trasparente "Bandi di gara e contratti" sono state più volte modificate.

Il PNA 2022, adottato con delibera di ANAC n. 7 del 17.01.2023, ha apportato alcune modifiche agli obblighi di pubblicazione, correlate soprattutto agli affidamenti dei contratti PNRR.

Successivamente, è stato adottato il nuovo codice degli appalti, di cui al D.Lgs. 36/2023, che ha introdotto norme specifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative a questo settore dell'attività amministrativa, basate - in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici - sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio (*only once*), in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informativo.

Le attività e i procedimenti relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici debbono essere svolti mediante le piattaforme e i servizi infrastrutturali digitali delle singole stazioni appaltanti e sono oggetto di comunicazione obbligatoria alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, di cui è titolare ANAC.

Costituisce onere di ANAC garantire la pubblicazione in formato aperto dei dati ricevuti dalle singole stazioni appaltanti, dovendo queste ultime assicurare il collegamento tra la loro sezione "Amministrazione trasparente" del sito e la BDNCP (art. 28, comma 2 e 3 del D.Lgs. 36/2023).

Le modifiche apportate alla normativa specifica e le indicazioni fornite da ANAC con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022 nonché con le delibere n. 261/2023, n. 264/2023 come modificata dalla delibera n. 601/2023 e n. 582/2023, rendono necessario un aggiornamento delle modalità di pubblicazione dei dati richiesti con riferimento alla sezione di Amministrazione trasparente "Bandi di gara e contratti", a cui si provvederà nel corso dell'anno.

In particolare, ai sensi di quanto definito dalla delibera ANAC n. 264/2023, come modificata dalla delibera n. 601/2023, al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di cui all'articolo 37 del decreto trasparenza, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti comunicano tempestivamente alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del citato decreto, tutti i dati e le informazioni, individuati nell'articolo 10 del provvedimento di cui all'articolo 23 del codice. La trasmissione dei dati alla BDNCP è assicurata dalle piattaforme di approvvigionamento digitale di cui agli articoli 25 e 26 del codice secondo le modalità previste nel provvedimento di cui all'articolo 23 del codice. Ai fini della trasparenza fanno fede i dati trasmessi alla BDNCP per il tramite della PCP. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP secondo le regole tecniche di cui al provvedimento adottato da ANAC ai sensi dell'articolo 23 del codice. Tale collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza dell'intera procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti pubblicano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'Allegato 1) alla delibera ANAC n. 264/2023.

Nella delibera n. 582/2023 ANAC ha invece precisato che l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31.12.2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi, come indicato al paragrafo precedente. Le stazioni appaltanti sono tenute a comunicare e aggiornare tempestivamente, cioè nell'immediatezza della loro produzione, i suddetti dati attraverso Simog, ai fini e per gli effetti del decreto legislativo n. 33/2013. Le stazioni appaltanti pubblicano in Amministrazione Trasparente (AT), sottosezione Bandi e contratti, anche il link tramite il quale si accede alla sezione della BDNCP dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata a un CIG, tutte le informazioni che le stazioni appaltanti hanno trasmesso attraverso Simog. La trasmissione dei dati attraverso Simog esonera le stazioni appaltanti dalla pubblicazione degli stessi nella sezione Amministrazione Trasparente. I dati che non vengono raccolti da Simog e che devono essere ancora pubblicati in AT, ove non già pubblicati alla data del 31.12.2023, sono i seguenti:

<p>In caso di CIG acquisiti con Simog</p>	<p>Elenco dei soggetti invitati  <i>Per tutte le fattispecie per le quali non è obbligatorio l'invio delle schede successive al perfezionamento del CIG:</i>            dati relativi all'aggiudicazione/esito della procedura  <i>Per tutte le fattispecie per le quali non è obbligatorio l'invio delle schede successive all'aggiudicazione:</i></p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti della commissione di collaudo</li> <li>- modifica contrattuale e varianti</li> <li>- accordi bonari e transazioni</li> <li>- certificato collaudo/reg esecuzione/verifica conformità</li> <li>- resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</li> </ul> <p><i>Per gli affidamenti in house:</i>                      Atti connessi agli affidamenti in house</p>
In caso di SmartCIG acquisiti entro il 31 dicembre 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominazione e codice fiscale dell'aggiudicatario</li> <li>- importo delle somme liquidate</li> <li>- tempi di completamento del contratto e resoconti della gestione finanziaria al termine dell'esecuzione</li> </ul>

Per le procedure in argomento (ossia quelle avviate fino al 31.12.2023 e non concluse entro la stessa data in base al decreto legislativo n. 50/2016 ovvero secondo il decreto legislativo n. 36/2023), occorre pubblicare in AT gli atti e i documenti individuati dall'allegato I alla delibera ANAC n. 264/2023 e successive modificazioni e aggiornamenti. Nel caso in cui i suddetti atti e documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal decreto legislativo n. 33/2013 (articoli 6 e 8, comma 3) è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

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 2023 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 (OIV) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 4.7.2023, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 203/2023, la cui griglia di rilevazione è consultabile al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/Attestazioni-OIV-o-Struttura-Analoga>.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Monitoraggio pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali

### L'accesso civico

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’Azienda, con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha adottato il Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti. Dall’anno 2016 l’UOC Affari Generali e Legali aggiorna, con cadenza semestrale, i registri delle richieste di accesso presentate all’Azienda con indicazione dell’oggetto, la data dell’istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016. Al fine di rendere maggiormente fruibile l’esercizio del diritto, nel corso dell’anno si è provveduto a rendere ancora più chiaro e completo il contenuto della relativa pagina dedicata del sito internet aziendale.

<b>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Assicurare l’effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%	Owner dei processi interessati

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

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

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

## **Rendicontazione e diffusione**

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

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

A tal fine l’Azienda si è innanzitutto impegnata a coinvolgere le associazioni degli utenti nella fase iniziale di aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione, favorendo l’invio di eventuali proposte e

contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare la sezione rischi corruttivi e trasparenza, mettendo in consultazione la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 19 dicembre 2023, per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte.

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

Il PIAO 2024-2026 sarà quindi pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, anche nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

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

Anche i dipendenti dell'amministrazione devono infatti partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure di prevenzione della corruzione (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento). In particolare l'art. 8 del D.P.R. 62/2013, contiene il dovere per i dipendenti di prestare la 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 15 dicembre di ogni anno, o entro il diverso termine indicato da ANAC, provvedendo a pubblicarla nel sito aziendale, a trasmetterla alla Direzione strategica e all'OIV, e a darne comunicazione ai Direttori delle unità operative coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione.

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

Con riferimento all'anno 2023, il RPCT pubblicherà la Relazione ANAC nel sito internet aziendale in data entro il 31.01.2024 (come stabilito da ANAC), dandone comunicazione alla Direzione strategica e all'OIV con specifica nota.

Entro lo stesso termine inoltre l'RPCT trasmetterà ai Referenti del RPCT la specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, dando altresì conto dell'avvenuta pubblicazione della Relazione ANAC.

L'Azienda ha inoltre intrapreso un'attività di interlocuzione con i propri stakeholders, in particolare con le associazioni dei pazienti e con le associazioni di volontariato.

Per tale motivo, anche quest'anno è stata realizzata, in data 12 dicembre 2023, una specifica iniziativa di confronto sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti.

Anche nel 2024 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli stakeholders sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

<b>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Rendicontazione e diffusione	Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione	Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	RPCT

	ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza				
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV	Sì	Sì	RPCT
	Realizzare iniziative di coinvolgimento degli stakeholders	Invito ad iniziative	Sì	Sì	Ufficio relazioni con il pubblico, Ufficio trasparenza e anticorruzione

# ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

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

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

Il successo di un’azienda, non dipende quindi solo dal management, che può avere idee più o meno eccellenti o innovative, ma anche e soprattutto dai suoi collaboratori, che devono seguire e condividere la *mission* aziendale.

La selezione e gestione delle risorse umane è quindi un momento fondamentale nella vita di un’organizzazione, poiché avere le “giuste” competenze è un elemento che può fare la differenza.

Non bisogna solo possedere delle risorse umane, ma bisogna anche infondere in queste una giusta dose di motivazione, così da creare un team, che lavori sinergicamente per il conseguimento degli obiettivi aziendali. Uno dei compiti di coloro che nelle organizzazioni si occupano di gestire e sviluppare le risorse umane è infatti proprio quello di valorizzarle sino a renderle autentico capitale sociale.

Diventa quindi fondamentale valutare le potenzialità possedute dai lavoratori e sviluppare in questi, competenze coerenti con il ruolo da ricoprire.

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

E’ necessario, quindi, assumere un approccio strategico nella gestione del personale, poiché questo ha un impatto positivo sulle performance aziendali. A tal fine la Direzione Risorse Umane ha un ruolo chiave nell’Azienda, tra i suoi compiti, infatti, vi è anche quello di saper stabilire compiti e responsabilità e regolare l’attività lavorativa così da poter raggiungere gli obiettivi aziendali tramite la gestione e valorizzazione del capitale umano: i lavoratori, che sono appunto la risorsa cruciale e la principale fonte di vantaggio competitivo.

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

La Direzione Risorse Umane è all’interno dell’organizzazione aziendale partner indispensabile non solo della Direzione Strategica ma anche di tutte le divisioni aziendali.

Le principali attività che svolge la Direzione Risorse Umane sono:

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

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

Nel 2023 l’Azienda contava in organico n. 9391 dipendenti di cui n. 1460 appartenenti alla dirigenza e n. 7931 appartenenti al comparto.

Per quanto riguarda la valutazione, questa è un’attività fondamentale della Direzione Risorse Umane, in collaborazione con tutte le Direzioni, poiché, serve per attribuire un valore oggettivo al lavoro svolto dal

personale di afferenza. Oggetto della valutazione possono essere la prestazione, le competenze, la posizione, l'aggiornamento e/o formazione e il potenziale della persona.

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

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

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

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

I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda; essi devono altresì prevedere specifiche verifiche che permettano di poter valutare l'efficacia dei risultati acquisiti.

A tal fine l'Azienda, con deliberazione n. 2623 del 29.12.2023, ha adottato il piano formativo aziendale per l'anno 2024, qui integralmente richiamato.

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

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

Tutti gli incarichi dirigenziali sono definiti e conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei regolamenti aziendali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La natura delle funzioni di coordinamento s'inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione. L'Azienda è dotata di un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. In particolare la selezione dei candidati deve prevedere la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire, dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio motivazionale. L'incarico conferito con deliberazione del Direttore Generale, è soggetto a valutazione ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva oppure cessa in caso di valutazione negativa.

## **Struttura Organizzativa**

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

## Organizzazione del lavoro agile

### Premessa

In questa sezione sono indicate le strategie e gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro adottati dall'Azienda secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di lavoro agile, aggiornate alla Direttiva del 29 dicembre 2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione (valida dal 1 gennaio 2024) nonché con quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Si fa riferimento pertanto al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene assorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, come previsto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 articolo 6.

### Definizione di lavoro agile

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

La definizione di smart working, contenuta nella Legge n. 81/2017, pone l'accento sulla flessibilità organizzativa e sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale.

Si tratta di una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale. Ove necessario per la tipologia di attività svolta dai lavoratori e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il lavoratore concorda con l'Azienda i luoghi ove è possibile svolgere l'attività. In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore, nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Azienda che vengono trattate dal lavoratore stesso.

### Riferimenti normativi

Il lavoro agile, nella pubblica amministrazione, trova il suo avvio nella **Legge 7 agosto 2015, n. 124** "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" che con l'art. 14 "Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche", integralmente ridisegnato con l'art. 263, comma 4-bis, del DL 34/2020 convertito con L. 77/2020, che stabiliva che:

*"Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, 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, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati".*

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

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

Attraverso la **direttiva n. 3/2017**, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l'attuazione delle disposizioni richiamate attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all'organizzazione del lavoro e alla gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

A seguito dell'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa" per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell'azione amministrativa. Conseguentemente, la fase di attuazione sperimentale del lavoro agile, avviata dalla Legge n. 124 del 2015, è stata dichiarata chiusa.

La **Legge 17 giugno 2021, n. 87**, intervenendo sulla disciplina dello smart working nelle pubbliche amministrazioni, ha confermato le previsioni del D.L. 30 aprile 2021, n. 56 con applicazione del lavoro agile in misura semplificata, prescindendo pertanto dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla Legge 81/2017. In tema di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, la Legge sopra citata stabilisce che le pubbliche amministrazioni adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del lavoro agile e adottano il POLA che ne individua le modalità attuative prevedendo, per le attività che possono essere svolte in smart working, che almeno il 15% dei dipendenti possa avvalersene.

Con **decreto dell'8 ottobre 2021**, il Ministro della pubblica amministrazione, in attuazione delle disposizioni impartite con decreto del Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, ha stabilito che il lavoro agile non è più qualificato come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, dovendo essere prevalente, per ciascun dipendente, l'esecuzione della prestazione presso la sede di servizio.

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

La **Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023** ha previsto che il quadro odierno ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile per i lavoratori che, solo nel contesto pandemico, sono stati individuati quali destinatari di una specifica tutela: Tale Direttiva evidenzia altresì la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile.

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

#### **Livello di attuazione**

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

L'Azienda successivamente aveva risposto prontamente all'urgenza di attivare la modalità di lavoro agile dettata dalle misure necessarie per il contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, consentendo ai Responsabili di ciascun servizio di mettere in sicurezza e collocare in agile i propri collaboratori sulla base della tipologia di lavoro svolto.

Cessato lo scenario emergenziale, in attuazione delle disposizioni contenute nel Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 08/10/2021 che aveva disciplinato, a partire dal 15 ottobre, il rientro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione, l’Azienda ULSS 2 Marca trevigiana ha provveduto a dare esecuzione a tali direttive.

Il personale (precedentemente impiegato in modalità agile), è pertanto rientrato in presenza salvaguardando i lavoratori “fragili” ed i dipendenti che hanno presentato urgenti e non diversamente conciliabili situazioni di salute, personali e familiari.

Nelle tabelle che seguono è stato rappresentato il livello di attuazione del lavoro agile all’interno dell’Azienda Ulss 2 Marca trevigiana, con riferimento all’anno 2023, mediante l’analisi relativa a:

- l’incidenza degli smart workers rispetto al totale dei dipendenti in servizio al 31-12-2023;
- la ripartizione degli smart workers per genere;
- la ripartizione degli smart workers per classi di età;
- l’utilizzo del lavoro agile come strumento di tutela per i lavoratori fragili.

Si sono inoltre analizzati i dati, in comparation con il 2022 e relativi scostamenti, relativi a:

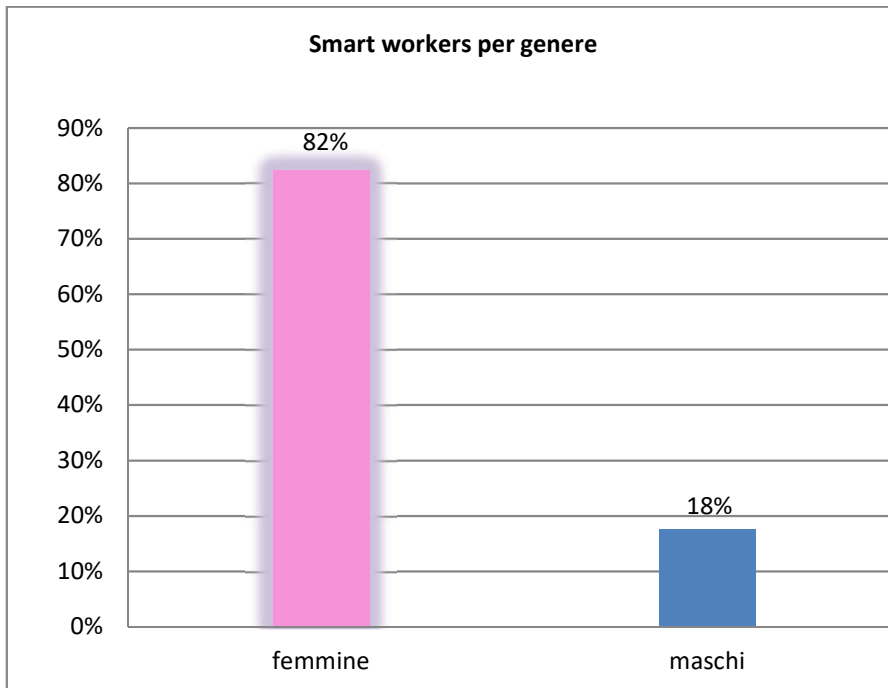
- il numero dei dipendenti che hanno utilizzato il lavoro agile;
- il totale dei giorni lavorati in smart working (dal 01-01-2023 al 31-12-2023);
- la media dei giorni lavorati in agile da ciascun dipendente.

**Tabella 1: composizione smart workers 2023**

n. lavoratori agili	193
incidenza lavoratori agili vs tot. dipendenti al 31/12/2023	2%
incidenza dipendenti fragili vs tot. smart workers	11%

L’Azienda ha sempre prestato particolare attenzione al benessere dei dipendenti, sostenendo e supportando, in primis, chi versa in situazioni di fragilità e/o difficoltà, utilizzando il lavoro agile come uno degli strumenti per favorire il welfare aziendale.

**Tabella 2: dati riepilogativi 2023**



**Tabella 3: 2023 vs 2022**

**Δ 2023 vs 2022**

tot. n. dipendenti che hanno utilizzato agile	-35%
totale giorni lavorati in smart working	-21%
media giorni/dipendente	21%

**Tabella 4: suddivisione smart workers per classi di età**

range	incidenza
da 29 a 35 anni	9%
da 36 a 45 anni	34%
da 46 a 55 anni	38%
>56 anni	19%

È stata analizzata l'età della popolazione dei lavoratori agili, ricondotta a quattro macro-classi. Considerato quindi il totale dei lavoratori agili per l'anno 2023, la maggioranza di essi appartiene ai due range centrali ovvero da 36 a 45 anni e da 46 a 55 anni, rispettivamente il 34% e 38%; segue la fascia over 56 anni con il 19% mentre l'incidenza della fascia da 29 a 35 anni si attesta al 9%.

### Modalità attuative

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del comparto Sanità Triennio 2019-2022 e della Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023, l'Azienda sta lavorando alla revisione di quanto già predisposto al fine di adeguarsi alle disposizioni in argomento di recente emanazione.

### Fattori abilitanti

I c.d. fattori abilitanti costituiscono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa come, nel caso di specie, l'introduzione e l'evoluzione del lavoro agile.

L'Azienda intende procedere ad effettuare un'analisi puntuale volta a individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile e rilevare gli eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo.

### Piano formativo

L'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali, organizzative nonché digitali, necessarie per agevolare lo svolgimento della prestazione lavorativa anche in modalità agile; si sta pertanto predisponendo la definizione delle specifiche iniziative formative.

### Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

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

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

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

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

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2024-2026, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative.

Piano triennale dei fabbisogni del personale

## **Piano triennale dei fabbisogni del personale**

Il Piano dei Fabbisogni di Personale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2274 del 1° dicembre 2023, è stato redatto tenuto conto della nota regionale del 9 novembre 2023, prot. n. 605039 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale con cui è stato disposto che le Aziende ed enti del SSR debbano provvedere all'aggiornamento del piano già presentato e approvato per l'anno 2023 e alla stesura del piano 2024-2025-2026.

Con nota prot. 1389 C.101 del 2/01/2024 la Regione del Veneto ha ritenuto il Piano triennale dei fabbisogni del personale coerente con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018, nonché con le indicazioni operative fornite con la DGR n. 677 del 15 maggio 2018.

Per la costruzione dello stesso si è tenuto conto, prioritariamente del rispetto dei limiti di spesa provvisori riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali, relative agli anni 2023-2024-2025-2026.

### **Personale dipendente:**

Il lavoro di redazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale 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 – DGRV 245/2017 - DGRV 2238/2016 – DGRV 614/2019 – DGRV 610/2014 DGRV 1035/2019 – DGRV 1501/2022 – DGRV 371/2022 e DGRV 1123/2023) 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.

### **Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo anno 2023**

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base della soglia massima prevista per l'anno 2023.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2023.

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

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2023.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2023.

Si precisa che gli importi stimati per gli anni 2024-2026, relativi alle progettualità con specifico finanziamento – incarichi ex art. 7, c.6 del d.lgs 165/2001 indicati in colonna O della tabella A (della delibera 2274/23) – si basano su elaborazioni dello storico finanziato nell'anno 2023.

Per tali stime sono state considerate le seguenti fonti di finanziamento:

- Associazione diabetici Treviso
- Associazione Italiana contro le leucemie – AIL
- AVIS Treviso
- Finanziamento privato

- Fondi Oncologia Ospedale di Treviso
- Fondi Unità di Ricerca Clinica
- Lascito testamentario
- Lega Italiana Fibrosi Cistica
- Finanziamento Europeo
- Finanziamento Regione Veneto

### **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 2024-2026 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 Full Time Equivalenti (FTE) riferiti al personale docente equiparato alla dirigenza medica (professori di prima e seconda fascia e ricercatori), si è tenuto conto che l’impegno assistenziale risulta essere pari al 50 per cento dell’impegno assistenziale stabilito per la dirigenza del SSR, come confermato da ultimo nel Protocollo d’intesa tra la Regione Veneto e l’Università degli Studi di Padova disciplinante l’apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del SSR, ex deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 151/2017.

Si precisa che il conteggio tiene conto anche di 1 FTE in aggiunta al personale ad oggi effettivamente inserito, nell’ipotesi di assegnazione di due ulteriori docenti – medici - 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. 102896/2023 e n.141048/2023).

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

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

Si evidenzia infine che, nell’ambito del Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia con sede a Treviso, giusta DGRV n. 1095/2022 e deliberazione del Direttore Generale n. 1491/2023, potranno aprirsi ulteriori posizioni con valenza assistenziale presso strutture aziendali secondo le procedure in essere, fino a un massimo di 18 docenti sulla base delle previsioni dell’Università degli Studi di Padova.

**Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo)**, gli FTE invariati, sono stati quantificati considerando l’impegno settimanale pari a 36 ore.

Tabella A, Colonna “E”: l’importo riportato nelle schede 2023 corrisponde a quanto autorizzato per l’acquisto di prestazioni nell’anno 2023. Tale importo è stato riportato anche negli anni successivi in quanto necessario a far fronte alle effettive insufficienze degli organici causate dalla difficoltà di reperire il personale e dalle cessazioni dello stesso. Si precisa che è stato escluso l’importo previsto per le prestazioni aggiuntive presso i servizi di emergenza-urgenza di cui alla L.R. n. 12/2022 e DGRV n. 1047/2022.

Tabella A, Colonna “F”: l’importo indicato nella scheda 2023 corrisponde alla previsione di quanto accantonato nell’anno 2023. Per gli anni 2024-2026 viene confermato stesso accantonamento, in quanto, essendo un dato calcolato sul compenso percepito dal libero professionista, non può essere quantificato in modo certo.

Tabella A, Colonna “M”: l’importo indicato nella scheda 2023 è stato aggiornato ed è riferito alla convenzione con l’Azienda ULSS n. 1 Belluno, Azienda ULSS n. 3 Serenissima, Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale, Azienda USL di Imola e Istituto Oncologico Veneto.

Tabella B, Colonna "D": analogamente allo scorso anno, il conteggio relativo al personale universitario convenzionato è stato quantificato per teste, tenuto conto del personale già inserito in convenzione, secondo gli specifici profili. Non vi sono autorizzazioni preventive rilasciate per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo che possano avere effetti sull'anno 2023.

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

Nel rispetto dell'importo del tetto di spesa per gli anni 2024-2025-2026, indicato nelle tabelle ricevute da questa Azienda in data 9 novembre 2023, lo stesso è stato ripartito in percentuale tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente (90% SAI e 10% Sanitari). E' stato valutato un costo medio orario indicativo per i SAI pari a 51,52 euro e per i Professionisti Psicologi e Biologi pari a 40,34 euro – comprensivi delle voci variabili.

Pur tenendo conto che il Piano dei fabbisogni è stato redatto sulla base dei limiti di spesa indicati nelle tabelle ricevute da questa Azienda in data 9 novembre 2023 - prot. n. 536511 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale - si ritiene doveroso, di seguito, evidenziare l'ulteriore fabbisogno di personale, 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 2023 e i successivi.

Personale dipendente (area comparto):

#### **STRUTTURA OSPEDALE**

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

#### **Motivazione:**

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

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

#### **Richiesta:**

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

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

**NIDO TREVISO:** n. 3 OSS

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

**GERIATRIA MONTEBELLUNA:** n. 2 infermieri

**PEDIATRIA MONTEBELLUNA:** n. 2 OSS

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

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

**CARDIOLOGIA CONEGLIANO:** n. 2 infermieri

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

#### **Motivazione:**

L'adeguamento degli organici è richiesto per ridurre le liste di attesa, l'attivazione di nuove sedute di Day Surgery in particolar modo gli interventi oculistici, l'attività diagnostica di gastroenterologia e gli ambulatori di pneumologia di Montebelluna. Per quanto riguarda il personale tecnico della riabilitazione, l'incremento richiesto è per velocizzare la presa in carico dei pazienti post intervento al fine di diminuirne la degenza ospedaliera.

#### **Richiesta:**

**SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA TREVISO:** n. 2 OSS, n. 2 infermieri

**CHIRURGIA PEDIATRICA TREVISO:** n. 3 infermieri  
**OCULISTICA TREVISO:** n. 2 infermieri, n. 2 OSS, n. 1 ortottista  
**MEDICINA NUCLEARE TREVISO:** n. 1 infermiere  
**FARMACIA TREVISO:** n. 2 infermieri  
**RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE TREVISO:** n. 1 fisioterapista  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ODERZO:** n. 2 infermieri  
**OCULISTICA ODERZO:** n. 1 infermieri  
**PRESA IN CARICO PAZIENTE ONCOLOGICO ODERZO:** n. 1 infermiere  
**LABORATORIO ANALISI ODERZO:** n. 1 tecnico di laboratorio  
**OCULISTICA MONTEBELLUNA:** n. 1 infermieri, n. 1 OSS  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MONTEBELLUNA:** n. 3 fisioterapisti  
**PNEUMOLOGIA MONTEBELLUNA:** n. 2 infermieri, n. 1 OSS  
**GASTROENTEROLOGIA CASTELFRANCO E MONTEBELLUNA:** n. 2 OSS  
**MEDICINA GENERALE CONEGLIANO:** n. 2 OSS

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

**Motivazione:**

A seguito dell'attivazione dei nuovi reparti di degenza/Servizi presso l'edificio n.29 della nuova Cittadella del Cà Foncello, al fine di adeguare la riorganizzazione dei posti letto rispondenti al minutaggio assistenziale di cui la D.G.R.V. 610/2014, vengono proposti i seguenti adeguamenti delle dotazioni organiche e l'incremento delle risorse OSS necessarie per l'efficienza dei trasporti in ingresso e uscita dalle sale operatorie, sale di emodinamica e dalle diagnostiche della radiologia interventistica.

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

**Richieste:**

**GRUPPO OPERATORIO TREVISO:** n. 8 infermieri, n. 8 OSS  
**SQUADRA TRASPORTI TREVISO:** n. 12 OSS  
**DEGENZE CITTADELLA:** n. 8 infermieri, n. 6 OSS  
**TERAPIE INTENSIVE CITTADELLA:** n. 12 infermieri, n. 12 OSS

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

**Motivazione:**

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

**Richiesta:**

**OSPEDALI PIEVE DI SOLIGO:** n. 2 infermieri  
**OSPEDALI AZIENDALI (Conegliano-Montebelluna-Treviso) – Amministratore di sistema RIS PACS:** n. 3 tecnici di radiologia medica  
**OSPEDALI ASOLO:** n. 2 infermieri

➤ **EMATOLOGIA TREVISO**

**Motivazione:**

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

**Richiesta:** n. 6 infermieri, n. 6 OSS

➤ **CASE MANAGER**

**Motivazione:**

Si propone l'istituzione di una figura infermieristica (case manager) deputata ad essere il riferimento nel processo di cura per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, per rispondere a specifici bisogni come quelli espressi nel Percorso Melanoma, CA Prostata, CA Mammella, CA Polmone o a seguito del riscontro di lesioni incidentali, come spesso avviene nella UOC di Radiologia Treviso e UOC Gastroenterologia Treviso.

**Richiesta:**

**GASTROENTEROLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

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

**RADIOLOGIA TREVISO:** n. 1 infermiere

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

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

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

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

**Motivazione:**

La D.G.R.V. 245/2017 e la D.G.R.V. 1035/2019 definiscono i valori minimi di assistenza per il personale del pronto soccorso, al fine di un efficientamento del modello della presa in carico del paziente nei diversi setting di cura. In particolare la tabella del turno minimo di riferimento per il personale infermieristico è rappresentata nell'allegato B della delibera sopracitata e prevede il personale dedicato in relazione alla classe di accessi annui nei vari pronto soccorso che caratterizzano le Aziende Sanitarie. È perciò stata condotta un'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 D.G.R.V. 1035 dello scorso mese di luglio.

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

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

**Richiesta:**

**PRONTO SOCCORSO TREVISO:** n. 5 infermieri, n. 4 OSS

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

**PRONTO SOCCORSO ODERZO:** 4 infermieri, 6 OSS

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

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

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

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

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

**Motivazione:**

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

**Richiesta:**

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

➤ **PROGETTO MEDICINA NUCLEARE CONEGLIANO**

**Motivazione:**

Avvio a regime dell'attività radiologica con leucociti marcati.

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

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI TERAPIE INTENSIVE**

**Motivazione:**

A seguito della D.G.R.V. 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.L. 34/2020 (Conv. Legge n. 77/202) che rivede i posti letto delle Terapie Intensive e semi intensive, nonché della D.G.R.V. 610/2014 che determina i tempi assistenziali per pazienti, si richiedono le unità di personale, ruolo infermiere e OSS, che verranno assegnati nelle Terapie intensive dell’Azienda. In particolare l’aumento ad 8 dei PL della Rianimazione di Montebelluna.

**Richiesta:**

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

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

➤ **ADEGUAMENTO ORGANICO PER DIALISI ODERZO**

**Motivazione:**

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

**Richiesta:**

**OSPEDALE DI ODERZO:** n. 1 infermiere

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

**Motivazione:**

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

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.

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

**Richiesta:**

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

**OSTETRICIA E GINECOLOGIA – PMA - ODERZO:** n. 2 infermieri, n. 2 OSS

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

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

**Motivazione:**

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

**Richiesta:** n. 1 OSS

**STRUTTURA TERRITORIO**

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

**Motivazione:**

La D.G.R.V. 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 D.G.R.V. n. 651 del 9 marzo 2010 "Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale" (2010-2012); la D.G.R.V. 371 del 08/04/2022 nello specifico per il personale da attribuire alle attività dei DCA e dei CSM.

**Richiesta:**

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

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

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

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

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

**Motivazione:**

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

**Richiesta:**

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

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

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

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

**Motivazione:**

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

**Richiesta:**

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

- **INFERMIERE DI FAMIGLIA**

**Motivazione:**

In ottemperanza del D.G.R.V. n. 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 D.G.R.V. 782/2020).

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

**Richiesta:**

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

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

**DISTRETTO ASOLO:** n. 4 infermieri

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

- **PROGETTO RIORGANIZZAZIONE COT**

**Motivazione:**

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

**Richiesta:**

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

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

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

**STRUTTURA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

**Motivazione:**

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

Per quanto riguarda:

- UOC Medicina dello Sport viene prevista l'apertura di un ambulatorio dedicato alla valutazione clinica e strumentale dei genitori degli atleti con patologie cardiache rare che necessitano approfondimenti clinici e di supporto psicologico. Viene inoltre effettuata attività diagnostica di 2° livello contribuendo così, insieme ai Servizi di Cardiologia, allo smaltimento delle liste d'attesa ed un supporto diagnostico al centro di Fibrosi Cistica per la valutazione dei pazienti candidati a nuove terapie di supporto. Di conseguenza, l'aumento di attività comporta una rivalutazione della dotazione organica, oltre che medica, anche del personale del comparto che risulta indispensabile per la realizzazione delle prestazioni sempre più richieste.
- Servizi veterinari per la gestione delle Allerte alimentari previste dalla normativa comunitaria Regolamento CE 625/2017 e normativa Regionale.
- SIAN: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.
- SIAPZ: trasferire le competenze che attualmente sono in carico ai Medici Veterinari, in riferimento ai piani di campionamento della PNA (mangimi) e PNR (residui in allevamento), alle attività di ispezione delle strutture Registrate.
- SISP: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale e le attività di vigilanza e sorveglianza in ambito di Prodotti Cosmetici prevista dal Decreto 27 settembre 2018 del Ministero della Salute.
- SPISAL: garantire il raggiungimento del 5% delle ispezioni nelle aziende come previsto dai LEA Nazionali e Regionali e le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

**Richiesta:**

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

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

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

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

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

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

➤ **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. 2 infermieri, n. 1 igienista dentale, n. 1 tecnico di laboratorio.

Tabella di riepilogo:

PIANO DI FABBISOGNO TRIENNALE 2024 - 2026				
Qualifica	Anno di riferimento			Totale
	2024	2025	2026	
INFERMIERE	119,5	54	21	194,5
OSS	89,5	18	9	116,5
OSTETRICA	9		2	11
EDUCATORE	9	1		10
TEC. PREVENZIONE	1	6	1	8
TEC. RADIOLOGIA	4	4		8
FISIOTERAPISTA	2	2		4
TEC. LABORATORIO	1		1	2
ASSISTENTE SOCIALE	1	1		2
ORTOTTISTA		1		1
IGIENISTA DENTALE			1	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>236</b>	<b>87</b>	<b>35</b>	<b>358</b>

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. 213725 del 6 dicembre 2023, è stata trasmessa la deliberazione del Direttore Generale del 1° dicembre 2023, n. 2274, con la quale è stato adottato in via provvisoria il piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2023-2024-2025-2026 composto dagli allegati documenti, che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2024;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2025;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2026;

Con nota della Regione del Veneto prot. 1389 C110 del 02 gennaio 2024 è stata altresì comunicata da parte della Regione l'approvazione del piano triennale di fabbisogni 2024-2026 in quanto coerente con le linee di indirizzo del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018 e con le indicazioni operative contenute nella DGR n. 677 del 15 maggio 2018.

## Piano formativo aziendale

L'Azienda riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali, organizzative nonché digitali, necessarie anche per lo sviluppo del lavoro agile.

Con delibera n. 2623 del 29/12/2023 è stato approvato il Piano Formativo Aziendale 2024 (PFA) che ha tenuto conto delle tematiche nazionali e regionali da inserire nei piani.

Si fa riferimento al decreto 23 maggio 2022, n. 77, denominato "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; Missione 6 Salute, Component 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale; Missione 6 Salute, Component 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere, visto l'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni del 25 gennaio 2021 sul documento "Piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023)"; visto, inoltre, che il richiamato punto A3. del PanFlu individua come "necessario che i molteplici aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze siano stabilmente oggetto di obbligo formativo triennale in ambito di formazione continua in medicina (ECM) nell'ambito degli Obiettivi formativi riguardanti "Tematiche speciali dell'SSN e/o SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni /PA per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali". Viste le tematiche regionali tra cui l'outcome clinico-assistenziali (con particolare attenzione a: gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, le infezioni correlate all'assistenza (ICA) con particolare attenzione all'igiene delle mani; la gestione delle lesioni da pressione, i modelli organizzativi e organizzativo-assistenziali, l'age/diversity management, la sicurezza dei lavoratori nell'ambiente di lavoro; il benessere organizzativo e qualità della vita dei lavoratori. La telemedicina/teleriabilitazione, la terapia antitrombotica, la gestione delle crisi pandemiche (Panflu); la radioprotezione del paziente ai sensi del 101 del 2020 (ricompreso nell'obiettivo nazionale d.lgs n. 27), l'applicazione protocolli di collaborazione tra servizi di salute mentale e disabilità, dipendenze ed et evolutiva, la psichiatria di comunità e il trattamento dei pazienti autori di reato, la gestione e trattamento dell'acuzie psicopatologica in adolescenza.

Nella pianificazione regionale vengono previste attività formative, ricomprese nel Piano Formativo, a titolo di esempio: sulle aggressioni a personale sanitario, sulla rete regionale delle cure palliative e sulle infezioni ospedaliere.

Per l'anno 2024 sono stati inseriti 424 progetti formativi, di cui 276 accreditati Ecm. Si rimanda per questo all'allegato della delibera di approvazione del PFA, evidenziando in particolare quelli in linea con gli obiettivi inseriti in questo PIAO) i seguenti corsi:

Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione, Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, PDTA, ecc.), Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozioni di modelli di lavoro in rete, Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario, Valorizzazione del personale Qualità del SSR (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento istituzionale,..), Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. 81/2008), Sicurezza del SSR (il governo clinico, la gestione del rischio, la responsabilità professionale, ecc.), Integrazione socio-sanitaria (approccio globale alla long term care).

# 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).

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

## MONITORAGGIO E RIESAME DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

### MONITORAGGIO

#### Processi e attività oggetto del monitoraggio

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

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

Il livello di attuazione delle misure previste nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025 è stato superiore al 90%. Alcune attività pianificate per il 2023 sono ancora in corso e verranno ultimate nel 2024. Trattandosi di un piano triennale a scorrimento, gli obiettivi non raggiunti nel 2023 verranno perseguiti nel triennio 2024 - 2026.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione sulla Sezione rischi corruttivi e trasparenza effettuata attraverso la relazione per il riesame, la relazione

ANAC, che il RPCT pubblica sul sito internet aziendale e trasmette annualmente alla Direzione aziendale e all'OIV, nonché alla relazione sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta ai vari referenti e owner dei processi. La rendicontazione è comunque sintetizzata anche all'interno del presente documento, atteso che nell'attività di programmazione bisogna tener conto dei risultati della rendicontazione.

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

Un primo monitoraggio, monitoraggio di primo livello, viene 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 2024 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 RPCT e owner del processo dovrà fornire una relazione eventuale, al termine del primo semestre, in caso di modifiche o scostamenti rispetto a quanto programmato, in modo che il RPCT possa eventualmente intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come per i processi a più alto rischio 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.

Come già detto in precedenza, l'Ufficio Internal Audit aziendale coadiuva il RPCT sviluppando, nello specifico, un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza: il contenuto del piano viene infatti definito anche d'intesa con il RPCT al fine di individuare gli ambiti da sottoporre a specifici audit.

I Report degli audit eseguiti nel 2023 sono stati trasmessi dall'Ufficio Internal Audit al RPCT.

L'Ufficio Internal audit inoltre provvede ad effettuare dei follow up sui processi auditati negli anni precedenti al fine di verificare l'attuazione delle misure correttive segnalate.

Anche per quanto riguarda il 2024, tenuto conto di quanto emerso dalle relazioni raccolte a fine 2023, e di quanto emerso da confronti diretti con i singoli owner dei processi, verrà condiviso con l'Ufficio Internal Audit il calendario degli audit da effettuare anche con riferimento alla funzione anticorruzione e trasparenza. Il Piano triennale di audit 2024 - 2026 dell'Azienda verrà adottato secondo le tempistiche che saranno comunicate da Azienda Zero.

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

Una delle attività avviate già nel 2019 è il sistema di audit integrato, svolto dalla UOSD Sistemi di gestione della qualità aziendale, in cui si è applicata una check list per valutare la rispondenza a quesiti relativi a qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e Internal Auditing.

Attraverso tale monitoraggio, viene in particolare valutato lo stato di conoscenza della strategia aziendale in tema di anticorruzione da parte del personale dipendente.

A causa dell'impegno profuso dalla UOSD Gestione dei sistemi di qualità nel corso del 2023 per la visita di accreditamento istituzionale, l'attività realizzata nel corso dell'anno ha portato alla effettuazione di 2 audit presso l'Ospedale di Treviso.

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

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

La UOSD Sistemi di gestione della qualità ha trasmesso al RPCT l'esito, perlopiù positivo, degli audit relativi all'anticorruzione, per cui si è reso comunque necessario un intervento informativo.

L'attività di audit integrato proseguirà anche nel corso del 2024, e riguarderà in particolare le unità operative di pronto soccorso, radiologia, terapia intensiva, semintensive, sale operatorie. A tal fine, è stato condiviso con l'Ufficio trasparenza e anticorruzione un aggiornamento delle domande di competenza.

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

Nel corso del 2023 inoltre è proseguita l'attività di verifica a campione da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione al fine di effettuare un monitoraggio diretto su alcuni ambiti specifici, come per esempio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA, nonché sulla raccolta delle dichiarazioni ex art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

L'Ufficio, sulla base dell'esperienza maturata in questi ultimi anni, ha provveduto ad approvare una specifica procedura denominata "Verifiche a campione delle misure di prevenzione della corruzione", che verrà applicata a partire dal 2024, al fine di definire compiutamente ed in maniera trasparente parte delle attività di monitoraggio effettuate direttamente dall'Ufficio sull'applicazione di alcune misure di prevenzione della corruzione da parte degli uffici interessati.

Inoltre, l'Ufficio ha cominciato a chiedere direttamente alle unità operative verifiche a campione relativamente a determinati ambiti.

Nel corso del 2023 si è continuato ad integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente: in particolare, atteso che l'Ufficio Internal audit ha anche il compito di vagliare i verbali delle verifiche compiute mensilmente dal Collegio sindacale, è stato concordato che tale Ufficio comunichi al RPCT eventuali difformità di interesse che siano state riscontrate dal Collegio. Nel corso dell'anno non è stata comunicata alcuna difformità.

Tale integrazione proseguirà anche nel 2024.

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dall'allegato O della DGRV n. 2174/2016, dal Decreto della Regione del Veneto n. 93 del 10.09.2021 e dalla Delibera del direttore generale n. 1837 del 28.09.2022, l'RPCT ha provveduto, con nota prot. n. 56787 del 23.03.2023, acquisite le relazioni di competenza della UOS Attività Specialistiche, dell'Ufficio relazioni con il pubblico e della CUP Manager, a trasmettere al Coordinatore del Nucleo aziendale di controllo, per il seguito di competenza, la dichiarazione sul buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'allegato A della DGR 863/2011, attestando il rispetto di tutte le fasi del processo di prenotazione richieste dalla normativa in essere.

## **RIESAME**

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla

strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

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

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

Nel 2023 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, con nota prot. n. 223260 del 21.12.2023, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023 – 2025, al fine di consentire ai Direttori di segnalare eventuali criticità riscontrate nella strategia di prevenzione della corruzione posta in essere nel corso dell'anno, e di suggerire eventuali misure di prevenzione più adeguate e sostenibili in vista dell'aggiornamento del PIAO.

<b>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</b>					
<b>Misura di prevenzione della corruzione</b>	<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore di monitoraggio</b>	<b>Valore soglia 2024</b>	<b>Target biennio 2025-2026</b>	<b>Unità operative / Uffici interessati</b>
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al RPCT	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report verifiche (a campione, audit, audit integrati, ...)	Sì	Sì	Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione

### **MONITORAGGIO DEL PIAO**

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

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

---

# ELENCO DEGLI ALLEGATI

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

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

**Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione**

**Allegato 4 - Piano dei fabbisogni**

# **ALLEGATO 1**

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

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

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

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

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

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

P010	Attività di ispezione su armadi farmaceutici	Dalla programmazione delle verifiche alla verbalizzazione e monitoraggio	U.O.C. Farmacia ospedaliera							X								TRASCURABILE	-
P011a	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera (PS)														X	TRASCURABILE	-
P011b	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera (TV)														X	TRASCURABILE	-
P011c	Gestione distribuzione diretta farmaci	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	U.O.C. Farmacia ospedaliera (AS)														X	MEDIO	-
P012	Prestazioni per minori	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari	X						X							X	MEDIO	X
P013	Gestione della certificazione agonistica	Dalla programmazione, alla prenotazione, all'accettazione ed erogazione	U.O.C. Medicina dello Sport							X								MEDIO	X
P014	Valutazione medico legali	Dalla richiesta di valutazione (inserimento in lista di attesa per la il rinnovo patente/verifica alcolica o tossicologica, richiesta invalidità INPS, richiesta parere medico legale) alla emissione della valutazione stessa o del referto	U.O.C. Servizio medicina legale							X								RILEVANTE	X
P018	Attività ispettive	Dalla programmazione o segnalazione/richiesta/esposto fino alla verbalizzazione / verifica del pagamento della sanzione /segnalazione alla magistratura	U.O.C. Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPISAL)							X								RILEVANTE	X
P019	Certificazioni sanitarie	Dalla richiesta dell'utente (ricorso verso il giudizio del medico competente o richiesta dell'azienda per verificare la residua capacità lavorativa di un dipendente, visite mediche idoneative o specialistiche - di medicina del lavoro) fino all'emissione della certificazione di idoneità o referto	U.O.C. Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPISAL)							X								TRASCURABILE	X
P020	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona)	Rilascio pareri di tipo igienico sanitario / edilizio per quanto riguarda le deroghe relative agli ambienti di lavoro	U.O.C. Servizio prevenzione igiene e sicurezza							X								TRASCURABILE	X



P040	Assistenza protesica	Dalla gestione e valutazione della richiesta dell'utente all'emissione dell'autorizzazione alla fornitura e alla liquidazione della fattura	U.O.C. Servizi amministrativi territoriali		X														MEDIO	-
P041	Rimborsi diversi (Cure climatiche, medicina turistica, trapiantati, dializzati, modifiche strumenti di guida, acquisto parrucche, protesi dentarie, cure all'estero)	Dalla gestione istruttoria domande presentate, all'adozione provvedimento, alla comunicazione all'assistito dell'esito della richiesta, all'erogazione del contributo	U.O.C. Servizi amministrativi territoriali		X														TRASCURABILE	X
P042	Acquisizione beni e servizi mediante affidamento diretto ai sensi della normativa vigente	Dall'analisi dei fabbisogni, all'effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e, all'individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto, all'affidamento	U.O.C. Economato e gestione logistica					X											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	U.O.C. Economato e gestione logistica					X											RILEVANTE	X
P044	Gestione dei magazzini	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce, al carico e alla gestione della distribuzione inclusa la gestione dei magazzini di reparto, fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	U.O.C. Economato e gestione logistica U.O.C. Farmacia (TV - OD) U.O.C. Servizio farmaceutico (VV - CN) U.O.C. Farmacia (CF)									X						X	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	U.O.C. Economato e gestione logistica U.O.C. Servizi amministrativi di Ospedale											X					TRASCURABILE	-

P046	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	U.O.C. Gestione risorse umane			X												MEDIO	X
P047	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (art. 7, comma 6, D.lgs 165/2001)	Dalla firma del contratto, liquidazioni periodiche e gestione del alla cessazione del contratto	U.O.C. Gestione risorse umane			X												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	U.O.C. Gestione risorse umane			X												MEDIO	X
P049	Gestione giuridica	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro	U.O.C. Gestione risorse umane			X												RILEVANTE	
P050	Gestione orario di lavoro	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	U.O.C. Gestione risorse umane			X												TRASCURABILE	X
P052	Prestazioni per anziani	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della RUR, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAR	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari								X		X	X				MEDIO	X
P053	Prestazioni per la disabilità	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della graduatoria, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAD	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari							X	X				X			TRASCURABILE	X
P054	Prestazioni di psichiatria	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari			X		X		X					X			RILEVANTE	X
P055	Prestazioni per le dipendenze	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari			X					X				X			TRASCURABILE	X

P056	Sistema di controllo interno	Valutazione dei rischi e predisposizione della proposta del Piano di audit, pianificazione dell'audit con elaborazione del report finale.	Ufficio Internal Auditing		X												X	TRASCURABILE	-
P060	Formazione interna del personale	Dalla predisposizione del piano formativo, alla microprogettazione attività, all'erogazione della formazione e alla liquidazione del compenso del docente/ente di formazione	U.O.S.D. Formazione	X			X										X	TRASCURABILE	X
P061	Gestione invio dipendenti a corsi sponsorizzati	Dall'avvio dell'istruttoria all'individuazione del partecipante, all'autorizzazione	U.O.S.D. Formazione	X					X									MEDIO	X
P063	Gestione dei sinistri e gestione diretta dell'autoassicurazione	Dalla richiesta risarcimento danni, all'accantonamento al fondo rischi/alla chiusura - liquidazione del sinistro	U.O.C. Affari Generali e Legali									X						MEDIO	X
P064	Gestione del contenzioso	Dalla ricezione dell'atto giudiziale alla definizione del contenzioso	U.O.C. Affari Generali e Legali					X			X							MEDIO	X
P066	Gestione protocollo	Dalla ricezione della documentazione al suo smistamento nelle UU.OO.	U.O.C. Affari Generali e Legali		X													TRASCURABILE	-
P069	Ciclo delle Performance	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali sia di struttura che individuali	U.O.C. Controllo di gestione		X	X											X	TRASCURABILE	-
P071	Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)	Dalla presentazione, valutazione e approvazione del progetto all'avvio e al monitoraggio fino alla conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati	U.O.C. Controllo di gestione							X								MEDIO	X
P072	Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)	Dalla richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa all'individuazione dei pazienti, avvio, monitoraggio e conclusione del processo di sperimentazione	U.O.C. Controllo di gestione														X	MEDIO	X



P082	Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica	Dalla preparazione dei programmi operativi di controllo, al sopralluogo, alla stesura del verbale, alla comunicazione all'autorità giudiziaria, all'incasso sanzioni pecuniarie	U.O.C. Servizio igiene e Sanità pubblica (SISP)		X														RILEVANTE	X
P083	Gestione pareri urbanistica ed edilizia complessa	Dalla gestione istanza, all'istruttoria pratica, alla verifica incasso diritti sanitari	U.O.C. Servizio igiene e Sanità pubblica (SISP)	X	X						X								RILEVANTE	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	U.O.S.D. Attività Specialistiche														X		RILEVANTE	X
P086	Gestione personale convenzionato: continuità assistenziale	Dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali, alla cessazione	U.O.S. Personale convenzionato			X													MEDIO	-
P087	Gestione personale convenzionato: medicina generale e pediatria di libera scelta	Dall'individuazione zone carenti, all'individuazione MMG/PLS avente titolo al conferimento dell'incarico, alla instaurazione del rapporto convenzionale, alla gestione giuridica ed economica, all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, incluso il procedimento disciplinare	U.O.S. Personale convenzionato			X													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 gestione delle variazioni e all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, alla gestione delle cessazioni	U.O.S. Personale convenzionato			X													TRASCURABILE	X
P089	Acquisizione, sviluppo e alienazione del patrimonio immobiliare e impiantistico	Dall'approvazione del piano investimenti alle procedure di acquisizione, ed alienazione di immobili ed impianti	U.O.C. Servizi tecnici e patrimoniali								X								RILEVANTE	-

P092	Project Financing Gestione Servizi (p.o. di Castelfranco Veneto e Montebelluna)	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	U.O.C. Servizi tecnici e patrimoniali - Dec del Project Financing				X		X	X	X							RILEVANTE	-
P096	Gestione prestazioni relative alla strutture intermedie (Hospice, Ospedali di Comunità e Unità riabilitative Territoriali)	Dalla predisposizione dei contratti con le strutture accreditate alla liquidazione delle fatture	U.O.C. Servizi Sociali e Socio sanitari				X						X					MEDIO	X
P098	Somministrazione delle vaccinazioni				X													RILEVANTE	X
P099	Finanziamento dei controlli ufficiali	Dalla gestione delle anagrafiche degli insediamenti produttivi all'applicazione della tariffa forfettaria annuale			X				X	X								MEDIO	X
P100	Attività ordinaria di controllo ufficiale	Dalla programmazione e preparazione del controllo di attività ordinaria all'adozione di provvedimenti (art. 137/138 del Reg 2017/625/EU) in caso di non conformità		X	X					X	X							RILEVANTE	X
P101	Attività straordinaria di controllo ufficiale	Dalla programmazione dell'attività straordinaria, registrazione dei controlli e comunicazione ad altre autorità competenti in caso di non conformità		X	X					X	X							RILEVANTE	X
P102	Applicazione, riscossione e rendicontazione delle tariffe	Applicazione, riscossione e rendicontazione delle tariffe							X									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:

$$IR = Probabilità * Impatto$$

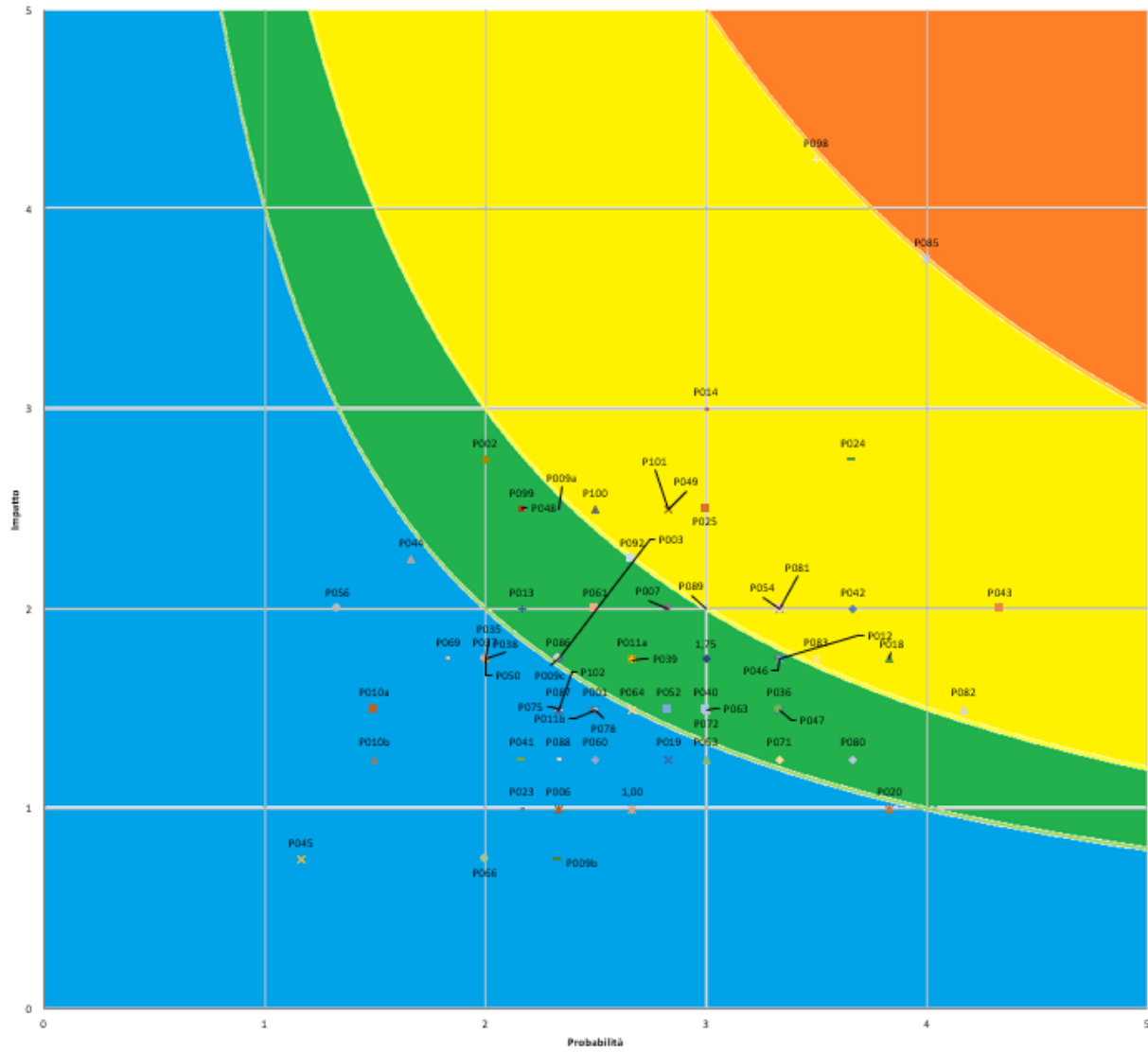
La probabilità e l'impatto sono misurati attraverso la media dei punteggi attribuiti alle domande sopra elencate. Lo scopo della matrice Impatto-Probabilità è quello di rappresentare graficamente il livello di rischio correlato ad ogni processo, in modo da individuare quelli per cui è necessario attuare 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. 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 sospeso di uscita	ritardato o errato abbinamento del documento - pagamento di una cosa non dovuta	M	NO	periodica verifica dei SUS non ancora coperti	B

	acquisito con il giornale di cassa (per l'acquisizione vedasi processo P005 - Regolarizzazione delle entrate)					
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 un conto di costo/ricavo come specificato in procedura	non corretta contabilizzazione di fatti di gestione che non hanno impatto economico	M	NO	verifica periodica che i conti transitori abbiano saldo pari a zero	B

## P006-GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Identificazione punti aziendali di riscossione	individuazione delle sedi in cui è necessaria la presenza di un punto cassa con operatore (con elettronico e/o contanti) oltre al riscuotitore automatico, sulla scorta del numero di utenti gestiti e dei costi correlati alla gestione di una cassa con operatore oltre agli aspetti contabili e logistici	lasciare attive casse che non hanno sufficiente movimentazione per giustificare il loro costo individuazione di locali non idonei	MB	SI		
	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

P009a,b,d - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

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

## P009c - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione salma in reparto	informazione ai familiari sulle incombenze successive al decesso	indicazione di una Impresa di Onoranze Funebri (IOF) ai familiari	MA	no	Modulo Informativo da consegnare ai familiari (nota alle UU.OO. prot. 229643 del 13/12/2022); Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021);	MB
		segnalazione a Imprese Onoranze Funebri (IOF) del decesso (nome deceduto, familiari)	MA	no	Modulo Informativo da consegnare ai familiari (nota alle UU.OO. prot. 229643 del 13/12/2022); Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021);	MB
	consegna ai familiari degli effetti personali della salma	smarrimento effetti personali della salma	M	no	Compilazione Modulo aziendale n. 0140 del 19/10/2006 "Documentazione sanitaria ed oggetti personali consegnati"	B
		furto effetti personali della salma	MA	no	Compilazione Modulo aziendale n. 0140 del 19/10/2006 "Documentazione sanitaria ed oggetti personali consegnati"	MB
	gestione salma in reparto	non disponibilità di locale in reparto per accoglienza salma - già occupato da altra	MB	sì		MB

gestione salma in obitorio	gestione salma in obitorio	conservazione salma con modalità inadeguate	M	no	Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Nota agli operatori n. 132017 del 15/07/2021; Riduzione tempi di osservazione mediante esecuzione di tanatogramma a tutte le salme decedute nel Presidio Ospedaliero (nota a tutte le UU.OO di luglio 2005); Presenza di 4 celle frigorifere: allarmate e dotate di rilevazione grafica delle temperatura	B
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	Istruzioni Operative – Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021); Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze funebri del 31/10/2017; Incontri periodici con IOF vengono fatti al bisogno	MB
		Indicazione di un'Impresa di O:F: ai familiari	MA	no	Istruzioni Operative –Manuale Operativo per il personale dell'Obitorio di Oderzo - rev. 3 del 17/05/2018; Codice di comportamento Aziendale (DDG n. 354 del 4/03/2021); Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze funebri del 31/10/2017; Incontri periodici con IOF vengono fatti al bisogno	MB

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

## P012 – PRESTAZIONI PER MINORI

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

## P013 - GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA

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

	un'altra lista denominata lista "non garantita" del mese corrente o nella lista "garantita" del mese successivo.					
	l'operatore della cooperativa riceve (all'indirizzo di posta elettronica dedicato), le mail di richiesta da parte delle società sportive, contenenti gli elenchi degli atleti che necessitano di essere visitati	mancata presa in carico della richiesta da parte dell'operatore della cooperativa	MB	Si	controllo eseguito dall'operatore della cooperativa	MB
	L'operatore della cooperativa successivamente fornisce l'appuntamento all'utente secondo la lista mensile di prenotazione	Errore dell'operatore della cooperativa che non rispetta l'ordine cronologico di prenotazione	MB	Si	controllo eseguito dall'operatore della cooperativa	MB
Accettazione	L'utente si presenta allo sportello con un appuntamento, la ricevuta di pagamento del ticket se dovuto, la documentazione scaricabile dal sito aulss2 e la richiesta della società quando prevista. La segretaria, dopo identificazione dell'utente controlla la prenotazione e la documentazione necessaria. Infine procede con la registrazione in medarchiver	Errore di identificazione e registrazione dell'utente o mancata verifica della documentazione richiesta	M	NO	procedura formalizzata Il medico non firma il certificato fino a che non ha tutta la documentazione utile	B
	La segretaria verifica se il ticket è dovuto e controlla la ricevuta del pagamento	Mancata verifica dell'appropriatezza del ticket	M	NO	segnalazione per rimborso ticket	B
		Mancato pagamento del ticket e prestazione non effettuata	MA	NO	segnalazione e quindi attivazione recupero credito per prestazione persa	MB
		Mancato pagamento del ticket ed esecuzione della visita	MA	NO	informare l'utente della necessità di pagare il ticket al termine della prestazione e controllare e chiedere di fornire la ricevuta di pagamento	MB
	L'utente non si presenta: la segretaria registra in CUP WEB il codice 99 che prevede il pagamento della penalità	Mancata registrazione in CUP WEB del codice 99	M	NO	conteggio delle mancate presenze su carta e su cupweb al termine della giornata e verifica corrispondenza	B

	L'utente annulla l'appuntamento telefonando al call center Aulss2	L'utente annulla l'appuntamento contattando telefonicamente o tramite mail la segretaria della Medicina dello sport	MB	NO	si informa il personale di segreteria sulle modalità di comunicazione all'utente in caso chiami la medicina dello sport anziché il call center per la disdetta dell'appuntamento	B
Erogazione	Il medico effettua la visita e firma digitalmente il certificato che risulta disponibile online dopo qualche ora se l'atleta è idoneo	Il medico non firma digitalmente il certificato	MA	NO	Controllo tramite applicativo medarchiver	B
		Mancata erogazione della prestazione già in appuntamento per assenze improvvise del personale (malattia o altro) o guasti apparecchiature	M	NO	L'utente viene contattato telefonicamente del mancato appuntamento e se ci sono disponibilità viene proposto un appuntamento successivo	B

**P014 – VALUTAZIONI MEDICO LEGALI**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
GESTIONE RICHIESTA	acquisizione utenti da liste (cup/inps) e/o ricezione richieste direttamente da utenti/enti/altre UO e programmazione attività	manipolazione lista d'attesa non motivata da esigenze legittime connaturate alla prestazione (di carattere clinico, normativo, organizzativo)	M	no	accesso alle modifiche limitato a determinati operatori, istruzioni operative per gli operatori, controllo a campione	B
			M	no	definizione di una istruzione operativa	B
			M	no	controllo su liste domande INPS e su tempi attesa delle visite	B
INDIVIDUAZIONE SOGGETTO RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE	Nomina commissione se prevista	componente in conflitto di interessi	A	no	sottoscrizione autodichiarazione da parte dei componenti evidenza di astensione nel verbale rotazione ordinaria dei componenti	B

VALUTAZIONE MEDICO LEGALE	valutazione/verifica documentazione clinico-strumentale a supporto del giudizio	utilizzo di documentazione clinica non accettabile/mancata verifica certificazioni false	MB	no	verifica dei requisiti essenziali della documentazione	B
		violazione catena custodia/sostituzioni campioni nel prelievo per sospetto abuso alcool/sostanze d'abuso	A	no	controllo in tempo reale tramite telecamera appositi kit per catena di custodia	MB
	formulazione giudizio collegiale	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (es. invalidità civile)	M	no	rotazione dei componenti della commissione condivisione tra gli specialisti implicati nelle valutazioni conclusive rispetto alle linee di indirizzo verifica da parte dell'INPS circa i giudizi di invalidità civile formulati dalla Commissione ASL	B
		giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (certificazioni senza supervisione altro istituto)	M	no	rotazione dei componenti della commissione condivisione tra gli specialisti implicati delle valutazioni conclusive rispetto alle linee di indirizzo	B
	formulazione giudizio monocratico	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (relazioni medico legali sinistri o riconoscimento grave patologia, concessione dell'anticipo TFR)	M	no	Comitato Valutazione Sinistri (CVS) valuta coerenza delle relazioni discussione dei casi all'interno dell'unità operativa doppia firma nelle relazioni medico legali rotazione ordinaria del personale	B
	refertazione	errore nel verbale valutazione /certificazione	MA	no	controllo combinato dei componenti della commissione	MB
INFORMAZIONI AGLI UTENTI (RIGUARDA OGNI FASE DEL PPROCESSO)	informazione agli utenti relativamente allo stato delle pratiche, alle normative vigenti ed ai diritti esigibili	fornitura di informazioni non adeguate	MB	no	istruzioni operative per il contatto con l'utente tramite telefono, tramite email e allo sportello	B

COMUNICAZIONE DEL REFERTO	Comunicazione agli utenti e trasmissione del referto alle autorità / eti di riferimento previsti dalla normativa	mancata comunicazione e mancata trasmissione	MB	no	memo per passaggio di consegna tra colleghi	B
VERIFICA PAGAMENTI	liquidazione dei compensi dei componenti	errato computo/errata liquidazione	A	no	operatore amministrativo conteggia partecipazioni a commissioni del singolo e verifica importi delle richieste di liquidazione; direttore UOC effettua verifiche sistematiche a campione	B
ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI	archiviazione documenti	difficoltà nel reperimento pratiche	MB	no	riorganizzare in modo sistematico gli archivi	B

## P018 - ATTIVITÀ ISPETTIVE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione dei piani operativi di controllo	Programmazione dei piani operativi di controllo (decisione di quali sono le aziende da sottoporre a controllo e del personale ispettivo) e inserimento delle segnalazioni (es. pronto soccorso per infortuni, segnalazioni dei cittadini o da altri Enti di vigilanza o forze dell'ordine) nella programmazione delle attività quotidiane	A causa di criteri non rivisti per la selezione delle aziende e/o cantieri da controllare può avvenire una mancata o non conforme programmazione dei piani operativi di controllo con possibile omissione di ditte e/o cantieri	B	No	Condivisione settimanale della programmazione per distretto	B
Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione controlli - incarico alla squadra di fare una determinata verifica.	A causa di mancata segnalazione di conflitto di interesse, si potrebbe verificare una assegnazione a personale con conflitto di interesse e ciò potrebbe comportare una valutazione non oggettiva	M	No	Segnalazione di conflitto di interesse (indicazione di fare una mail). Remind ad ogni riunione mensile sulle norme di comportamento	B

		A causa di preferenze tra colleghi si potrebbe verificare una mancata rotazione del personale in sede di assegnazione dei controlli programmati. Ciò potrebbe comportare una valutazione non oggettiva	M	No	Monitoraggio delle coppie. Remind ad ogni riunione mensile sulle norme di comportamento	B
	Preparazione dell'ispezione (analisi preliminare, acquisizione e verifica documentazione sull'azienda, predisposizione del materiale di supporto)	A causa di superficialità/mancanza di tempo l' Analisi preliminare e/o Documentazione risulta non accurata, non completa e/o non conforme. Allungamento dei tempi di esecuzione delle ispezioni e possibile valutazione incompleta o imprecisa.	MB	Sì		MB
Effettuazione del sopralluogo	Sopralluogo	A causa di sopralluogo non effettuato da una coppia di tecnici, ci si espone a un maggior rischio di pressioni da parte delle aziende ispezionate, con un mancato rispetto delle norme aziendali anticorruzione	MA	NO	L'ispezione viene fatta sempre da almeno 2 persone, i componenti della coppia ruotano	MB
			A	NO	un tecnico per ogni distretto a rotazione effettua un controllo dei verbali con una checklist	B
		A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza si potrebbe effettuare un sopralluogo non conforme rispetto a quanto previsto da normativa o il sopralluogo potrebbe non essere effettuato, ciò può portare a mancanza di equità tra operatori e tra aziende vigilate	MA	NO	In caso di ditta aperta obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata e dei due tecnici della prevenzione. In caso di ditta chiusa programmare nuovo sopralluogo. Verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso il controllo delle pratiche in firma del Direttore e controllo reportistica di attività individuale	B
			A	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B

		A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza il verbale di accesso potrebbe non essere presente o non conforme agli esiti dell'attività ispettiva. Ciò comporta un'omissione di un atto di ufficio previsto da procedura aziendale	A	NO	corsi di formazione regionali/aziendali dedicati al servizio SPISAL	B
			A	NO	un tecnico per ogni distretto a rotazione effettua un controllo dei verbali con una checklist	B
			MA	NO	In caso di ditta aperta: obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata e dei due tecnici presenti In caso di ditta chiusa: programmare nuovo sopralluogo Verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso i verbali messi in firma dal direttore	B
			A	no	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B
			A	No	corsi di formazione regionali/aziendali dedicati al servizio SPISAL	B
			A	No	un tecnico per ogni distretto a rotazione effettua un controllo dei verbali con una checklist	B

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

			A	No	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B
		A causa di errore umano si potrebbe eseguire un controllo fuori dai termini previsti rendendo l'atto annullabile	A	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B
Verifica adempimento Documentale		A causa di superficialità e/o mancanza di esperienza si potrebbe eseguire una verifica documentale non conforme rispetto a quanto previsto da normativa / fuori dai termini previsti	A	NO	obbligo di valutazione da parte di 2 operatori. verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio.	B
			A	No	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli con cadenza periodica fissata dal Servizio (evidenza: risultati dell'audit sui fascicoli)	B
Ammissione al pagamento		a causa di superficialità o mancanza di esperienza si potrebbero commettere errori nel calcolo della sanzione pecuniaria da comminare	B	NO	firma degli operatori + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio	B
Verifica pagamento - la ditta deve inviare una copia dell'avvenuto pagamento che viene allegato in fascicolo		a causa di mancata verifica o un mancato rilevamento di difformità tra la cifra prevista e quella pagata, comporta un ulteriore aggravamento dei tempi nell'iter amministrativo	MB	NO	Controllo da parte dei 2 tecnici titolari su ciascuna pratica + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio.	B
Chiusura pratica	Per tutte le sanzioni di tipo penale: Invio atti in Procura	a causa di superficialità/ svista/inesperienza ci potrebbe essere un invio di fascicolo privo di elementi	B	NO	Controllo da parte dei 2 tecnici titolari su ciascuna pratica + supervisione del coordinatore e del Direttore del servizio	B

		sostanziali o formali (allegati, firme) con conseguente allungamento iter			Controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	
	Archiviazione informatica pratica	a causa di superficialità/svista si potrebbe verificare un'archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, con la conseguente mancata chiusura	B	NO	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione fisica pratica	a causa di superficialità/svista l'archiviazione potrebbe avvenire in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento, con la conseguente difficoltà di ricerca a posteriori	B	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B

**P019 - CERTIFICAZIONI SANITARIE**

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricezione richiesta o prenotazione	Inserimento in calendario	Non corretto inserimento in calendario L'operatore può inserire in precedenza richieste dietro compenso	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Preparazione cartella clinica	Verifica precedenti in archivio	Mancato rilevamento di precedenti in archivio e del loro contenuto informativo	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Apertura nuova cartella e rilevamento dati anamnestici generali	Errori materiali nella intestazione della cartella; incompletezza nella assunzione delle informazioni anamnestiche	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B

Pagamento prestazione	Verifica pagamento prestazione	Mancata verifica del pagamento della prestazione; imputazione di voci di pagamento errate per la prestazione prevista	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Esecuzione visita medica	Visita medica	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Accertamenti strumentali	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Compilazione certificato o relazione	Compilazione certificazione	Errori materiali nella compilazione del certificato; errori formali rilevanti ai fini del valore legale del certificato	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Consegna certificato	Consegna certificazione	Errori materiali nella consegna del certificato	B	NO	Firma di trasmissione del Dirigente/Direttore	B
Chiusura prestazione	Archiviazione cartella ambulatoriale/pratica	Errori fisici nella archiviazione della cartella ambulatoriale	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B

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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione 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

**P023 – GESTIONE DELL’INVENTARIO**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZION E DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Analisi del fabbisogno aziendale	analisi delle esigenze aziendali ambito edilizia e impiantistica	inserimento di interventi non previsti dal programma dei lavori pubblici triennale o viceversa	MB	no	verifica che tutti i gli interventi previsti dal programma triennale siano inseriti nel piano investimenti	B
	analisi delle esigenze aziendali ambito hardware e software	inserimento di interventi non correlati ad obiettivi a livello regionale o interno	B	sì		B

	analisi delle esigenze aziendali ambito attrezzature sanitarie	inserimento di acquisti che non tengono conto delle tempistiche necessarie per l'iter da espletare e del tempo tecnico di consegna, degli eventuali interventi edili/impiantistici necessari	MB	sì		MB
	analisi delle esigenze aziendali ambito ambulanze e mezzi di soccorso	inserimento di acquisti che non tengono conto delle tempistiche necessarie per l'iter da espletare e del tempo tecnico di consegna, degli eventuali interventi edili/impiantistici necessari	MB	sì		MB
	analisi delle esigenze aziendali ambito altri beni	mancato inserimento di acquisti necessari considerata la vetustà dei beni presenti/avvio di nuovi servizi	B	sì		B
valutazione e verifica delle proposte, con particolare riferimento alle risorse	consolidamento delle proposte arrivate ai singoli referenti da parte dell'uo contabilità e bilancio	mancato / errato inserimento di propososte	B	sì		B
	valutazione delle proposte sulla scorta delle fonti di finanziamento consociute di derivazione regionale, nazionale, vincolate o da terzi o aziendali	errata individuazione delle fonti di finanziamento	B	sì		B

Piano investimenti e autorizzazioni di spesa	programmazione triennale attraverso il piano triennale degli investimenti allegato al bilancio preventivo annuale. Lo stesso in particolare per l'edilizia è la declinazione di quanto già previsto nel programma dei lavori pubblici. Ogni riga del piano investimenti è identificata da un codice univoco e ad ogni riga possono essere associate più autorizzazioni di spesa (tante quante le fattispecie di fonte di finanziamento)	errata rendicontazione e contabilizzazione del piano investimenti - errato controllo dello stato avanzamento degli interventi previsti nel piano investimenti	M	no	utilizzo del codice univoco della riga del piano investimenti per raccordare piano investimenti e qualità	MB
	identificazione dei cespiti cui associare i lavori di manutenzione o di nuova costruzione	La non corretta scelta del cespite a cui assegnare l'intervento comporta, con il collaudo, un incremento del valore contabile del cespite e di conseguenza un incremento del corrispondente valore di ammortamento e, in caso di demolizione o vendita o dismissione, una differente valorizzazione della minusvalenza/plusvalenza che si va ad ottenere	M	no	applicazione della corretta procedura per l'individuazione / creazione del cespite, come da procedura aziendale	MB
	inserimento manuale schede cespite	errato inserimento delle informazioni richieste dalla scheda cespite	MB	sì		MB

ordine e carichi cespiti mobili	procedura di prenotazione del cespite	a causa della mancata applicazione della procedura di prenotazione del cespite è possibile che ci sia una mancata quadratura tra libro cespiti e contabilità generale	MB	sì		MB
	arrivo merce cespiti mobili	non corretta registrazione dell'arrivo merce e caricamento del tipo operazione (nuovo carico, completamento, manutenzione straordinaria)	MB	sì		MB
ordine e carichi cespiti immobili	registrazione dell'incremento dei cespiti immobili mediante l'utilizzo dei codici fase come da procedura	l'errato utilizzo del codice fase comporta una non corretta contabilizzazione delle fatture	MB	sì		MB
verifiche di quadratura tra cespiti e contabilità generale	raccordo fra piano investimenti e autorizzazioni di spesa	mancato inserimento in piano investimenti di interventi non previsti nel bilancio economico preventivo	MB	sì		MB
	riscontro degli importi capitalizzati e immobilizzazioni in corso	errata contabilizzazione	MB	sì		MB
	chiusura delle liquidazioni	errata contabilizzazione	MB	sì		MB
gestione dei trasferimenti dei cespiti mobili	il consegnatario dei beni di ciascuna uu.oo., previa autorizzazioni dei responsabili delle aree tecniche di riferimento, segnala il trasferimento all'ufficio inventario mediante apposito modulo	errata registrazione contabile della collocazione fisica del cespite mobile	M	si		M

	in caso di apparecchiature radiologiche, il referente per le comunicazioni all'inail effettuerà apposita comunicazione	sanzione amministrativa da parte dell'inail	M			M
gestione dei fuori uso	valutazione dello stato di conservazione dei beni assegnati all'u.o. e proposta all'ufficio inventario di ritiro per fuori uso	messa in fuori uso di beni ancora utilizzabili	MA	no	l'ufficio inventario trasmette all'area tecnica di competenza la richiesta di parere sulla proposta di fuori uso	B
	predisposizione e approvazione della delibera "fuori uso" e registrazioni contabili conseguenti	errata contabilizzazione del fuori uso	M	no	verifica della corretta registrazione dei fuori uso in navision	#VALORE!
gestione eventuali cessioni	per apparecchiature funzionanti: predisposizione e pubblicazione dell'avviso di alienazione	errori/omissioni nella predisposizione dell'avviso	M	no	l'avviso di alienazione è pubblicato nel sito internet aziendale per 15 giorni	#VALORE!
	<b>comunicazione al bilancio dei dati per l'eventuale emissione della fattura attiva e relativa emissione =&gt; Processo P007 - Fatturazione attiva</b>					
	<b>qualora non vada a buon fine l'avviso di cessione a titolo oneroso, destinazione alla solidarietà internazionale o donazione ad organizzazioni senza scopo di lucro</b>					
gestione furti / smarrimenti	il consegnatario dovrà presentare tempestiva denuncia all'autorità competente	la denuncia non è tempestiva	M	Sì		M
	denuncia del sinistro all'assicurazione	risarcimento sottostimato / mancato risarcimento	M	Sì		M
	comunicazione all'ufficio inventario e registrazioni conseguenti	errata registrazione in nav	M	Sì		M

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

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

**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	A causa di mancanza di comunicazione di informazioni circa l'autorizzazione/ accreditamento si potrebbe verificare erroneamente i	MB	no	Procedura Servizio Qualità e Accreditamento e DAT per disciplinare le comunicazioni inerenti i provvedimenti di aggiornamento dell'autorizzazione dell'esercizio e dell'accreditamento delle strutture	B

	/ accreditamento istituzionale	provvedimenti di autorizzazione giungendo a remunerare strutture non legittimate			Un operatore registra in un file Excel disponibile nella share i provvedimenti di autorizzazioni all'esercizio/accreditamento trasmessi con la relativa scadenza. L'operatore addetto alla liquidazione verifica periodicamente la validità delle autorizzazioni/accreditamenti segnalando alla struttura accreditata/Servizio Qualità e Accredimento i provvedimenti di prossima scadenza e non ancora rinnovati. Set up dell'applicativo informatico deputato alla ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali trasmessi dalle strutture alle sole prestazioni/branche specialistiche accreditate e alle validità indicate nei provvedimenti regionali	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	M	no	Modello uniforme per la rilevazione dei dati del personale delle strutture	B

		potrebbe giungere alla risoluzione del contratto/revoca accreditamento				
	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	<p>Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carenza di personale interno;</li> <li>- omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti);</li> <li>- riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche;</li> <li>- localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta;</li> <li>- dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature);</li> <li>- contenitori "fluttuanti";</li> <li>- "fughe" verso altre Ulss.</li> </ul>	MB
	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	<p>Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- carenza di personale interno;</li> <li>- omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti);</li> <li>- riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche;</li> <li>- localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta;</li> <li>- dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature);</li> </ul>	MB

					- contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre Ulss.	
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 bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	MB	no	Estrazione del report easycat "scheda fornitore" e verifica della distinta delle prestazioni addebitate, in caso di storno e riaddebito di prestazioni erogate nei mesi precedenti (previo nulla osta non bloccante del controllo di gestione e della DAT), con verifica della quadratura del totale erogato con il totale fattura	B

	Ricezione attestazione di assenza errori bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	M	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale incaricato alla liquidazione e il supervisore incaricato al controllo verificano il rispetto dell'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 richieste o che devono essere fornite)	verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione	rilascio del certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite o in cambio di vantaggi economici	M	no	richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di regolare esecuzione	MB
	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 (veritmag - AS400, verificare Treviso)	M	no	inventario a rotazione / al momento dello scarico ai reparti	B

	<p>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)</p> <p>FEFO (first expiry data first out): primo in scadenza, primo in uscita;</p>					
	<p>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</p>	<p>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</p>	M	no		M
gestione richieste da reparto	<p>Inserimento richiesta a programma da parte delle unità operative</p>	<p>errato/mancato/non completo scarico delle richieste da reparto</p>	M	sì		M
	<p>Validazione richiesta (solo per Asolo)</p>		M	sì		M
	<p>Scarico richiesta con stampa e automatica registrazione dello scarico da magazzino secondo il calendario consegna</p>		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

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

	se sono presenti graduatorie: invio delle richieste di disponibilità all'incarico	a causa di un errato/mancato aggiornamento dei dati di contatto degli idonei, il mancato recapito del telegramma può comportare una mancata assunzione	MB	no	lettera al candidato presente nella graduatoria richiesta	B
	in caso di utilizzo di graduatoria ulss2: se l'idoneo rinuncia, viene cancellato dalla graduatoria e, di norma, si procede allo scorrimento della graduatoria	a causa di un errore materiale si procede o non si procede allo scorrimento della graduatoria come previsto dalla normativa	MB	no	verifica della effettiva presenza/mancanza di accettazione da parte del candidato, con verifica - nel caso di assenza - anche telefonica della volontà da parte del candidato di non accettare l'incarico	B
	in caso di utilizzo di graduatoria di altra ulss, restituzione della graduatoria con comunicazione di chi è stato assunto	la mancata comunicazione all'altra ulss può indurre in errore	MB	no	verifica della effettiva trasmissione degli esiti all'azienda cedente.	B
Attivazione procedure per copertura del posto a tempo indeterminato	in caso di assenza di graduatorie: valutazione della procedura per la copertura definitiva del posto: Mobilità o richiesta indizione concorso presso Azienda Zero	Attivazione di procedura non idonea a coprire il posto in tempi coerenti con le necessità del Servizio che lamenta la carenza	MB	no	Verifica delle effettive e specifiche necessità per la copertura del posto. Ulteriore verifica sulla sussistenza delle autorizzazioni	B
Attivazione procedure per copertura del posto a tempo determinato	in caso di sostituzioni maternità o aspettative di lunga durata: avvio dell'avviso per tempo determinato	Errata/mancata acquisizione dell'informazione relativa all'assenza temporanea. Errata consultazione del file contenente l'elenco delle autorizzazioni per tempo determinato	MB	no	Verifica delle effettive e specifiche necessità per la copertura del posto. Ulteriore verifica sulla sussistenza delle autorizzazioni	B
	predisposizione dell'avviso (delibera e bando)	Errata compilazione/inserimento in procedura della proposta 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	Verifica delle autorizzazioni regionali all'assunzione disponibili con aggiornamento file autorizzazioni	Errato aggiornamento della reportistica relativa alle autorizzazioni	MB	no	Obiettivo A3: condivisione software con office 365 e/o implementazione base dati condivisa con CED	B
	Trasmissione dei telegrammi con richiesta di disponibilità	Errore nella trasmissione (tipicamente errore di indirizzo o errore nel testo telegramma)	MB	no	verifica anagrafica	B
	Ricezione delle disponibilità all'assunzione	Errato smistamento delle disponibilità all'assunzione	MB	no	n. di telegrammi inviati uguale n. dei candidati in graduatoria	B
	Determinazione assegnazione e decorrenze assunzioni	Errate indicazioni ricevute da parte degli uffici che gestiscono i nuovi assunti	MB	no	verifica della corretta assegnazione delle risorse alle autorizzazioni pervenute e ai reparti di destinazione - A3	B
	Lettera di stipula e predisposizione contratti di lavoro	Errori nel contratto di lavoro	MB	no	coerenza dati delibera - dati contratto	B

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

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
richiesta in crite delle autorizzazioni regionali degli incarichi professionali	raccolta del fabbisogno delle unità operative con file xls, aggregazione dei dati e invio all'area dotazione organica e assunzioni per il caricamento della richiesta di autorizzazione regionale in GPI	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 procedure comparativa mediante raccolta delle informazioni di dettaglio mediante il modulo "scheda di avvio procedura", L'operatore della UOC Gestione Risorse Umane – Sezione Collaborazioni Esterne verifica la correttezza e completezza della "scheda di avvio procedura" ricevuta da parte delle UOC interessate	a causa di informazioni non complete o non corrette la procedura comparativa non va a buon fine	MB	sì		MB
	predisposizione e approvazione della delibera	errori materiali all'interno della delibera/ a causa della mancanza di elementi fondamentali della delibera, essa non è valida	MB	no	iter di approvazione della delibera, verifica periodica da parte del Collegio Sindacale	B
	pubblicazione dell'avviso nel sito internet aziendale e nell'apposita area per l'iscrizione telematica da parte dei professionisti	la pubblicazione non è tempestiva o può contenere errori oppure non rispetta i termini di legge	MB	no	su Geco, verifica che le opzioni da inserire per l'iscrizione da parte del candidato siano coerenti con le richieste del bando	B

download delle domande pervenute, verifica dei requisiti per l'iscrizione e della completezza della documentazione e ammissione dei candidati con eventuale richiesta integrazione delle informazioni, indicazione degli esclusi con le relative motivazioni	mancata ammissione di candidati che avevano i requisiti o ammissione di candidati che non hanno i requisiti	MB	sì		MB
nomina composizione della commissione esaminatrice	mancato rispetto dell'art. 35 bis dlgs 165/2001 o con incompatibilità	MB	no	Ciascun membro della commissione firma un'autocertificazione sull'assenza di incompatibilità e di condanne penali	B
comunicazione con le modalità previste dal bando dell'elenco degli idonei, con data luogo ed ora di convocazione per l'espletamento della procedura	mancato rispetto dei termini di preavviso per l'espletamento della procedura	MB	sì		MB
espletamento della procedura comparativa e verbalizzazione da parte della commissione con l'elenco degli idonei	indicazione di idoneità per un candidato che non ha i requisiti	MB	sì		MB

conferimento dell'incarico	predisposizione e approvazione della delibera, dove viene approvato il verbale e assegnato l'incarico agli idonei in base agli incarichi che si possono assegnare. Eventuale successiva presa atto della rinuncia del primo designato e assegnazione al successivo	errori materiali all'interno della delibera/ a causa della mancanza di elementi fondamentali della delibera, essa non è valida	B	no	iter di approvazione della delibera, verifica periodica da parte del Collegio Sindacale	B
	Il candidato, convocato per la firma del contratto, è invitato a sottoscrivere il contratto, l'autocertificazione di assenza incompatibilità, l'autocertificazione assenza di condanne penali con riferimento al D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile.	autocertificazione non veritiera	M	no	a campione verifica dell'autocertificazione sottoscritta dal candidato	B

	Il candidato deve inoltre comunicare i dati fiscali e bancari personali per la liquidazione del compenso e inserimento dei dati nel modulo per la codifica del fornitore - trasmissione all'uoc contabilità e bilancio della richiesta di codifica del fornitore	mancata/errata codifica del fornitore	MB	sì	il controllo sul corretto caricamento viene effettuato all'u.o.c. contabilità e bilancio	MB
le successive fasi sono in fase di revisione con l'entrata in vigore del Nodo Smistamento Ordini e il completo utilizzo del workflow documentale						
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
caricamento puntuale delle voci variabili relative a: - libera professione - progetti - accordi sindacali specifici - indennità manuali - rischio radiologico Le relative voci sono specificate nella procedura PAC "gestione giuridica, economica, fiscale e previdenziale del personale dipendente e non dipendente" In genere il caricamento è massivo, eccetto	ricezione da parte delle direzioni/uoc competenti della comunicazione di messa in pagamento delle quote collegate ai progetti o agli accordi sindacali specifici o alla libera professione	messa in pagamento di importi non dovuti o in assenza di copertura	M	NO	verifica esistenza delle timbrature causalizzate in modo corretto/comunicazione all'area presenze- assenza dell'addebito orario da caricare verifica corretta applicazione dell'accordo sindacale verifica contabile che siano presenti le coperture	B
	rischio radiologico: chiusura/apertura del rischio radiologico a seconda delle assegnazioni o delle registrazioni di assenze prolungate di personale avente diritto	errato/mancato caricamento	M	NO	verifica corretta registrazione dell'indennità rischio radiologico	MB
	i coordinatori delle U.O. interessate al pagamento delle voci	errato/mancato caricamento	M	no	verifica del corretto caricamento del dato cartaceo	B

<p>quanto il numero di persone coinvolte è limitato</p> <p>Vengono registrate anche le modifiche sulla situazione del dipendente (aspettative, dimissioni, quiescenza)</p>	<p>variabili c.v. 6002 (Assistenza Domiciliare Integrata) e c.v. 30500 (Indennità Terapia Intensiva-Sala Operatoria) e c.v. 6000 (Indennità non vedenti) inviano l'elenco nominativo con relativi accessi del personale dipendente relativi al mese di competenza. caricamento delle indennità terapia intensiva manuale (es. personale suem area rossa) massiva per i dipendenti del distretto di Treviso</p>					
	<p>inserimento delle variazioni dello stato giuridico dei dipendenti (cessazioni, aspettative, ecc.) di competenza del mese in pagamento</p>	<p>mancato/errato inserimento delle informazioni</p>	M	no	<p>l'operatore verifica che tutte le variazioni ricevute dagli uffici competenti siano state inserite con le valorizzazioni corrette, siglando il foglio</p>	B
<p>chiusura dei singoli cedolini</p>	<p>secondo il calendario delle attività i singoli uffici effettuano il travaso dei dati</p>	<p>il mancato rispetto della tempistica può portare a un ritardo nella liquidazione degli stipendi</p>	M	sì		M
	<p>lancio del travaso dei dati</p>	<p>il travaso dei dati per problematiche informatiche potrebbe non funzionare</p>	B	NO	<p>esistono alert sull'andamento dei travasi?</p>	B
	<p>elaborazione provvisoria dei cedolini e verifiche sul corretto caricamento delle voci e delle variazioni giuridiche riferite ai singoli dipendenti</p>	<p>messa in pagamento di competenze non dovute</p>	M	NO	<p>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</p>	B

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- stampa PAYB520 riporta il riepilogo dei cedolini negativi suddivisa per dipendente</li> <li>- stampa PAYB360. Tabulato per il controllo delle voci variabili eccezionalmente usate o errate</li> <li>- stampa PAYC020. Elenco voci particolari con date limite nel mese</li> <li>- verifica che                         <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; i part - time scaduti siano stati modificati</li> <li>&gt; scadenziario dei tempi determinati</li> <li>&gt; passaggio da incarichi di prova, incarichi di base, ecc.</li> <li>&gt; verifica della corretta gestione dei termini delle scadenze</li> <li>&gt; incrocio tra pagamento dello stipendio e assenza nel mese di competenza</li> <li>&gt; alert di tutti coloro che hanno pagamenti superiori ai due mesi e verifica dei relativi giustificativi</li> <li>&gt; verifica dei cedolini &lt; 100€</li> </ul> </li> </ul>	
	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 debito verso personale dipendente	registrazione del pagato nel mese nel file di riepilogo per fondi e autorizzazione con quadratura con i dati da coge	errato utilizzo dei fondi	M	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni e contabilizzato nei singoli conti una volta chiusi gli stipendi in xls una terza persona verifica che tutti gli importi siano coerenti	B
comunicazione a consuntivo del debito da accantonare con creazione / aggiornamento delle autorizzazioni	annualmente, verifica degli importi pagati / da pagare e comunicazione all'uoc contabilità e bilancio degli importi da accantonare a debito	errata esposizione a bilancio di costi e debiti	B	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	B
	quadratura a consuntivo del debito v/personale dipendente presente in Sigma rispetto al debito registrato in 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	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

	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.					
	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	errata previsione di bilancio	B	sì		B

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- conferma dei fondi</li> <li>- previsione di spesa degli incarichi LP</li> <li>- previsione degli universitari</li> <li>- direzione strategica</li> <li>- comandi</li> <li>suddivisione tra sanitario/sociale e verifica del rispetto del limite di spesa</li> </ul>					
	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	mancata/errata fatturazione	M	sì		M

	dati per una fatturazione					
	gestione della produttività: se si tratta di distacchi il costo è a carico ulss per quanto riguarda i comandi: l'importo è definito dalla Regione, per cui tutti i mesi viene caricato un acconto, quando la Regione comunica l'importo della produttività, vengono recuperati gli acconti ed è caricato l'importo completo.	errato riconoscimento dell'importo	MB	no	il caricamento dell'importo da riconoscere come produttività è controllato da un secondo operatore che sigla sulla nota della Regione l'avvenuto controllo	B

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

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione e caricamento in SIGMA dell'incarico al professionista	Ricezione della modulistica compilata dall'ufficio che ha dato l'incarico al professionista e suo inserimento in procedura - l'operatore dell'uo gestione parte variabile e personale non dipendente controlla la completezza della compilazione della scheda anagrafica e contatta il servizio che ha deliberato l'incarico per reperire eventuali dati mancanti	errato inquadramento dell'incarico	MB	sì		MB

	caricamento nella contabilità di sigma dei dati economici per il pagamento, con scorporo degli oneri e dell'irap e imputazione del conto e autorizzazione di spesa.	errato/mancato pagamento	MB	no	L'operatore dell'ufficio U.O. Gestione Parte Variabile e Personale non Dipendente, in seguito all'elaborazione provvisoria del singolo cedolino, controlla e verifica la correttezza/completezza dei dati inseriti a sistema Sigma nel cedolino stesso. L'operatore verifica la corrispondenza dell'importo del compenso nel cedolino rispetto a quello riportato nella scheda inviata dal professionista tramite l'Ufficio che con delibera ha conferito l'incarico al professionista stesso	B
	disattivazione delle posizioni	errato pagamento di un occasionale che ha terminato l'incarico	B	Sì		B
	giro definitivo degli stipendi degli enti 472 e 572, archiviazione documentazione e invio cedolino	mancato o errato pagamento	B	no	Controllo che i cedolini stampati di prova corrispondano con i cedolini definitivi	B
trasmissione per pagamento	Al termine, l'operatore dell'ufficio U.O. Gestione Parte Variabile e Personale non Dipendente, compila e invia agli Uffici Trattamento Economico, Previdenza e Contabilità e bilancio, un prospetto con cognome e nome del professionista, numero protocollo, importo liquidato, numero conto e numero autorizzazione di spesa, con relativo codice voce	mancato versamento dei contributi, errata contabilizzazione	B	sì		B
reportistica e 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	errata rendicontazione (Conto Annuale - Cepa – ecc.)	B	Sì		B



	verranno inserite in un file Excel, che mensilmente ci darà la spesa sostenuta e ci permetterà di avere un riscontro dello speso					
--	--	--	--	--	--	--

## 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. Vedono in INPS quali sono i crediti che INPS ha verso l'ULSS, quadrano con i debiti che sono registrati a programma, viene inserito il nulla osta alla chiusura, si trasmette alla ragioneria per i pagamenti	B
Gestione congedi parentali	ricezione della certificazione dello stato di gravidanza	mancata ricezione della certificazione da parte del dipendente - assenza ingiustificata del dipendente	M	no	verifica da parte della dipendente del cartellino verifica cartellino timbrature da parte delle presenze-assenze e della caposala	B
	caricamento del dato in HR suite - GPI	errore nel caricamento del dato che comporta un mancato rispetto delle tempistiche di congedo previste dalla normativa	M	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)	mancato / errato caricamento in HR	MB	si		MB

	viene modificata in malattia)					
	ricezione del questionario per la raccolta dei dati per la denuncia	mancata / errata raccolta dati necessari per la denuncia Inail	MB	si		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	si		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	si		MB
	caricamento delle successive proroghe (registro interno e HR)	mancato o errato caricamento delle proroghe	MB	si		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	si		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	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

	verranno pagati il mese successivo - dell'elenco degli utenti che hanno avuto un progetto nel mese da pagare - dell'elenco degli utenti che hanno avuto proroghe, cessazioni programmate o cessazioni anticipate					
	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:	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

	matricola (vuota se non ancora assegnata) 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	sì		B
	richiesta di attivazione di una nuova tessera da parte del responsabile del servizio o dell'ufficio assunzioni (matricola, nome e cognome, sede di assegnazione, nr rientri previsti, luogo dove preferisce ritirare il ticket - dg - Pime - cf)	attivazione di una tessera a un dipendente che non ne ha diritto	B	sì		B

	convocazione del dipendente per caricamento dell'importo	se l'importo fosse già precaricato alla consegna, in caso di perdita della tessera l'importo potrebbe essere utilizzato da chiunque	MB	si		MB
	gestione degli utilizzi quotidiani	il dipendente potrebbe utilizzare la tessera senza rispettare le regole disposte dall'azienda con la delibera 994/2019	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
	verifica settimanale sugli importi utilizzati (importi inferiori a 4 buoni) ricarica delle tessere riferite a matricole che hanno maturato il diritto	messa a disposizione di ticket restaurant senza che sia rispettato il regolamento aziendale	MB	no	verifica maturazione del diritto ad avere i ticket	B
	addebito in busta paga dei buoni ricaricati con apposita voce stipendiale mediante download e upload di file	il file scaricato potrebbe essere non corretto o manomesso	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
	eventuale blocco tessera	pur non rispettando il regolamento, al dipendente non viene bloccata la tessera	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
rimborsi spese missioni	il dipendente carica la richiesta di autorizzazione nell'angolo del dipendente con inoltro al responsabile che autorizza (tutto via angolo del dipendente)	caricamento di una richiesta non motivata	B	no	la richiesta del dipendente viene validata dal responsabile	B
	il dipendente carica la richiesta di rimborso (angolo del dipendente) - km percorsi (al netto dei km fatti per andare alla sede di lavoro)	richiesta di rimborso di un numero di km superiore a quanto effettivamente percorso/da percorrere	M	no	verifica dei km inseriti (da sede municipale a sede municipale)	B
	- se uso di mezzo pubblico, caricamento	caricamento di biglietti non inerenti alla missione	M	no	verifica dell'arrivo degli originali dei biglietti e degli scontrini prima dell'approvazione	B

	dell'importo, il dipendente deve trasmettere anche gli originali del biglietto e l'originale dello scontrino del pasto se la missione supera le 8 ore					
	approvazione o rettifica degli importi che entrano direttamente in sigma HR	approvazione di rimborsi non spettanti	M	no	verifica che non si tratti di rimborso di formazione	B
	gestione delle richieste cartacee per gli spostamenti più frequenti	mancato riconoscimento delle missioni rimborsate con documentazione cartacea	M	no	controllo eventuali doppioni: verifica sulle timbrature e viene data comunicazione di eventuali sovrapposizioni	B

P050 – GESTIONE ORARIO DI LAVORO

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

	<p>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.</p>	<p>validazione di giustificativi non veritieri</p>	<p>B</p>	<p>no</p>	<p>mensilmente viene verificato che non ci siano interventi su sé stesso</p>	<p>B</p>
	<p>ricezione e inserimento dei giustificativi non informatizzati (es. donazioni sangue, elezioni, permessi per cariche pubbliche, scioperi, assemblee sindacali)</p>	<p>errato o mancato inserimento del giustificativo</p>	<p>B</p>	<p>no</p>	<p>L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze, per la parte di propria competenza, mensilmente verifica la documentazione a supporto delle assenze da giustificare</p>	<p>B</p>
			<p>B</p>	<p>no</p>	<p>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.)</p>	<p>B</p>

manutenzione / aggiornamento dell'organigramma sigma	creazione o chiusura di cdc / reparti su comunicazione del controllo di gestione		B	si		B
abilitazione in Angolo del dipendente	abilitazione del singolo dipendente	mancata abilitazione	B	si		B
	creazione iter nell'angolo del dipendente	errata/mancata creazione dell'iter, con	M	si		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	si		MB
gestione dei permessi Legge 104	ricezione della documentazione e verifica della sussistenza dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione	mancata ricezione della documentazione	B	no	L'angolo del dipendente riconosce quanto richiesto dal dipendente e autorizzato dal responsabile solo se entro i limiti di diritto. L'ufficio Area presenze-assenze, a fine anno, effettua la stampa di controllo sui residui delle assenze e sul rispetto dei limiti massimi delle stesse	B

	inserimento nei "limiti individuali" del diritto a fruire dei permessi L. 104	errato inserimento del diritto a fruire la L.104	B	sì		B
	recepimento delle richieste di assenza per L. 104 dall'angolo del dipendente	validazione di giustificativi non veritieri	B	sì		B
Gestione dei turni di pronta disponibilità	dopo l'iter di concessione della pronta disponibilità, l'area presenze - assenze carica sulla procedura HR il turno di pronta disponibilità del reparto	errato / mancato inserimento del turno di pronta disponibilità	MB	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B
	per la dirigenza: il reparto mensilmente invia le persone che sono state inserite in turno per la pronta disponibilità e l'area presenze - assenza carica in HR	aumento del costo della pronta disponibilità dovuto allo 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 allo 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 dati dai timbratori al sistema HR")				
assenza temporanee: assenze (es. per ferie, permessi o recupero ore) che vengono usate dai coordinatori per la gestione di turni	riconduzione delle assenze temporanee caricate in planner da parte dei coordinatori a vere e proprie assenze con giustificativo inserite nel cartellino di HR	errato / mancato riconoscimento di giustificativi assenze	B	NO	verifica che non ci siano assenze temporanee in Planner entrate in HR, qualora presenti, si convertono nel reale motivo di assenza	B
autorizzazione degli orari eliminati	il programma propone per ciascun dipendente un orario valido a seconda del turno inserito. Qualora vi fossero timbrature per un orario eccedente, la differenza va ad alimentare la colonna "eliminato" del cartellino, che, per essere riconosciuta come orario lavorato, deve essere autorizzata dal responsabile.	il responsabile in fase di autorizzazione dell'eliminato potrebbe inserire un valore sbagliato (in più o in meno)	MB	NO	verifica che l'orario eliminato sia coerente con l'autorizzazione di orario lavorato	B

<p>gestione degli straordinari</p>	<p>L'eccedenza oraria risultante dalle ore effettivamente lavorate dal dipendente può essere convertita in ore di straordinario, utilizzata a 'copertura' di un debito orario o lasciata temporaneamente in sospenso. Per il comparto: entro 60 giorni dalla chiusura del mese il dipendente può far richiesta al proprio responsabile di autorizzazione di messa in pagamento dello straordinario risultante dal cartellino presenze, per un totale di ore mensili, il responsabile autorizza il pagamento entro il limite contrattuale (180 h/annue per persona)</p>	<p>il responsabile potrebbe autorizzare ore in più rispetto a quelle effettivamente timbrate</p>	<p>MB</p>	<p>no</p>	<p>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.</p>	<p>B</p>
	<p>la richiesta autorizzata entra direttamente in procedura</p>	<p>(rientra nella fase "travaso dei dati dati dai timbratori al sistema HR")</p>				

	per il comparto, ricezione e caricamento delle richieste cartacee riferite a periodi precedenti l'entrata in funzione dell'angolo del dipendente o anteriori ai 60 giorni, per la dirigenza, ricezione e caricamento di tutte le richieste di autorizzazione dello straordinario	errato / mancato caricamento in HR della somma mensile da liquidare (per il comparto), mentre per la dirigenza medica caricamento nel giorno in cui viene effettuata la guardia	MB	no	quando sono stati inseriti tutti i dati, la stampa "travaso voci variabili" viene sputata con tutto il cartaceo a supporto dei dati caricati, in modo da avere la giustificazione di tutto quello che è presente nella stampa con il cartaceo pervenuto	B
			MB	no	verifica che non persone titolari di incarico di funzione per un importo superiore ai 3.227,85€/anno che abbiano fatto richiesta di pagamento di straordinario o che persone in part time abbiano fatto richiesta di straordinario oltre i limiti contrattualmente previsti	B
	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	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE 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	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	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	MB
	Acquisizione del visto da parte del DSM	Mancata/ errato / non tempestivo visto sulle fatture	M	NO	MB

	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	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	B
	Emissione documento contabile (accertamento) per l'incasso della compartecipazione	Mancata emissione documento contabile	MB	NO	B
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	NO	B
<b>segue le regole: P007 - Fatturazione attiva</b>					
<b>da qui processo: P005 Regolarizzazione delle entrate</b>					

**P055 – PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE**

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa a Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
------	-----------	---------	---	---------------------------	--	---

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

## P060 - FORMAZIONE INTERNA DEL PERSONALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione piano formativo - macro progettazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- richiesta fabbisogno dalle diverse UO;</li> <li>- ricevuta autorizzazione da parte del direttore di struttura;</li> <li>- valutazione delle proposte da parte del comitato scientifico;</li> <li>- verifica fabbisogni analoghi nelle diverse UO;</li> <li>- gestione delle proposte fuori piano;</li> <li>- approvazione direzione strategica</li> </ul>	Indicazioni al dirigente per l'attivazione di corsi non coerenti con gli obiettivi aziendali o al di fuori del piano formativo o al di fuori del regolamento aziendale	B	no	<p>Esistenza di una procedura per la redazione del piano. 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>	<p>Indicazioni al dirigente affinché scelga un fornitore (ente formatore/ dipendente) senza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rispetto di criteri di valutazione oggettivi;</li> <li>- il rispetto dei parametri/ obiettivi economici aziendali definiti dal regolamento/procedura</li> </ul>	MA	no	<p>Esistenza di una procedura per la microprogettazione che comprende anche i limiti di spesa aziendali definiti.</p> <p>Esistenza di una modulistica standardizzata che riporta i costi totali del progetto e le caratteristiche dello stesso in termini di durata, attività, materiale didattico, questionari etc. Il progetto deve essere approvato preventivamente dal direttore di uo proponente, dal direttore di dipartimento e dal direttore di struttura e dal direttore della uosd formazione. Le modifiche</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	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ATTIVITA' PRELIMINARE	ACCETTAZIONE NOTIFICA ATTO GIUDIZIARIO	ricezione/presa in carico di un atto giudiziario notificato all'azienda in luogo diverso dalla Sede Legale dell'Ente	M	no	comunicazione scritta al personale addetto alle portinerie delle sedi periferiche (ed in particolare dei luoghi ove avevano sede le disattivate ULSS 7 e ULSS 8) che documenta/giustifica l'irregolarità delle notifiche di atti giudiziari effettuate in luogo diverso dalla sede legale dell'ente	B
ATTIVITA' PRELIMINARE	(Ufficio Protocollo) acquisito /ricevuto l'ATTO GIUDIZIARIO regolarmente notificato, lo assegna all'UOC Affari generali	errata assegnazione del protocollo	B	si		B
ATTIVITA' PRELIMINARE	verificare se sussiste (o meno) copertura assicurativa ed i limiti di questa (SIR, franchigia)	l'azienda fa fronte direttamente delle spese di una causa che sarebbero invece a carico di un'assicurazione	M	no	l'ufficio verifica che effettivamente non vi sia una copertura assicurativa con riferimento alla causa promossa	B
SCELTA LEGALE	individuare il legale cui (eventualmente) conferire l'incarico	mancata applicazione del regolamento	MA	no	consultato il file "incarichi conferiti" salvato in cartella condivisa che documenta tutti gli incarichi conferiti (con relativo importo e se scelti dall'azienda e/o da una assicurazione) dall'ULSS 2 nel corso dell'anno	MB
SCELTA LEGALE	trasmettere al legale individuato l'atto notificato all'azienda e chiedere a questi un preventivo (in base ai minimi tariffari)	richiesta, in corso di causa, da parte dell'avvocato di un compenso superiore ai minimi tariffari (o comunque	MA	no	verificare che il preventivo inviato sia conforme ai minimi tariffari utilizzando il relativo	MB

		eccessivo) senza una documentata giustificazione (es sopravvenuta complessità della causa) da parte di questi			file in cartella condivisa (o strumento analogo)	
SCelta LEGALE	chiedere al legale individuato curriculum vitae	conferire l'incarico ad un avvocato che non sia in possesso della documentata competenza necessaria in relazione alla complessità del caso	MA	no	acquisire il curriculum vitae e verificare la coerenza tra l'esperienza da questo documentata e l'incarico da conferire	MB
SCelta LEGALE	chiedere al legale individuato dichiarazione sostitutiva atto notorietà "assenza incompatibilità"	conferire l'incarico ad un avvocato che sia in conflitto di interessi e/o in situazione di incompatibilità con l'azienda	MA	no	acquisita la dichiarazione sostitutiva, verificare che da quanto in questa dichiarato non emergano situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'azienda	MB
GESTIONE CAUSA	monitoraggio delle scadenze ed esame della documentazione depositata in causa	non produrre/fornire la documentazione e/o le informazioni al nostro legale tempestivamente (e comunque entro i termini previsti a pena di decadenza)	MA	no	tutte le comunicazioni inerenti la causa trasmesse dall'avvocato vengono protocollate ed assegnate al Responsabile dell'istruttoria che provvede a "monitorare" gli adempimenti	B
GESTIONE CAUSA	aggiornare gli accantonamenti per cause civili ed oneri processuali (PBA020) e per contenzioso personale dipendente (PBA030)	le somme accantonate dall'azienda non sono congrue rispetto a quanto potrebbe dover sborsare in caso di soccombenza nella causa	MA	no	annualmente viene richiesto al legale di comunicare lo stato dell'arte della causa e la probabilità o meno di soccombenza	B
CONCLUSIONE CAUSA	pagare a controparte quanto dovuto in caso di soccombenza	non pagare tempestivamente e spontaneamente quanto dovuto	MA	no	quando arriva la comunicazione da parte dell'avvocato del (definitivo) esito sfavorevole della causa viene predisposta la delibera che autorizza il pagamento di quanto dovuto e si procede con i conseguenti adempimenti	B

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

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

Avvio del progetto	Avvio del progetto: Acquisizione di beni/servizi per il progetto	Il Responsabile di Progetto potrebbe acquisire beni/servizi diversi da quanto programmato	MB	no	Il CdG, in sede di ricezione della richiesta, verifica la coerenza tra quanto programmato e quanto richiesto. Eventuali variazioni delle voci di spesa devono essere notificate al finanziatore per eventuale approvazione (scostamenti significativi)	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per fornire informazioni all'acquisto beni e servizi da un particolare fornitore	M	no	Il CdG verifica che la richiesta di beni e servizi (specifiche tecniche o requisiti necessari) sia formulata dal Responsabile Progetto in modo puntuale, senza identificare uno specifico fornitore, ad eccezione dei casi in cui beni e servizi abbiano carattere di esclusività. La richiesta viene poi inoltrata ai Servizi competenti che si occupano degli step necessari all'acquisizione	B
	Avvio del progetto: Acquisizione di risorse umane per il progetto	Pressioni al Responsabile di Progetto per fornire informazioni all'acquisizione di risorse umane diverse da quelle programmate (profilo)	MB	no	L'Ufficio Progetti Finanziati verifica la coerenza tra quanto programmato e quanto richiesto da parte del Responsabile di Progetto. Per quanto riguarda i finanziamenti a bando il rispetto delle voci di spesa è più stringente. Inoltre l'Ufficio Progetti Finanziati propone il progetto solo nel caso in cui siano identificate in modo univoco le risorse e le relative caratteristiche. Eventuali variazioni delle percentuali di voci di spesa devono essere notificate al finanziatore per l'eventuale approvazione (scostamenti significativi). L'Ufficio Progetti Finanziati, in sede di monitoraggio del progetto, verifica che le risorse richieste (beni/servizi/umane) corrispondano a quelle approvate nel piano di spesa iniziale e riportate nel file excel di monitoraggio.	B

		Pressioni al Responsabile di Progetto per definire un compenso maggiore per il personale dedicato al progetto	M	no	L'Ufficio Progetti Finanziati verifica la coerenza tra quanto definito dal Responsabile di Progetto per il personale dedicato, rispetto al compenso medio percepito dal personale dipendente per la stessa qualifica professionale (anche mediante confronto con Servizio Personale). In caso di scostamenti elevati viene richiesta la revisione del compenso	B
		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 necessaria)	Pressioni al Responsabile di Progetto per presentare stati di avanzamento non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività	MB
	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale esterno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	MA	no	Il CdG mensilmente verifica per i soggetti esterni:- il rispetto dei compensi massimi stabiliti inizialmente dal progetto, - la coerenza tra l'importo fatturato dal soggetto esterno e il periodo oggetto di fatturazione, e rispetto alle attività fatturate,- la presenza della sigla del Responsabile di progetto ad attestazione dell'attività svolta	B

	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale interno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	M	no	L'Ufficio Progetti Finanziati periodicamente (intermedia e/o finale) verifica per i soggetti interni:- la richiesta da parte del responsabile,- il rispetto delle ore stabilite inizialmente dal progetto,- la presenza delle ore causalizzate o in eccedenza oraria (verificate dal Servizio Personale), - l'eventuale validazione della Direzione Strategica ove necessario. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti (Servizio Personale)	B
		Viene autorizzato il pagamento al personale interno di prestazioni svolte in orario istituzionale (specifico per progetti obiettivo)	M	no	Il Servizio Personale verifica per i soggetti interni, la presenza delle ore causalizzate o in eccedenza oraria	B
	autorizzazione e verifica per il pagamento di servizi/attività	Viene autorizzato il pagamento di servizi / attività non effettuate o superiori a quanto autorizzato inizialmente	M	no	Ad ogni tranche di pagamento, il CdG verifica per i servizi il rispetto dei compensi massimi stabiliti, coerenza tra importo fatturato e attività dichiarate, periodo oggetto di fatturazione, presenza sigla del Responsabile di progetto nella relazione di attività svolta. Eventuali aumenti di importo devono essere richiesti e motivati al CdG, ai fini di permettere verifica su disponibilità economica, e successivamente vengono trasmessi ai Servizi che si occupano di ordini e fatture per l'estensione del contratto nei limiti stabiliti dal Regolamento aziendale in vigore. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti	B
Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Il Responsabile di Progetto redige una relazione finale riportante risultati non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività.	B



		Il Responsabile di Progetto potrebbe non richiedere nei termini previsti la proroga del progetto	MB	no	I SAL periodici assieme al Responsabile Scientifico permettono di monitorare l'andamento delle attività progettuali, e di individuare tempestivamente eventuali rallentamenti o difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi nei termini inizialmente previsti. Ciò permette di valutare e attivare la procedura di proroga rispettando le tempistiche stabilite dall'ente finanziatore.	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per rifinanziare il progetto oltre l'importo definito inizialmente	MB	no	La richiesta motivata di rifinanziare il progetto deve essere inoltrata al CdG che verifica la disponibilità economica residua. La ripianificazione del progetto deve essere successivamente autorizzata dall'ente finanziatore. Tutti i rifinanziamenti sono infine autorizzati con DDG.	B

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Richiesta di supporto all'URC da parte del Principal Investigator per allestimento studio in qualità di Promotore	☞	In caso di mancata richiesta di supporto all'URC, il Promotore/Principal Investigator potrebbe classificare lo studio in maniera scorretta	MB	no	Presso l'Azienda è stata istituita l'Unità Ricerca Clinica che ha lo scopo, tra l'altro, di supportare il principal investigator nell'allestimento dello studio. In fase di verifica della fattibilità locale, l'URC si accerta che la classificazione dello studio sia corretta rispetto agli obiettivi dello studio. Lo studio, una volta confermata la fattibilità positiva, viene inoltrato al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto (CET ANV), che procede ad una propria valutazione, anche in merito alla tipologia di studio	B
		In caso di mancata richiesta di supporto all'URC, il Principal Investigator potrebbe non evidenziare la presenza di eventuali costi aggiuntivi prestazioni diagnostico/strumentali aggiuntive correlate allo studio	M	no	In fase di verifica della fattibilità locale, l'URC si accerta che quanto previsto dal Protocollo corrisponda a quanto indicato dal PI nel modulo di fattibilità. Lo studio, una volta confermata la fattibilità positiva, viene inoltrato al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto, che procede ad una propria valutazione.	B

		In caso di mancata richiesta di supporto all'URC, il Principal Investigator, a causa di scarsa conoscenza di normativa e procedure aziendali, potrebbe non attenersi alla normativa	M	no	L'URC, ai fini della verifica di fattibilità, analizza la documentazione pervenuta e si accerta della correttezza rispetto a quanto previsto dalla normativa. Lo studio, una volta confermata la fattibilità positiva, viene inoltrato al Comitato Etico Territoriale Area Nord Veneto, che procede ad una propria valutazione.	B
--	--	---	---	----	--	---



		<p>A causa di pressioni sugli uffici URC da parte del Principal Investigator, si potrebbero non attribuire ai fondi derivanti dalla ricerca clinica i costi aggiuntivi relativi agli studi clinici no profit privi di contributi che prevedono prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, facendoli in tal modo gravare sul SSN</p>	MB	no	<p>La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CE, dal CET ANV costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione, anche con riferimento alla congruità economica e alle autorizzazioni di copertura dei costi a carico dei fondi derivanti dalla ricerca clinica. 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. A fine anno, o alla conclusione dello studio, gli uffici URC chiedono con mail agli sperimentatori di dichiarare se per gli studi no profit con costi aggiuntivi sono state effettuate le prestazioni extraroutinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi. In fase di rendicontazione dei fondi derivanti dalla ricerca clinica al fine degli accantonamenti a bilancio, il Referente amministrativo URC effettua un controllo sulle mail e sui prospetti relativi all'utilizzo dei fondi in modo da individuare possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti.</p>	B
--	--	--	----	----	--	---

Richiesta all'URC di verifica fattibilità	Verifica da parte dell'URC	Il Principal Investigator potrebbe indicare nel modulo fattibilità la presenza/assenza di costi in maniera non coerente rispetto a quanto indicato nel protocollo	MA	no	L'URC effettua una verifica sia dal punto vista scientifico che amministrativo della coerenza tra protocollo e modulo di domanda compilato dal PI, prima di esprimere la valutazione di fattibilità.	MB
---	----------------------------	---	----	----	--	----

		<p>A causa di pressioni da parte del Promotore/Principal Investigator, l'URC potrebbe accettare documentazione non conforme alla normativa in relazione a contratto/assicurazione/protezione dei dati personali dei pazienti</p>	<p>MB</p>	<p>no</p>	<p>Nel caso di studi che prevedono la valutazione del CE territoriale, la documentazione, una volta ottenuta la valutazione di fattibilità dell'URC positiva, viene inviata al CET ANV, costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione.</p> <p>Nel caso di studi che hanno ottenuto l'unico parere CET necessario a livello nazionale il centro sperimentale è tenuto ad adottare la documentazione e la modulistica verificate ed approvate dal Comitato Etico.</p>	<p>B</p>
--	--	--	-----------	-----------	--	----------

	Valutazione di fattibilità da parte dell'URC	A causa di pressioni da parte dello sperimentatore/ promotore, l'URC potrebbe avallare una quota paziente diversa (eccessiva/bassa) rispetto al livello di mercato e al volume di attività previste dallo studio in rapporto all'attività istituzionale	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 dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal CET ANV costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione.	B
--	--	---	---	----	--	---

		<p>L'URC potrebbe avallare una classificazione scorretta della sperimentazione (osservazionale/interventistico, profit/no profit), a causa di pressioni da parte dello sperimentatore/Promotore/Sponsor</p>	M	no	<p>La sperimentazione, e relativa classificazione, viene analizzata rispetto alla normativa vigente dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal Comitato Etico costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione.</p> <p>Nel corso dell'anno 2023 è prevista un'attività formativa rivolta agli sperimentatori focalizzata sugli aspetti statistici del protocollo.</p>	B
--	--	---	---	----	--	---

		<p>Per errore (rischio operativo) l'URC potrebbe avallare una classificazione scorretta della sperimentazione (osservazionale/interventistico, profit/no profit),</p>	<p>MB</p>	<p>La sperimentazione, e relativa classificazione, viene analizzata dall'URC rispetto alla normativa vigente (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal Comitato Etico costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione.</p> <p>Nel caso di studi che hanno ottenuto il parere unico favorevole del CE coordinatore nazionale, essendo valido su tutto il territorio nazionale, non è necessaria ulteriore valutazione.</p> <p>Nel corso dell'anno 2023 è prevista un'attività formativa rivolta agli sperimentatori focalizzata sugli aspetti statistici del protocollo.</p>	<p>B</p>
--	--	---	-----------	---	----------

		<p>A causa di pressioni all'URC, da parte del Promotore, si potrebbe effettuare una valutazione di fattibilità non oggettiva al fine dell'approvazione di uno studio potenzialmente rischioso per i pazienti</p>	MA	no	<p>La sperimentazione viene analizzata dall'URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal proprio Regolamento, dal Comitato Etico Territoriale costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione. Per la validazione è previsto un numero legale di componenti.</p>	B
--	--	--	----	----	--	---



	Finalizzazione iter autorizzativo studi	Per errore (rischio operativo) l'URC, successivamente ad un parere positivo del CET AVN, potrebbe non dare seguito all'autorizzazione allo studio	M		L'URC ha predisposto delle procedure operative per definire, distribuire fra il personale URC e standardizzare le operazioni da compiere ai fini dell'avvio dello studio.	B
--	---	---	---	--	---	---

<p>Individuazione dei pazienti arruolabili</p>		<p>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</p>	<p>MA</p>	<p>no</p>	<p>Il monitor del Promotore/CRO Contract Research Organisation (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione. Ulteriori controlli sul rispetto dei criteri di inclusione sono svolti dal data manager inserito all'interno dell'UO. L'Azienda ha adottato il "Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ulss 2" I dipendenti sono, inoltre, tenuti al rispetto del Codice deontologico in funzione della propria professione. L'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana ha istituito con DDG n. 1236 del 23/06/2023 l'Unità Ricerca Clinica , con lo scopo di standardizzare e regolamentare la gestione degli studi clinici in accordo con la normativa vigente, 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>MB</p>
--	--	--	-----------	-----------	--	-----------



		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'URC la quota da riconoscere al centro sperimentale sulla base delle verifiche eseguite in fase di monitoraggio dal monitor di studio. L'URC verifica che le richieste di rimborso siano pertinenti con la sperimentazione e corrispondenti a quanto dichiarato nel modulo di fattibilità e nel contratto	MB
--	--	---	----	----	--	----

Avvio e monitoraggio del processo di sperimentazione		A causa di pressioni agli uffici URC, da parte del Promotore, l'attività contabile relativa agli studi potrebbe non venire avviata o essere interrotta	MA	no	<p>Lo sperimentatore periodicamente chiede agli uffici URC notizie relative ai pagamenti delle quote pazienti derivanti da studi for profit o dei contributi derivanti da studi no profit.</p> <p>Gli uffici URC dispongono di più persone che svolgono l'attività contabile, le quali periodicamente controllano - nel database aziendale degli studi clinici (FmP) e/o nella piattaforma informatica regionale - che per gli studi for profit e no profit con contributi siano registrate le emissioni di fatture.</p> <p>Gli uffici URC procedono all'analisi della documentazione relativa a ciascuno studio per il quale non risultano fatture nell'ultimo periodo di riferimento o non risultano pagate le fatture alla scadenza, per verifica delle motivazioni.</p> <p>Il Referente amministrativo URC, o un suo delegato, controlla periodicamente i report ricavati da FmP, relativi all'emissione di fatture, e le richieste inviate ai promotori (mail) di procedere con l'attività contabile in caso di mancata fatturazione o di ritardo nei pagamenti</p>	MB
Conclusione del processo di sperimentazione		A causa di pressioni allo sperimentatore, 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)</p>	B

					<p>verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio.</p> <p>Nei reparti con maggiore volume di attività di ricerca è prevista la presenza di data manager, che verifica l'esito della ricerca</p>	
		<p>A causa di pressioni al data manager, da parte del Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati all'esito della ricerca</p>	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
<p>Rendicontazioni periodiche per la ripartizione delle quote derivanti della sperimentazione</p>		<p>Gli uffici URC potrebbero autorizzare l'attribuzione dei corrispettivi in assenza di ore aggiuntive rispetto all'attività istituzionale</p>	M	no	<p>La UO Gestione Risorse Umane verifica che il dipendente abbia le ore aggiuntive a fronte dei compensi da erogare.</p> <p>Il Referente amministrativo URC effettua un controllo sugli importi da liquidare, al fine di verificare la congruità del monte ore ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione</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 URC 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 Referente amministrativo un controllo di coerenza ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione dei compensi.</p> <p>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.</p> <p>Periodicamente il Referente amministrativo URC 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>	B
--	--	---	----	----	---	---

		<p>A causa di pressioni sugli uffici URC, da parte dello sperimentatore, si potrebbero non imputare ai fondi derivanti dalla ricerca clinica i costi aggiuntivi relativi agli studi clinici no profit privi di contributi che prevedono prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, facendoli in tal modo gravare sul SSN</p>	M	no	<p>La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dall' URC (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CET, dal Comitato Etico costituito da 20 componenti, che garantiscono una oggettività di valutazione, anche con riferimento alla congruità economica e alle autorizzazioni di copertura dei costi a carico dei fondi derivanti dalla ricerca clinica.</p> <p>Gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie.</p> <p>A fine anno, o alla conclusione dello studio, gli uffici URC chiedono con mail agli sperimentatori di dichiarare se per gli studi no profit con costi aggiuntivi sono state effettuate le prestazioni extraroutinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi.</p> <p>In fase di rendicontazione dei fondi derivanti dalla ricerca clinica al fine degli accantonamenti a bilancio, il Referente amministrativo URC effettua un controllo sulle mail e sui prospetti relativi all'utilizzo dei fondi in modo da individuare possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti.</p>	B
--	--	---	---	----	--	---

		Si potrebbero ripartire le quote derivanti dalla ricerca clinica secondo percentuali diverse da quanto previsto dal Regolamento URC	M	no	<p>Il Regolamento URC stabilisce specifiche quote di attribuzione ai fondi di reparto e limita la percentuale massima di destinazione degli introiti a compensi degli sperimentatori. Le percentuali di ripartizione degli introiti sono dettagliate in fattibilità secondo lo schema previsto dal Regolamento URC e vistate non solo dal PI ma anche dai Responsabili delle UO coinvolte.</p> <p>La fattibilità viene verificata dall'URC e (se applicabile) successivamente dal CET ANV costituito da 20 componenti.</p> <p>In fase di richiesta di emissione fattura, l'URC invia alla UOC Contabilità e Bilancio una nota cui è allegato il dettaglio delle ripartizioni, che viene controllato dall'ufficio ricevente.</p> <p>Nelle fasi di incasso delle fatture emesse per lo studio clinico, le attribuzioni ai fondi avvengono secondo lo schema definito nella fattibilità. In fase di comunicazione degli accantonamenti alla UOC Contabilità e Bilancio, il Referente amministrativo verifica la corrispondenza di quanto indicato nel prospetto riepilogativo delle fatture emesse e relative ripartizioni con quanto indicato in fattibilità</p>	B
--	--	---	---	----	--	---

## P075 - GESTIONE RECUPERO CREDITI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Estrazione base dati	Ricezione dati da azienda zero e controllo di gestione (autocertificazioni) (nel caso di 7R2)	Errata/mancata/incompleta ricezione dei dati	M	si		M
		Errata assegnazione della competenza della circolare	MB	si		MB

	Estrazione sulla base dei criteri definiti con il software dei dati dagli applicativi aziendali di cup - cassa ecc.	i dati estratti contengono posizioni già pagate oppure non contengono posizioni da sollecitare	MB	si		MB
Elaborazione dei dati e invio dei solleciti	Invio dei solleciti secondo regolamento aziendale	Errato o ritardato invio del sollecito	M	no	Un soggetto diverso dall'incaricato all'istruttoria verifica l'operato dello stesso	MB
			M	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B
	In determinati casi (es. mancate disdette), valutazione delle singole posizioni secondo regolamento aziendale e secondo la normativa prima dell'invio, tenendo conto: - della valutazione del reparto che codifica la mancata disdetta o la mancata erogazione della prestazione - la valutazione da parte dell'operatore amministrativo delle codifiche che sono state inserite	Errata/incompleta valutazione delle posizioni	M	no	Verifica massiva: - dei giustificativi presenti per ogni posizione (mancate disdette); - della fondatezza delle richieste pervenute dalle UOC negli applicativi CUP Cassa (omesso pagamento ticket); - dello stato dell'assistito tramite richiesta ai Centri per l'Impiego e verifica presso Anagrafi Comunali (mendaci)	MB
Chiusura delle posizioni creditorie e gestione dei contenziosi	pagamento da parte dell'utente nelle diverse forme previste dall'ulss e smistamento da parte del bilancio dei pagamenti per posta e banca che interessano la chiusura dei gestionali di CUP/CASSA	Mancata trasmissione dei pagamenti alle casse in quanto non riconoscibili	MB	si		MB

	gestione da parte delle casse dei pagamenti trasmessi dal bilancio	mancata trasmissione flusso 730 / ritrasmissione del sollecito di pagamento per una posizione che doveva essere già chiusa	M	si		M
	Se l'utente presenta ricorso: valutazione della fondatezza dell'istanza con annullo della pratica o emissione del sollecito	la valutazione delle controdeduzioni portate dall'utente a supporto del mancato pagamento può essere errata o incompleta e portare alla chiusura di 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

**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	verifica possesso requisiti dirigenti (esclusività r.l. , tempo pieno, consulenza indicata	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	B

richiesta parte del centro)	nel bando) verifica requisiti struttura sanitaria (no accreditata, autorizzazione comunale, composizione societaria) raccolta parere da DPO e Direttore U.O.C. di appartenenza medico				a svolgere attività in LP (check list trimestrale punto 1a e 1b)	
ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la struttura e fatturazione	controllo del numero degli accessi (in rispetto alla normativa) controllo che gli accessi siano stati effettuati al di fuori dell'orario istituzionale (no infortunio, malattia, ecc.)	liquidare ai medici gli accessi non rispettando il limite previsto dalla normativa o accessi effettuati in orario istituzionale.	M	no	l'operatore dell'ufficio LP 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	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

	deliberativo e convenzionale					
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 artificiosamente 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
<p>PROGRAMMAZIONE</p> <p>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.</p>	<p>analisi dei fabbisogni</p>	<p>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</p>	<p>MA</p>	<p>no</p>	<p>Pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato</p>	<p>B</p>
	<p>analisi dei fabbisogni</p>	<p>non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere a convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o Consip Spa</p>	<p>MB</p>	<p>no</p>	<p>Indicazione nel piano biennale dell'adesione alle convenzioni attive stipulate dalle centrali di committenza.</p>	<p>B</p>
	<p>Redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi</p>	<p>intempestiva redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi</p>	<p>MB</p>	<p>no</p>	<p>Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali</p>	<p>B</p>

		l'eccessivo ricorso a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	A	no	Verifica con le UOC competenti della programmazione delle procedure di gara e relativo monitoraggio dei tempi anche in relazione alle scadenze contrattuali	MA	
	Individuazione del responsabile del procedimento	Individuazione di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità (es. utilizzatori abituali del bene/servizio) con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) tale da non assicurare terzietà e indipendenza	A	no	Individuazione di Responsabili del procedimento diversi dai soggetti abitualmente utilizzatori (es. personale sanitario) e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	MB	
		Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti previsti dal Codice	M	no	Preventiva verifica dei curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza) del responsabile del procedimento e sottoscrizione di una dichiarazione di assenza di conflitti di interesse	B	
PROGETTAZIONE	L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato	MA	no	Pubblicazione dei contributi pervenuti dagli stakeholders	B

rispetto dei principi enunciatedi dal Codice dei Contratti Pubblici.	individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad es. concessione in luogo di appalto)	A	no	Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, sia in ordine alla scelta della procedura sia in ordine alla scelta dei criteri di affidamento adottati ovvero alla tipologia contrattuale e pubblicazione di un'indagine di mercato	MB
	Individuazione degli elementi essenziali del contratto	abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di progettazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive	M	no	affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato	B
	determinazione dell'importo del contratto	Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	M	no	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico	B
		Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte	M	no	Per determinare la base d'asta si deve tener conto dei valori di riferimento OPRVE o ANAC o dei prezzi risultanti all'esito di indagine di mercato oltre che di quelli attuali	B

	predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	M	no	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83	B
		prescrizioni nei documenti di gara finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Predisposizione di modelli di documentazione di gara differenziati secondo la tipologia di acquisto e confronto dei disciplinari di gara con il bando tipo ANAC	B
		prescrizioni nel capitolato tecnico finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato	B
		Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara del capitolato tecnico	M	no	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse	B
	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Formulazione di criteri di valutazione che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore, ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	M	no	nelle gare più complesse possibilità di prevedere una validazione di secondo livello dell'elaborato formulato dai progettisti	B
		la previsione di criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto	M	no	Affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari	B

<p><b>SELEZIONE DEL CONTRAENTE</b></p> <p>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>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</p>	MA	no	<p>Adozione di indicazioni operative per l'espletamento delle pubblicazioni e utilizzo della check list per le procedure sopra soglia</p>	B
	<p>fissazione dei termini per la ricezione delle offerte</p>	<p>Pressioni al dipendente al fine di accettare la documentazione oltre i termini o immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando</p>	M	no	<p>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.</p>	B
	<p>gestione ricezione offerte</p>	<p>Pressioni al dipendente al fine di conoscere informazioni commerciali coperte da segreto tecnico, i prezzi degli articoli e le relative scontistiche in anticipo.</p>	MA	no	<p>Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda</p>	B
	<p>nomina della commissione di gara</p>	<p>mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina commissione es. formalizzazione della nomina prima del termine di scadenza per la presentazione delle offerte</p>	MA	no	<p>Procedura aziendale sulla nomina delle commissioni</p>	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'offerta	accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	MA	no	documentare l'istruttoria in ordine alla valutazione	B

<p>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.</p>	<p>la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto</p>	<p>alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.</p>	<p>A</p>	<p>no</p>	<p>Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.</p>	<p>B</p>
	<p>l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni</p>	<p>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</p>	<p>MB</p>	<p>no</p>	<p>Verifica del rispetto della procedura relativa alle comunicazioni di esclusione prevista nella documentazione di gara</p>	<p>B</p>
	<p>l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti le aggiudicazioni</p>	<p>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</p>	<p>MB</p>	<p>no</p>	<p>Introduzione di apposita procedura interna relativa alla fase post aggiudicazione</p>	<p>B</p>
	<p>la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto</p>	<p>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.</p>	<p>MA</p>	<p>no</p>	<p>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</p>	<p>B</p>

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

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmi operativi di controllo	programmazione delle verifiche definite a livello aziendale in base agli obiettivi della UOC/valutazione del rischio	Pressioni sia da personale interno alla PA che esterno alla PA sugli indirizzi della programmazione	M	no	Il responsabile verifica gli obiettivi, condivide e pianifica l'attività con i collaboratori. Successivamente verifica l'attuazione di quanto pianificato.	B
	programmazione delle verifiche a seguito di segnalazioni/esposti/emergenze ambientali	Pressioni sia da personale interno alla PA che esterno alla PA (esponenti e/o interessati dagli esposti)	A	no	Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente ne dispone l'archiviazione o l'attivazione dell'ispezione in collaborazione con il coordinatore. Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione del sopralluogo concordato con il responsabile. Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile/coordinatore.	B

	programmazione delle verifiche a seguito di SCIA di conformazione	Pressioni sia da personale interno alla PA che esterno alla PA (soggetti privati interessati)	M	no	Il responsabile/coordinatore verifica le SCIA, le protocolla, programma eventuali sopralluoghi/richieste di conformazione e le assegna ai collaboratori. Le richieste per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile/coordinatore.	B
Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione dei carichi di lavoro programmati	"Assegnazione guidata/pilotata" o inconsapevolmente a personale con potenziale conflitto di interessi	M	no	Il coordinatore assegna equamente ai collaboratori il carico di lavoro evitando di assegnarle in caso di conflitto di interessi (se conosciuto). Effettua un controllo, al fine di verificare che siano stati effettuati i sopralluoghi delle pratiche assegnate con controllo dei verbali di sopralluogo. In caso di prescrizioni il coordinatore verifica che sia stato programmato un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario, garantendo così la chiusura della pratica.	B
	Attività istruttoria (analisi preliminare, acquisizione e verifica documentazione sull'azienda)	Sovralutazione/sottovalutazione della documentazione	A	no	Il coordinatore verifica la completezza e correttezza della documentazione ricevuta, la esamina, ne discute eventualmente con il responsabile e assegna ai collaboratori. Il controllo viene formalizzato nella documentazione relativa alla programmazione.	B
Sopralluogo	svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di posticipare/non effettuare il sopralluogo	M	no	Il coordinatore settimanalmente verifica l'effettivo svolgimento dei sopralluoghi programmati e che vi sia un verbale sottoscritto dal funzionario/i e dalla ditta verificata e dai tecnici incaricati.	B

	svolgimento dell'ispezione secondo i parametri previsti dalla normativa specifica	Pressioni ai tecnici intene e/o esterne al fine di effettuare un sopralluogo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa "ispezione morbida"	M	no	Il coordinatore verifica che il sopralluogo sia svolto sempre da due operatori/funzionari secondo il criterio di rotazione ed evitando eventuali conflitti di interesse (se conosciuti).	B
Stesura del verbale (di conformità, con prescrizioni, con eventuali sanzioni amm.ve, eventuale segnalazione di reato)	Redazione del verbale	Pressioni agli operatori nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo	M	no	Il verbale è redatto e sottoscritto sempre da due operatori che hanno svolto il sopralluogo e sottoposto al coordinatore che ne verifica la correttezza/appropriatezza.	B
Comunicazione dell'esito dell'attività ispettiva	Comunicazione dell'esito ai soggetti interessati (privati, enti pubblici, magistratura, forze dell'ordine, polizia locale)	Pressioni al reesponsabile/coordinatore al fine di "ammorbire" l'esito	MB	no	Il coordinatore e il responsabile verificano che la "lettera" di trasmissione sia in linea con l'esito del sopralluogo ed il rispetto della normativa	B

## P085 - GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – LISTE D'ATTESA

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ANALISI DELLA DOMANDA	ANALISI DELLA DOMANDA	A causa di una inadeguata interpretazione dei dati si potrebbe sottostimare o sovrastimare la domanda e quindi potremmo avere un aumento delle spese di gestione e/o costi inaspettati	M	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	MB
INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	A seguito di conflitto di interessi e della mancanza di criteri oggettivi nella selezione di erogatori, si potrebbe agevolare un erogatore piuttosto di un altro provocando uno sbilanciamento dell'offerta	M	no	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori	B
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

P096 – GESTIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVE ALLE STRUTTURE INTERMEDIE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione contratti con strutture accreditate previste nella programmazione regionale	Definizione del contratto con l'ente gestore delle strutture accreditate	A causa della mancanza dei requisiti di accreditamento possibile provvedimento di sospensione del contratto	B	sì	trasferimento rischio alla struttra. Il servizio non è direttamente coinvolto nel rischio	B
Liquidazione delle fatture (parte sanitaria)	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	A causa di una dimenticanza può accadere un mancato/errato/non tempestivo smistamento delle fatture	B	sì	Registrazione della fatture da parte del SEF, invio alle varie UOC, file settimanale con fatture scadute e in scadenza. INTERNO: verifica file excel per unità di offerta UDO	B
	Acquisizione del visto da parte del Distretto	A causa di una dimenticanza può accadere un mancato/errato/non tempestivo visto delle fatture	B	sì	File excel con verifica	B
	Liquidazione fatture (Navision)	A causa di una dimenticanza può accadere un mancato/errato/non tempestivo liquidazione delle fatture	B	sì	Verifica a Navision delle fatture scadute	B

## P098 – SOMMINISTRAZIONE DELLE VACCINAZIONI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione / prenotazione della vaccinazione	Pulizie delle liste, assegnazione appuntamento e spedizione invito	A causa di pressioni al funzionario o a causa di errore materiale. Omissione di un nominativo nella programmazione degli inviti.	B	no	Controllare mensilmente la lista dei non vaccinati dove le esclusioni sono diverse dai dissensi. Il controllo viene effettuato da un operatore diverso di chi ha effettuato la programmazione. L'operatore che effettua sia la programmazione che il controllo compila un apposito registro presente in ogni sede vaccinale.	B
Somministrazione vaccinazione	Colloquio (genitori/interessato) e raccolta anamnesi pre-vaccinale (Valutazione delle condizioni di rischio / controindicazioni)	Pressioni al funzionario per inserire un'esclusione/controindicazione alla vaccinazione al fine di non somministrare la vaccinazione	MB	no	L'attività viene svolta in doppio	B
	Aggiornamento scheda con dati vaccinali (registrazione vaccinazione). Somministrazione vaccino e stampa certificato vaccinale	Pressioni al funzionario per registrare la vaccinazione senza averla realmente somministrata. (Dolo far finta di vaccinare)	MB	no	L'attività viene svolta in doppio	B

	Preparazione, consegna e ritiro del modulo di pagamento (se dovuto)	Omissione del modulo di pagamento al fine di esentare al pagamento della vaccinazione.	B	no	L'attività viene svolta in doppio	B
Chiusura seduta vaccinale	Controllo dei lotti (verifica alla giacenza reale)	Mancato controllo o registrazione di un numero minore di lotti al fine di sottrarre un vaccino all'Azienda	B	no	L'attività viene svolta in doppio. Da procedura viene effettuato un allineamento tra magazzino SIAVr e fisico nelle varie sedi.	B

## P099 – FINANZIAMENTO CONTROLLI UFFICIALI

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla gestione delle anagrafiche degli insediamenti produttivi all'applicazione della tariffa forfettaria annuale	Gestione anagrafiche degli insediamenti produttivi e classificazione del rischio	A causa di un mancato adeguamento alla normativa, scorretta interpretazione della normativa ci potrebbe essere una errata classificazione del rischio che comporta un mancato introito per l'azienda	B	no	Anagrafica compilata in maniera completa ai fini dell'applicazione del decreto 32 e stesura procedura con momento di sensibilizzazione del personale coinvolto	

	Gestione delle autodichiarazioni, programmazione del sopralluogo e preparazione attività di controllo	A causa di un errore/dimenticanza può verificarsi un mancato invio delle richieste di autodichiarazione viene omesso/ritardata la programmazione dei sopralluoghi secondo criteri omogenei	B	no	Controllo a campione	B
	Sopralluogo/Controllo ufficiale	A causa di una sovrapposizione di attività (emergenze), errore umano, non viene effettuato un sopralluogo con relativo/i controllo/i e quindi omissione atto preventivo a tutela della salute, favoreggiamento danneggiamento di alcune az. Produttrici, omissione atti d'ufficio	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Stesura del verbale (di conformità, prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	A causa di errore umano (errata interpretazione) un controllo potrebbe essere eseguito con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Modifica e applicazione tariffa forfettaria annuale	A causa di dimenticanza/negligenza non viene modificata la categorizzazione del rischio e quindi potrebbe essere emessa una richiesta di pagamento con tariffa piu favorevole per la ditta (per esempio: considerare una categoria di rischio inferiore a quella rilevata)	B	no	supervisione da parte del responsabile della check list di rilevazione della categoria del rischio	B
	Registrazione dei controlli e documenti correlati	A causa di sovrapposizione di attività viene ritardata la registrazione in data base regionale e archiviazione documenti, rendendo meno efficace la programmazione successiva	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

P100 – ATTIVITA' ORDINARIA DI CONTROLLO UFFICIALE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla programmazione e preparazione del controllo di attività ordinaria all'adozione di provvedimenti (art. 137/138 del Reg 2017/625/EU) in caso di non conformità	Programmazione, sopralluogo e preparazione attività di controllo	A causa di una mancata analisi del rischio o di una mancata programmazione i sopralluoghi potrebbero essere effettuati secondo criteri non omogenei e quindi i controlli possono non essere effettuati o effettuati in modo scorretto, con conseguente danno al raggiungimento degli obiettivi del servizio, creando favoritismi.	M	no	Controllo esterno basato su un'informatizzazione del sistema regionale	B
			M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Sopralluogo/controllo ufficiale	A causa di una sovrapposizione di attività (emergenze), errore umano, non viene effettuato un sopralluogo con relativo/i controllo/i e quindi omissione atto preventivo a tutela della salute, favoreggiamento danneggiamento	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

		di alcune az. Produttrici, omissione atti d'ufficio				
	Stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	A causa di errore umano (errata interpretazione) un controllo potrebbe essere eseguito con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Registrazione dei controlli e documenti correlati	A causa di sovrapposizione di attività viene ritardata la registrazione in data base regionale e archiviazione documenti, rendendo meno efficace la programmazione successiva	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Adozione provvedimento (art. 137/138 del Reg. 2017/625/UE) in caso di non conformità	A causa di incertezze valutative viene omessa temporaneamente l'adozione del provvedimento o non viene adottato	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato. Condivisione collegiale con dir. Servizio pertinente	B
	Comunicazione ad altre autorità competente qualora la situazione non sia sanabile	A causa di incertezze valutative viene omessa la comunicazione alle autorità competenti	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B

## P101– ATTIVITA' STRAORDINARIA DI CONTROLLO UFFICIALE

FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	ACCETTAZIONE DEL RISCHIO?	Descrivere sinteticamente il controllo	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Dalla ricezione di una segnalazione, programmazione di un sopralluogo e registrazione dei documenti, alla eventuale comunicazione ad altre autorità competenti	Ricezione della segnalazione/esposto/ricieste di interventi da privati o altre autorità competenti (art.2 del D. Lgs n.27/2021)	A causa di una mancata presa in carico della segnalazione non viene effettuata la programmazione del sopralluogo	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Programmazione sopralluogo	A causa di una mancata programmazione i sopralluoghi potrebbero non essere effettuati, con conseguente omissione.	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Sopralluogo/controllo ufficiale con verifica implementazioni azioni correttive a seguito di non conformità riscontrate	A causa di una sovrapposizione di attività (emergenze), errore umano, non viene effettuato un sopralluogo con relativo/i controllo/i e quindi omissione atto preventivo a tutela della salute, omissione atti d'ufficio	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B

	Stesura del verbale (di conformità, prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	A causa di errore umano (errata interpretazione) esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Registrazione dei controlli e documenti correlati	A causa di sovrapposizione di attività viene ritardata la registrazione e archiviazione con conseguente danno economico (P102)	B	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B
	Comunicazione ad altre autorità competente qualora la situazione non sia sanabile	A causa di incertezze valutative viene omessa la comunicazione alle autorità competenti	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio o suo delegato	B



## **ALLEGATO 2**

# **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA OBIETTIVI E INDICATORI**

Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2024	Target biennio 2025-2026	Unità operative / Uffici interessati
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici	Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%	Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Aggiornamento/creazione registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati/creati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	10%	Owner dei processi interessati, Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste	100%	100%	Owner dei processi interessati, Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Valutazione ed eventuale aggiornamento dei registri dei rischi relativi all'affidamento e all'esecuzione dei contratti pubblici, che impattano anche sulla gestione fondi PNRR, valutando altresì il rischio riciclaggio	Numero di registri valutati rispetto al numero di registri esistenti	100%	100%	Owner dei processi interessati, Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione
	Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	100%	100%	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione
	Formazione dei referenti del RPCT	Personale formato rispetto al numero dei referenti	75%	80%	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione
Garantire la rotazione ordinaria del personale	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Direttori dei servizi
	Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/	100%	100%	Direttori dei servizi del Dipartimento di prevenzione in cui opera personale tecnico della

		territoriale sul numero delle ispezioni totali			prevenzione
	Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei criteri di rotazione funzionale e organizzativa/territoriale nelle ispezioni	6	12	UOS Professioni sanitarie del dipartimento di prevenzione
Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti	Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria	Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori	100%	100%	Direttori dei servizi
Rispetto e diffusione del codice di comportamento	Aggiornamento del Codice di comportamento aziendale	Delibera di approvazione aggiornamento codice di comportamento aziendale	Sì	sì	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOC Gestione delle risorse umane
	Predisposizione e di un documento riassuntivo delle principali regole di comportamento	Documento predisposto	Sì	sì	Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOC Gestione delle risorse umane, Ufficio relazioni con il pubblico
	Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%	Ufficio per i procedimenti disciplinari
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	Owner dei processi interessati
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	UOC Affari generali e legali, UOC Gestione delle risorse umane
Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di gara nominati	100%	100%	Owner dei processi interessati
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese	100%	100%	UOC Gestione delle risorse umane
	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute	100%	100%	UOC Gestione delle risorse umane

Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell'anno	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	100%	UOC Gestione delle risorse umane
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Monitoraggio pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Sì	Sì	UOC Affari generali e legali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%	Owner dei processi interessati
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report verifiche (a campione, audit, audit integrati, ...)	Sì	Sì	Ufficio Internal auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione
Rendicontazione e diffusione	Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV	Sì	Sì	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza
	Realizzare iniziative di coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	Invito ad iniziative	Sì	Sì	Ufficio relazioni con il pubblico, Ufficio trasparenza e anticorruzione

**ALLEGATO 3: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
<b>Disposizioni generali</b>	<b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9/6/2021 n. 80, il PTPCT è stato sostituito dalla sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) <u>(<a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a>)</u>	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale
	<b>Atti generali</b>	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo
	<b>Oneri informativi per cittadini e imprese</b>	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali e Legali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Nessuno

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali</b>	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Atti degli organi di controllo			Atti e relazioni degli organi di controllo	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	<b>Articolazione degli uffici</b>	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	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)
Art. 13, c. 1, lett. c), 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)	
Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013						Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici
	<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 consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenza	Tempestivo
			Per ciascun titolare di incarico:			

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
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	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. 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)	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Affari Generali e Legali (obbligo sospeso)	Annuale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (non oltre il 30 marzo)			

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	INCARICHI DIRIGENZIALI, A QUALSIASI TITOLO CONFERITI IVI INCLUSI QUELLI CONFERITI DISCREZIONALMENTE DALL'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO SENZA PROCEDURE PUBBLICHE DI SELEZIONE  (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Annuale
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso)	Nessuno	
Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		UOC Gestione risorse umane	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Nessuno			

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso )	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	UOC Gestione risorse umane (Obbligo sospeso )	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Posizioni organizzative</b>	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Dotazione organica</b>	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Personale non a tempo indeterminato</b>	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	UOC Gestione risorse umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Tassi di assenza</b>	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	UOC Gestione risorse umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b>	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Contrattazione collettiva</b>	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV  (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione 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)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. N. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per ciascuna delle società:		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016			Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				

Denominazione 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
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	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 inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	UOC Affari Generali e Legali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
			Per ciascuna tipologia di procedimento:			
	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	Art. 24, c. 2, d.lgs. N. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	
	<b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b>	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Procedimenti	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciascun Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciascun Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autoirizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. N. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. N. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2017
<b>ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE</b> (all. 1 della Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023)						
		Art. 30, d.lgs. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	UOC che gestiscono le procedure	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 168, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

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. 169, d.lgs. 36/2023	Procedure di gara regolamentate Settori speciali	<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico.</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	UOC che gestiscono le procedure	Annuale
<p><b>PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO E' INSERITO LINK ALLA BDNCIP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI TRASMESSI E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023</b></p> <p><b>PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI</b></p>						
Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)  Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	Dibattito pubblico	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato)  2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato)  3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato  Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 28, d.lgs. 36/2023	Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Affidamento	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023 )	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u>  Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	UOC che gestiscono le procedure	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022	Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali:  1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5);  2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3);  3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale;  4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (art. 24 e 31 co. 2);  5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Affidamenti di somma urgenza	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023	Procedura di affidamento finanza di progetto	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	UOC che gestiscono le procedure	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

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
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	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)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		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)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link 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) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	UOC che gestiscono sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione 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>Bilanci</b>	<b>Bilancio preventivo e consuntivo</b>	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio</b>	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	<b>Patrimonio immobiliare</b>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Canoni di locazione o affitto</b>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	<b>Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	UOC Affari Generali e Legali	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. C), d.lgs. N. 150/2009	UOC Controllo di gestione	Tempestivo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di gestione	Tempestivo

Denominazione 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 dell'amministrazione</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)
	<b>Indicatore di tempestività dei pagamenti</b>	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	UOC Contabilità e bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti				UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>IBAN e pagamenti informatici</b>	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Opere pubbliche</b>	<b>Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici</b>	Art. 38, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Atti di programmazione delle opere pubbliche</b>	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche</b>	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione )	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio  (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n.	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		33/2013	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	UOC Servizio igiene e sanità pubblica, UOC Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate  (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza  (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	UOC che gestiscono interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	UOC che gestiscono interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	UOC che gestiscono interventi straordinari e di emergenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Prevenzione della Corruzione		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231). Ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9/6/2021 n. 80, il PTPCT è stato sostituito dalla sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Altri contenuti		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'AN.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Tempestivo
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali e Legali	Tempestivo
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	UOC Affari Generali e Legali	Semestrale
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali ( <a href="http://www.rndt.gov.it">www.rndt.gov.it</a> ), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dat.gov.it">www.dat.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	UOSD Sistemi informativi	Tempestivo
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	UOSD Sistemi informativi	Annuale
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	UOSD Sistemi informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori  (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Ciascun Responsabile di UOC	

**Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2024**

**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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001  Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie		
				-	-	-	-	-	-	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010			-	-	-	
				€ 465.847.892,54	-	€ 3.285.260,11	-	-	€ 19.902.520,95	€	-	€	3.779.298,38	-	-	-		
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.211,12	240,95	€ 131.649.106,63	€ -	€ 3.513.288,81	€ 669.615,00	€ 881.043,18	€ 17.912.268,86	€ 3.529.298,00	€ -	€ 166.121,00	€ 3.695.419,00	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	64,51	3,00	€ 6.467.153,92	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 60.000,00	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	171,71	81,97	€ 15.617.699,26	€ -	€ -	€ -	€ 33.000,00	€ 1.990.252,09	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.300.000,00	€ 15.000,00	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,76	0,00	€ 2.684.814,67	€ 202.572,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.474,10</b>	<b>325,92</b>	<b>€ 156.418.774,48</b>	<b>€ 202.572,58</b>	<b>€ 3.513.288,81</b>	<b>€ 669.615,00</b>	<b>€ 914.043,18</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.529.298,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 166.121,00</b>	<b>€ 3.695.419,00</b>	<b>€ 2.360.000,00</b>	<b>€ 15.000,00</b>	<b>€ -</b>	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.748,92	0,00	€ 169.466.423,04	€ 67.080,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	462,73	0,00	€ 20.270.961,77	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	419,39	2,00	€ 13.905.079,93	€ 1.909.190,68	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 52.000,00	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	196,75	0,00	€ 7.731.387,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 8.858,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	1.786,59	0,00	€ 59.779.387,84	€ 1.193.725,91	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	363,44	34,00	€ 12.096.941,46	€ 1.919.230,69	€ -	€ -	€ 6.862,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 720.000,00	€ 24.000,00	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	763,64	3,00	€ 26.174.125,72	€ 609.555,52	€ -	€ -	€ 6.002,00	€ -	€ 57.000,00	€ -	€ -	€ 57.000,00	€ 30.000,00	€ -	€ -	
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.741,46</b>	<b>39,00</b>	<b>€ 309.424.307,36</b>	<b>€ 5.698.782,93</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 21.722,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 57.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 57.000,00</b>	<b>€ 802.000,00</b>	<b>€ 24.000,00</b>	<b>€ -</b>		
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.215,56</b>	<b>364,92</b>	<b>€ 465.843.081,84</b>	<b>€ 5.901.355,51</b>	<b>€ 3.513.288,81</b>	<b>€ 669.615,00</b>	<b>€ 935.765,18</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 166.121,00</b>	<b>€ 3.752.419,00</b>	<b>€ 3.162.000,00</b>	<b>€ 39.000,00</b>	<b>€ -</b>		

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

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

3 - 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.i.

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 - PTFP 24/26 - Anno 2025**

**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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie
					€	-	€	-	-	€	€	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010			-	-	-
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.211,12	240,95	€ 131.649.106,63	€ -	€ 3.513.288,81	€ 669.615,00	€ 881.043,18	€ 17.912.268,86	€ 3.529.298,00	€ -	€ 166.121,00	€ 3.695.419,00	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	64,51	3,00	€ 6.467.153,92	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 60.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	171,71	81,97	€ 15.617.699,26	€ -	€ -	€ -	€ 33.000,00	€ 1.990.252,09	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.300.000,00	€ 15.000,00	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,76	0,00	€ 2.684.814,67	€ 202.572,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.474,10</b>	<b>325,92</b>	<b>€ 156.418.774,48</b>	<b>€ 202.572,58</b>	<b>€ 3.513.288,81</b>	<b>€ 669.615,00</b>	<b>€ 914.043,18</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.529.298,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 166.121,00</b>	<b>€ 3.695.419,00</b>	<b>€ 2.360.000,00</b>	<b>€ 15.000,00</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.748,92	0,00	€ 169.466.423,04	€ 67.080,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	462,73	0,00	€ 20.270.961,77	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	419,39	2,00	€ 13.905.079,93	€ 1.909.190,68	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 52.000,00	€ -	
	Personale della prevenzione	S	196,75	0,00	€ 7.731.387,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 8.858,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	1.786,59	0,00	€ 59.779.387,84	€ 1.193.725,91	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	363,44	34,00	€ 12.096.941,46	€ 1.919.230,69	€ -	€ -	€ 6.862,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 720.000,00	€ 24.000,00	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	763,64	3,00	€ 26.174.125,72	€ 609.555,52	€ -	€ -	€ 6.002,00	€ -	€ 57.000,00	€ -	€ -	€ 57.000,00	€ 30.000,00	€ -	
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.741,46</b>	<b>39,00</b>	<b>€ 309.424.307,36</b>	<b>€ 5.698.782,93</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 21.722,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 57.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 57.000,00</b>	<b>€ 802.000,00</b>	<b>€ 24.000,00</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>9.215,56</b>	<b>364,92</b>	<b>€ 465.843.081,84</b>	<b>€ 5.901.355,51</b>	<b>€ 3.513.288,81</b>	<b>€ 669.615,00</b>	<b>€ 935.765,18</b>	<b>€ 19.902.520,95</b>	<b>€ 3.586.298,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 166.121,00</b>	<b>€ 3.752.419,00</b>	<b>€ 3.162.000,00</b>	<b>€ 39.000,00</b>	<b>€ -</b>

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

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

3 - 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.i.

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 - PTFP 24/26 - Anno 2026**

**Azienda**

**502 - Marca  
Trevigiana**

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI																								
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE <sup>3</sup>	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie																
				€	-	€	-	-	€	€	€	€	€	€	€	€	-	-	-													
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q																
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q																
		€	465.847.892,54	-	€	3.285.260,11	-	-	€	19.902.520,95	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010		3.779.298,38	-	-	-																
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.211,12	240,95	€	131.649.106,63	€	-	€	3.513.288,81	€	669.615,00	€	881.043,18	€	17.912.268,86	€	3.529.298,00	€	-	€	166.121,00	€	3.695.419,00	€	-	€	-	€	-		
	Dirigenza veterinaria	S	64,51	3,00	€	6.467.153,92	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	60.000,00	€	-	€	-	€	-		
	Dirigenza sanitaria	S	171,71	81,97	€	15.617.699,26	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	2.300.000,00	€	15.000,00	€	-	€	-		
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,76	0,00	€	2.684.814,67	€	202.572,58	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.474,10</b>	<b>325,92</b>	<b>€</b>	<b>156.418.774,48</b>	<b>€</b>	<b>202.572,58</b>	<b>€</b>	<b>3.513.288,81</b>	<b>€</b>	<b>669.615,00</b>	<b>€</b>	<b>914.043,18</b>	<b>€</b>	<b>19.902.520,95</b>	<b>€</b>	<b>3.529.298,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>166.121,00</b>	<b>€</b>	<b>3.695.419,00</b>	<b>€</b>	<b>2.360.000,00</b>	<b>€</b>	<b>15.000,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>-</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.748,92	0,00	€	169.466.423,04	€	67.080,13	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
	Personale tecnico sanitario	S	462,73	0,00	€	20.270.961,77	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
	Personale della riabilitazione	S	419,39	2,00	€	13.905.079,93	€	1.909.190,68	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	52.000,00	€	-	€	-	€	-
	Personale della prevenzione	S	196,75	0,00	€	7.731.387,60	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
	OSS/OTAA	SS	1.786,59	0,00	€	59.779.387,84	€	1.193.725,91	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	363,44	34,00	€	12.096.941,46	€	1.919.230,69	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	720.000,00	€	24.000,00	€	-	€	-
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	763,64	3,00	€	26.174.125,72	€	609.555,52	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	-	€	30.000,00	€	-	€	-	€	-
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>7.741,46</b>	<b>39,00</b>	<b>€</b>	<b>309.424.307,36</b>	<b>€</b>	<b>5.698.782,93</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>21.722,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>57.000,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>57.000,00</b>	<b>€</b>	<b>802.000,00</b>	<b>€</b>	<b>24.000,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>9.215,56</b>	<b>364,92</b>	<b>€</b>	<b>465.843.081,84</b>	<b>€</b>	<b>5.901.355,51</b>	<b>€</b>	<b>3.513.288,81</b>	<b>€</b>	<b>669.615,00</b>	<b>€</b>	<b>935.765,18</b>	<b>€</b>	<b>19.902.520,95</b>	<b>€</b>	<b>3.586.298,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>166.121,00</b>	<b>€</b>	<b>3.752.419,00</b>	<b>€</b>	<b>3.162.000,00</b>	<b>€</b>	<b>39.000,00</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	<b>€</b>	<b>-</b>	

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

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

3 - 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.i.

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

DIRETTORE GENERALE

ELENCO SCHEDE DI BUDGET 2024  
AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Codice	Schede dei Dipartimenti Strutturali	
A0203D	Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio	
HT102D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Generale	
HT103D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Interna	
HT104D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Pronto Soccorso, Anestesia e Terapie Intensive	
HT105D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Specialistica	
HT106D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Diagnostica per Immagini	
HT107D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Specialistica	
HT108D	Ospedali di Treviso - Dipartimento Neuro-Cardio-Vascolare	
HP101D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale	
HP102D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Chirurgia Generale	
HA103D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Medicina Interna	
PT1PRE	Dipartimento di Prevenzione	
TT6011	Dipartimento di Salute Mentale	
TNDDS1	Direttore Distretto Socio sanitario Treviso Nord	
TSDDS2	Direttore Distretto Socio sanitario Treviso Sud	
TPDDS3	Direttore Distretto Socio sanitario Pieve di Soligo	
TADDS4	Direttore Distretto Socio sanitario Asolo	
Dipartimento	Codice CdR	Descrizione CdR
<b>Direttore Generale</b>	AF4011	Innovazione e sviluppo organizzativo
	AF4021	Controllo di Gestione
	AF4031	URP
	AF4091	Coordinamento attivita' per la nuova Cittadella Sanitaria di Treviso
	AF4061	Formazione
	AF4251	Unità per la Ricerca Clinica
	AF4041	Servizio Prevenzione e Protezione
	AF4211	Sistemi di gestione della qualità
<b>Direttore Amministrativo</b>	AG4091	Gestione risorse umane
	AG4101	Affari Generali
	AG4111	Contabilità e bilancio
	AG4121	Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni
	AG4131	Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica
	AG4141	Servizi tecnici e patrimoniali
	AG4151	Sistemi informativi
	AF4241	Monitoraggio e coordinamento degli investimenti e Internal Auditing
	TT4201	Servizi Amministrativi Territoriali
	HT4191	Servizi Amministrativi Ospedale
<b>Direttore Sanitario</b>	AF4171	Risk Management
	AF5011	Direzione Professioni Sanitarie
	AF4221	Innovazione tecnologica con rischi fisici in ambito sanitario
	AT2051	Attività Specialistica
	AT4231	Centrale Operativa Territoriale
<b>Direttore Servizi Socio Sanitario</b>	AT4181	Servizi Sociali e socio sanitari
<b>Dipartimento di Prevenzione</b>	PT5011	Professioni sanitarie Dipartimento di Prevenzione
	PT6011	Direzione Dipartimento di Prevenzione
	PU3011	SISP Servizio Igiene e Sanità Pubblica
	PU3031	SPISAL Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro
	PU3041	SPCMC Servizio prevenzione e controllo malattie croniche
	PU3091	MS Medicina dello Sport
	PU3101	SE Servizio di epidemiologia
	PU3111	SML Servizio di medicina legale
	PV3021	SIAN Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione
	PV3051	SSA Servizio veterinario sanità animale
	PV3061	SIAOA Servizio veterinario igiene alimenti di origine animale
	PV3071	SIAPZ Servizio veterinario igiene allevamenti e produzioni zootecniche
	PV3081	SCAA Servizio veterinario piani campionamento, allerte e audit
	<b>Dipartimento Salute Mentale</b>	TTDSM1
TTDSM2		Psichiatria Distretto Pieve
TTDSM3		Psichiatria Distretto Asolo
TTDSM4		Percorsi riabilitativi e integrazione distrettuale
<b>Direttore Funzione Territoriale</b>	TT2091	SerD
	TT2101	Controlli delle attività dei soggetti privati socio-sanitari e convenzionati
	TT2071	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze
	TT2051	Strutture Poliambulatoriali del Distretto di Treviso
	TT2081	Servizio integrazione lavorativa (SIL)
	TT5011	Professioni Sanitarie Territoriali

<b>Distretto Socio Sanitario Treviso Sud</b>	TS2011	Cure Primarie Distretto Treviso
	TS2021	Cure Palliative
	TS2061	Unità operativa per la tutela della salute delle persone con limitazione della libertà
	TS6011	Direzione Distretto Treviso Sud
<b>Distretto Socio Sanitario Treviso Nord</b>	TN2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Treviso
	TN2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Treviso
	TNFAR1	Assistenza Farmaceutica Territoriale
	TNFAR2	Distribuzione diretta dei farmaci e assistenza farmaceutica ospedale territorio
	TN6011	Direzione Distretto Treviso Nord
<b>Distretto Socio Sanitario Pieve di Soligo</b>	TP2011	Cure Primarie Distretto Pieve di Soligo
	TP2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Pieve di Soligo
	TP2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Pieve di Soligo
	TP6011	Direzione Distretto Pieve di Soligo
<b>Distretto Socio Sanitario Asolo</b>	TA2011	Cure Primarie Distretto Asolo
	TA2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Asolo
	TA2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Asolo
	TA6011	Direzione Distretto Asolo
<b>Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio</b>	H10281	Unità Spinale Treviso
	H50561	Recupero e riabilitazione funzionale Vittorio Veneto
	H70561	Recupero e riabilitazione funzionale Montebelluna
	TT2131	Attività riabilitative territoriali e domiciliari e della Funzione Acuti
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedali</b>	H10371	Ostetricia e ginecologia Treviso
	H10372	Patologia Cervico-Vaginale Treviso
	H10391	Pediatria Treviso
	H11551	Fibrosi cistica Treviso
	H10331	Neuropsichiatria Infantile Treviso
	H1DMP1	Direzione medica ospedaliera 1 per la funzione organizzativo gestionale - Treviso
	H1FAR1	Farmacia Treviso
	H20371	Ostetricia e ginecologia Oderzo
	H20372	Procreazione medicalmente assistita Oderzo e Conegliano
	H20391	Pediatria Oderzo
	H2DMP1	Direzione medica ospedaliera - Oderzo
	HT1511	Direzione medica ospedaliera 2 per l'igiene ospedaliera - Treviso
	<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	H10091
H10092		Chirurgia Generale 2 Treviso
H10094		Chirurgia Senologica Treviso e Vittorio Veneto
H10361		Ortopedia e traumatologia Treviso
H10581		Gastroenterologia Treviso
H10681		Pneumologia Treviso
H19993		Modelli organizzativi e management in chirurgia Treviso
H20091		Chirurgia Oderzo
H20361		Ortopedia e traumatologia Oderzo
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Interna</b>	H10181	Ematologia Treviso
	H10191	Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione
	H10211	Geriatrics Treviso
	H10261	1° Medicina generale Treviso
	H10262	2° Medicina generale Treviso
	H10291	Nefrologia Treviso
	H10641	Oncologia Treviso
	H19992	Attività diurna polispecialistica di area medica Treviso
	H20261	Medicina generale Oderzo
	H20641	Oncologia Oderzo
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Pronto Soccorso, Anestesia e Terapie Intensive</b>	H10491	Anestesia e rianimazione Treviso
	H10731	Terapia intensiva neonatale Treviso
	H10961	Terapia del dolore Treviso
	H11061	Accettazione e pronto soccorso Treviso
	H11062	Centrale operativa SUEM Treviso
	H20491	Anestesia e rianimazione e terapia intensiva Oderzo
	H21061	Accettazione e pronto soccorso Oderzo

<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Specialistica</b>	H10101	Chirurgia maxillo-facciale Treviso
	H10111	Chirurgia Pediatrica Treviso
	H10121	Chirurgia Plastica Treviso
	H10341	Oculistica Treviso
	H10351	Odontostomatologia Pediatrica
	H10381	ORL Treviso
	H10382	Chirurgia funzionale dell'orecchio Treviso
	H10383	Foniatría e audiologia Treviso
	H10431	Urologia Treviso
H20341	Oculistica Oderzo	
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Diagnostica per Immagini</b>	H10701	Radioterapia Treviso
	H11501	Fisica Sanitaria Treviso
	H11041	Neuroradiologia Treviso
	H10691	Radiologia Treviso
	H20691	Radiologia Oderzo
	H10611	Medicina nucleare Treviso
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Specialistica e di Laboratorio</b>	H10241	Malattie Infettive Treviso
	H11011	Microbiologia Treviso
	H10521	Dermatologia Treviso
	H10031	Anatomia e istologia patologica
	H11021	Medicina Trasfusionale Treviso
	H11001	Laboratorio analisi Treviso
<b>Ospedali di Treviso - Dipartimento Neuro-Cardio-Vascolare</b>	H10321	Neurologia Treviso
	H10081	Cardiologia Treviso
	H10141	Chirurgia vascolare Treviso
	H10301	Neurochirurgia Treviso
	H10071	Cardiochirurgia Treviso
<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale</b>	H40611	Medicina nucleare Conegliano
	H40691	Radiologia Conegliano
	H4DMP1	Direzione medica Conegliano
	H5DMP1	Direzione medica Vittorio Veneto
	H5FAR1	Farmacia Vittorio Veneto
	HT0681	Pneumologia Territoriale
<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	H40091	Chirurgia generale Conegliano
	H40141	Chirurgia Vascolare Conegliano
	H40341	Oculistica Conegliano
	H40361	Ortopedia e traumatologia Conegliano e Vittorio Veneto
	H40431	Urologia Conegliano
	H49993	Governance delle attività di ricovero in area omogenea chirurgia per intensità di cura Conegliano
	H50101	Chirurgia maxillo-facciale Vittorio Veneto
	H50091	Chirurgia generale Vittorio Veneto
	H50381	ORL Vittorio Veneto
	H51991	Governance delle attività di day e week surgery Vittorio Veneto
<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Medicina Interna</b>	H40081	Cardiologia Conegliano
	H40211	Geriatría Conegliano
	H40261	Medicina generale Conegliano
	H40291	Nefrologia e dialisi Conegliano
	H40321	Neurologia Conegliano
	H40581	Gastroenterologia Conegliano
	H41561	Vulnologia Conegliano
	H50261	Medicina generale Vittorio Veneto
	H50641	Oncologia Vittorio Veneto
	H50681	Pneumologia Vittorio Veneto

<b>Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Area Critica</b>	H40371	Ostetricia e ginecologia Conegliano e Vittorio Veneto
	H40391	Pediatria Conegliano
	H40491	Anestesia e rianimazione di Conegliano
	H41061	Accettazione e pronto soccorso Conegliano
	H50491	Anestesia e rianimazione Vittorio Veneto
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale</b>	H60601	Lungodegenza Castelfranco
	H60691	Radiologia Castelfranco
	H6FAR1	Farmacia Castelfranco
	H70601	Lungodegenza Montebelluna
	H70691	Radiologia Montebelluna
H7DMP1	Direzione Medica ospedaliera Montebelluna e Castelfranco	
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Chirurgia Generale</b>	H60341	Chirurgia ambulatoriale oculistica Castelfranco
	H70091	Chirurgia generale Montebelluna
	H70341	Oculistica Montebelluna
	H70361	Ortopedia e traumatologia Montebelluna
	H70381	ORL Montebelluna
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Medicina Interna</b>	H60051	Angiologia Castelfranco
	H60081	Cardiologia Castelfranco
	H60261	Medicina generale Castelfranco
	H60291	Nefrologia Castelfranco
	H60321	Neurologia Castelfranco
	H70081	Cardiologia Montebelluna
	H70211	Geriatría Montebelluna
H70261	Medicina generale Montebelluna	
<b>Ospedali di Asolo - Dipartimento di Area Critica</b>	H60371	Ostetricia e ginecologia Castelfranco
	H61061	Accettazione e pronto soccorso Castelfranco
	H70371	Ostetricia e ginecologia Montebelluna
	H70391	Pediatria Montebelluna
	H70491	Anestesia e rianimazione Montebelluna
	H70681	Pneumologia Montebelluna
	H70961	Terapia del dolore e cure palliative Montebelluna
	H71061	Accettazione e pronto soccorso Montebelluna