

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. DEL

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Patrizia Benini, nominato con D.P.G.R.V. n. 28 del 26/02/2021, coadiuvato dai Direttori:

- dott. Flavia Dal Bosco	Direttore Amministrativo
- dott. Denise Signorelli	Direttore Sanitario
- dott. Felice Alfonso Nava	Direttore dei Servizi Socio-Sanitari

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2025-2027 DELL'AULSS 9 SCALIGERA

Note per la trasparenza: Con il presente provvedimento, si approva il P.I.A.O. quale strumento di effettiva semplificazione, ha l'obiettivo di favorire il percorso di progressivo superamento dei molti atti di pianificazione dell'Azienda che vengono assorbiti in un unico documento, sviluppando una logica di visione sintetica che permette di collegare le diverse finalità delle sezioni e allineare gli strumenti che compongono la Programmazione Regionale ed Aziendale

Il Direttore di UOC Controllo di Gestione

Preso atto che il Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito PIAO), è stato introdotto dall'articolo 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, recante ad oggetto: "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia". Detta norma prevede che le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il predetto Piano. Esso ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni (il Piano della Performance, il Piano di Organizzazione del Lavoro Agile, il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Piano del Fabbisogno del Personale). Il Piano integrato di attività e organizzazione vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012;

Considerato che ai sensi della citata normativa, il PIAO, di durata triennale, aggiornato annualmente, definisce:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con il Piano Nazionale Anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Antonio Moretto

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi;

Il Piano definisce, inoltre, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi, mediante gli strumenti di cui al Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del Decreto Legislativo 20 dicembre 2009, n. 198;

Atteso che con Deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 28 aprile 2022 è stato individuato quale referente unico aziendale, con funzioni di coordinatore del processo per la stesura del piano, il Dott. Luca Heller, Dirigente dell'UOC Controllo di Gestione con l'obiettivo di stendere il PIAO coordinando un gruppo di lavoro composto dai Direttori/Responsabili dell'UOC Controllo di Gestione, dell'UOC Gestione Risorse Umane, UOS Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi, UOS Formazione, UOC Internal Auditing e UOC Sistemi Informativi, lasciando in capo ai dirigenti delle strutture interessate, sulla base delle funzioni e dei compiti attribuiti, la responsabilità per la realizzazione della parte a loro assegnata;

Preso atto che il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6, ed in particolare: con Decreto del Presidente della Repubblica 24 Giugno 2022, n. 81 è stato definito, il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e con Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica è stato elaborato il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" prevedendo che "Le pubbliche amministrazioni conformano il Piano integrato di attività e organizzazione alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel presente decreto, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del presente decreto";

Considerate le Linee Guida approvate con la DGRV 1717 del 30/12/2022 con cui la Regione del Veneto adegua il proprio ordinamento, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del PIAO e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113;

Valutato il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025-2027 dell'AULSS 9 Scaligera, sviluppato dal Gruppo di Lavoro aziendale di cui alla DDG n. 427 del 28 aprile 2022 e gli allegati al Piano come di seguito riportato:

Allegato 1 "Scheda anagrafica dell'amministrazione"

Allegato 2 "Documento delle Direttive anno 2025"

Tabella A "Piano Fabbisogno del Personale"

Tabella B "Dotazione del Personale Dipendente"

Preso atto che l'art. 6, comma 4, del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, prevede 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;

Preso atto altresì che le disposizioni attualmente vigenti sono di recente emanazione, si demanda al Gruppo di Lavoro eventuali aggiornamenti del documento in considerazione delle disposizioni che dovessero venire successivamente adottate in materia;

Ritenuto pertanto opportuno proporre l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, proposto dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro, corredato dei relativi allegati quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e dare atto che il suddetto Piano accorpa e sostituisce tutti gli adempimenti individuati dal "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81;

propone l'adozione del conseguente provvedimento sotto riportato:

IL DIRETTORE GENERALE

Vista l'attestazione del Responsabile dell'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia alla sua conformità alle direttive e regolamentazione aziendali;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo, nonché del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Antonio Moretto



1. di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027 dell'AULSS 9 Scaligera, proposto dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 28 aprile 2022, corredato dei relativi allegati come dettagliati in premessa, come previsto all'articolo 6 Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027 accorpa e sostituisce tutti gli adempimenti individuati dal "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81;
3. di demandare al Gruppo di Lavoro eventuali aggiornamenti del documento o dei suoi allegati in considerazione del contenuto della normativa e delle disposizioni che dovessero venir successivamente adottate in materia;
4. di pubblicare il Piano nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 9 Scaligera, nelle previste sezioni di "Amministrazione Trasparente" e di inviarlo al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione nel relativo portale.

Il Direttore Sanitario
dott. Denise Signorelli

Il Direttore Amministrativo
dott. Flavia Dal Bosco

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Felice Alfonso Nava

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Patrizia Benini

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

2025

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) AULSS 9 Scaligera 2025-2027



Sommario

Premessa	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA dell'Azienda ULSS 9 Scaligera	6
Le Specificità dell'ULSS 9 Scaligera	8
Analisi Demografica	8
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	11
Valore pubblico	11
Mission e Vision dell'Azienda	11
Identificazione del Valore pubblico	12
La misurazione del Valore Pubblico	14
Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico	15
Sviluppo Digitale	16
Performance	18
Obiettivi Assegnati all'Azienda da Regione Veneto	18
Obiettivi Gestionali inseriti nella Relazione al BEP	20
Obiettivi di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	21
Rischi corruttivi e trasparenza	22
Parte I - Gestione Dei Rischi Corruttivi	22
Parte II - Obblighi di Trasparenza	30
Allegati	33
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	34
Struttura organizzativa	34
Piano per il benessere Organizzativo	36
Organizzazione del lavoro agile	38
Piano triennale dei fabbisogni di personale	38
Sezione Dipendenti	40
Sezione non Dipendenti	42
Re Internalizzazioni	43
Dotazione Organica	43
Formazione del personale	44
Piano delle Azioni Positive	47
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	48
Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico	48
Monitoraggio della Performance	49
Monitoraggio Misure Anticorruzione e Trasparenza	52
Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano	52
Monitoraggio del Piano Triennale Fabbisogno Personale	52

Monitoraggio del Piano per il Benessere Organizzativo	53
Integrazione Monitoraggi	55
Allegato 1. “Scheda anagrafica dell’amministrazione”	56
Premessa.....	56
L’assistenza Ospedaliera	56
Ricoveri	56
Interventi	57
Pronto Soccorso	57
L’assistenza Specialistica.....	58
L’assistenza Distrettuale	58
Assistenza primaria	58
Assistenza Domiciliare integrata.....	59
Assistenza nelle strutture intermedie.....	59
Assistenza psichiatrica territoriale.....	60
Prevenzione	61
Allegato 2 “Documento delle Direttive anno 2025”	62
Introduzione	62
Il processo di budget.....	62
Negoziazione degli obiettivi di Budget	62
Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate	63
Il piano dei Centri di responsabilità	65
Valutazione della performance Organizzativa	69
Valutazione della performance individuale	70
Innovazione nell’ambito della Valutazione della Performance	72
Timing del processo	73
Documento delle Direttive 2025.....	74

Premessa

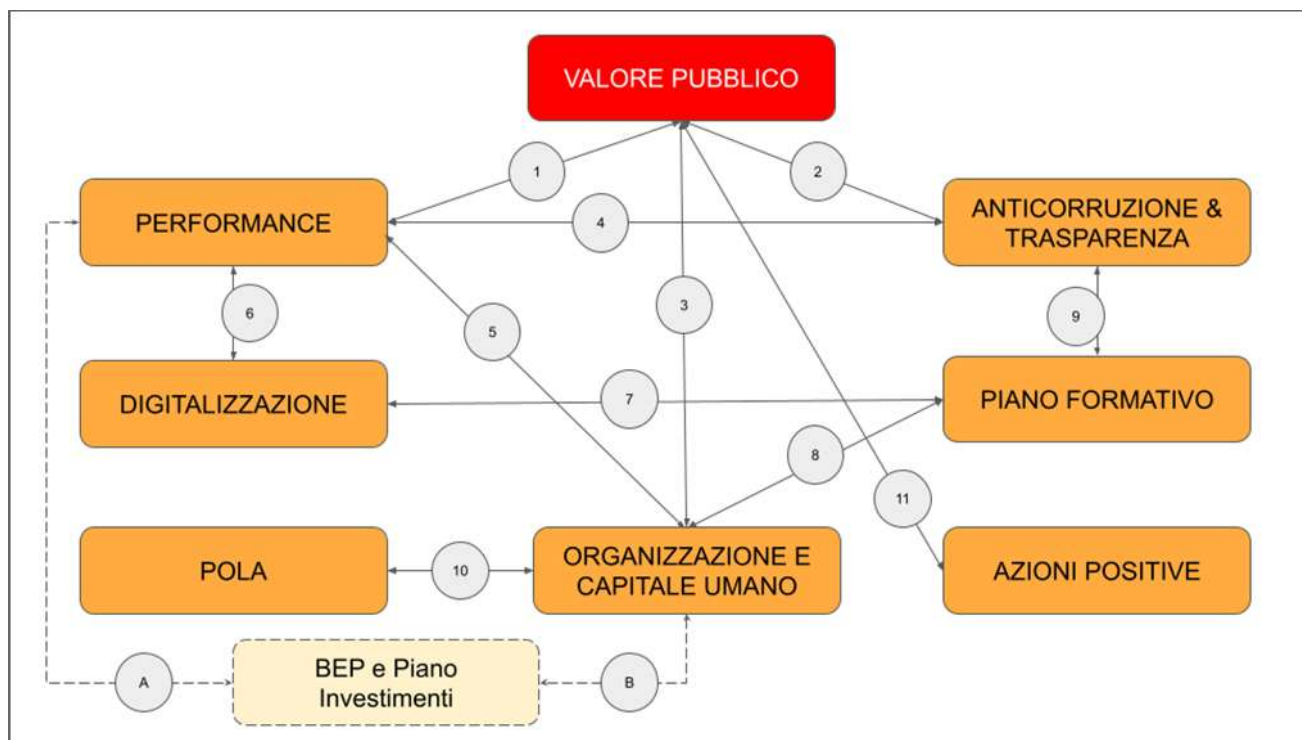
L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

La DGRV 1717 del 30/12/2022 ha adeguato ai nuovi principi le disposizioni regionali vigenti, approvando apposite "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale", cui il presente documento fa esplicito riferimento.

Il **Piano Integrato** è lo strumento operativo per sviluppare, in modo strutturato, la pianificazione delle attività amministrative relative alla performance, alla trasparenza e all'anticorruzione e che per coerenza programmatica verticale e orizzontale dovranno derivare dalla programmazione strategica e dalla programmazione economico- finanziaria. Il Piano Integrato è quindi lo strumento di guida manageriale per il perseguimento del Valore Pubblico e la fonte per le verifiche. Il presente Documento descrive la **logica ed i punti di integrazione** delle diverse sezioni del Piano integrato ed include gli **allegati** di dettaglio che **ne fanno parte integrante**.

Nel seguente schema si rappresentano le principali sezioni del PIAO, evidenziando le relazioni che legano tra loro le attività specifiche ed in che modo siano tutte connesse con la creazione di Valore Pubblico.



Nel presente PIAO, si illustrerà come la creazione di Valore Pubblico prodotto dall'azienda, ampiamente indagato nella sezione dedicata, e naturalmente connesso con la soddisfazione dei bisogni del cittadino e la sua capacità di accesso ai servizi, derivi dalle molteplici azioni aziendali inquadrate nelle differenti aree di programmazione.

In particolare si evidenziano le seguenti fondamentali relazioni, che saranno approfondite nel testo:

1. Per il modo in cui l'ULSS 9 intende la creazione di **Valore pubblico**, una buona performance aziendale determina un aumento del valore pubblico in via diretta, in quanto alcuni indicatori di performance possono configurarsi come KPI di creazione del valore pubblico (vedi paragrafo **Performance**) tra questi senza dubbio gli indicatori di

- soddisfazione dei pazienti e della cittadinanza. L'influenza è anche indiretta in quanto gli obiettivi di performance riguardano il successo di numerosi progetti relativi all'organizzazione, alla digitalizzazione, alla formazione ed all'anticorruzione e trasparenza, che a loro volta hanno un impatto diretto sulla generazione di Valore Pubblico.
2. L'attuazione della pianificazione in ambito di anticorruzione e trasparenza determina l'aumento del valore pubblico anche in questo caso in via diretta, fornendo maggiori garanzie al cittadino (vedi paragrafo **Obiettivi di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**), ed indiretta in quanto determina una più sicura gestione dei principali processi aziendali, che a loro volta producono effetti benefici in termini di valore. Il legame tra obiettivi di performance ed anticorruzione e trasparenza, in forma di specifici obiettivi assegnati in sede di budget alle Unità Operative Aziendali è anch'esso diretto e determinato da specifiche disposizioni normative (collegamento 4. in figura). Infine la leva formativa è uno dei principali strumenti del Piano per l'Anticorruzione, che necessita di sviluppare strumenti metodologici e diffondere logiche e sensibilità specifiche (collegamento 9. in figura).
 3. Con riferimento al Capitale Umano, va sottolineato che l'organismo personale, nelle sue dimensioni quantitative ma soprattutto qualitativa, ha un impatto diretto sulla creazione di valore pubblico in quanto ha riflessi nello sviluppo economico del territorio e nella disponibilità di alte professionalità. Le scelte di investimento in risorse umane, rappresentate nel Piano Triennale dei Fabbisogni, sono determinate oltre che dai vincoli finanziari, organizzativi e di mercato contingenti, dalle necessità professionali derivanti dagli obiettivi di performance assegnati (collegamento 5. in figura), talvolta completamente espliciti, determinando pertanto una relazione bilaterale tra le aree (vedi il **Piano triennale dei fabbisogni di personale**).
 6. Ulteriore legame diretto è quello tra azioni tese alla digitalizzazione del rapporto con il cittadino e l'organizzazione dell'azienda ed il raggiungimento di una buona performance aziendale; infatti molteplici indicatori di performance rappresentano la misurazione del grado di digitalizzazione aziendale (vedi il paragrafo **Sviluppo Digitale**). Di conseguenza, risulta evidente nella strategia del legislatore il ruolo che la formazione (collegamento n. 7 in figura) ha sull'aumento delle competenze digitali, con percorsi specifici di alto livello, collegati anche agli investimenti del PNRR.
 8. Ancora più importante è il ruolo che la formazione ricopre nel supportare lo sviluppo qualitativo del personale, determinando direttamente alcune scelte sulle necessità di nuove assunzioni e di conseguenza impattando indirettamente sulla creazione di valore pubblico (vedi paragrafo **Risorse interne ed esterne disponibili e/o "attivabili" ai fini delle strategie formative**).
 10. Il Piano per il lavoro agile svolge un ruolo importante nell'efficientamento dei processi, ma soprattutto nel migliorare la qualità del rapporto di lavoro ed il Benessere Organizzativo, influenzando le scelte di organizzazione anche poggiando sui necessari investimenti per la digitalizzazione (vedi **Organizzazione del lavoro agile**).
 11. Anche il Piano delle Buone Azioni svolge un ruolo di miglioramento del Benessere Organizzativo, ma soprattutto determina un impatto diretto sulla creazione di Valore Pubblico nella sua dimensione di equità tra i generi, con effetti proporzionali al numero di dipendenti dell'azienda, ma più che proporzionali per il ruolo di leadership che l'azienda sanitaria può rappresentare per le organizzazioni sul territorio in questo ambito (vedi **Piano delle Azioni Positive**).

Si segnalano inoltre, anche se non sono oggetto specifico, del presente documento, le aree di collegamento tra la programmazione economica, come rappresentata nel Bilancio Economico Preventivo (BEP) e nel Piano Investimenti vigente, in particolare:

- A. Una parte molto rilevante nella valutazione della performance è data dalla capacità aziendale di rispettare la programmazione economica regionale in termini di equilibrio economico e di rispetto dei tetti ai costi. Per l'anno in corso il rispetto della programmazione rappresenta un obiettivo di performance particolarmente rilevante, che è stato comunicato ed assegnato con anticipo rispetto alle tempistiche del ciclo della performance degli anni precedenti. Inoltre la conduzione efficace dei progetti del PNRR, che rappresenta direttamente un obiettivo di performance, rappresenta anche la pre-condizione per numerose azioni in ambito digitale, dell'organizzazione e della soddisfazione del cittadino, e trova nel Piano Investimenti la sua rappresentazione finanziaria.
- B. Per l'ammontare delle risorse assorbite e l'importanza nell'organizzazione aziendale, nella motivazione del personale e del benessere organizzativo, la coerenza tra pianificazione del personale e risorse programmate in sede di BEP deve essere adeguatamente garantita. In particolare il rispetto della programmazione nazionale e regionale in questo ambito rappresenta uno dei pilastri/vincoli della programmazione aziendale.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA dell'Azienda ULSS 9 Scaligera

La profonda riorganizzazione del sistema socio-sanitario del Veneto approvato con LR 19/2016 ha previsto l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS con l'istituzione dell'Azienda Ulss 9 Scaligera. La nuova azienda eredita il grande patrimonio socio sanitario delle Aziende UU.LL.SS.SS. 20 di Verona, 21 di Legnago ed 22 di Bussolengo.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 3 comma 1-bis del D. Lgs. 229/99, ha personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, gestionale e organizzativa. L'Azienda disciplina la propria organizzazione e il proprio funzionamento con il presente atto aziendale, adottato dal Direttore Generale ai sensi del combinato disposto dagli artt. 2 e 3 del D. Lgs. 229/99 e nel rispetto di quanto previsto dalla L.R 19/2016 e dalla DGRV 1306 del 16 agosto 2017.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, costituita con Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 con decorrenza dal 1 gennaio 2017, ha sede legale a Verona in Via Valverde n. 42 C.F. e P.I.02573090236.

Il sito ufficiale internet dell'Azienda è all'indirizzo web www.aulss9.veneto.it ai sensi dell'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, così come modificato dall'art. 2, comma 5, del D.L. 30/12/2009 n. 194, convertito con modificazioni dalla L. 26/2/2010 n. 25, l'Albo On-Line sostituisce a tutti gli effetti il tradizionale Albo pretorio cartaceo ai fini della pubblicità legale. L'Azienda in conformità alla predetta disposizione pubblica on-line tutti i provvedimenti adottati.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di **3.097 kmq**, che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione distribuita in **98 comuni** e raggruppati in quattro distretti socio sanitari.

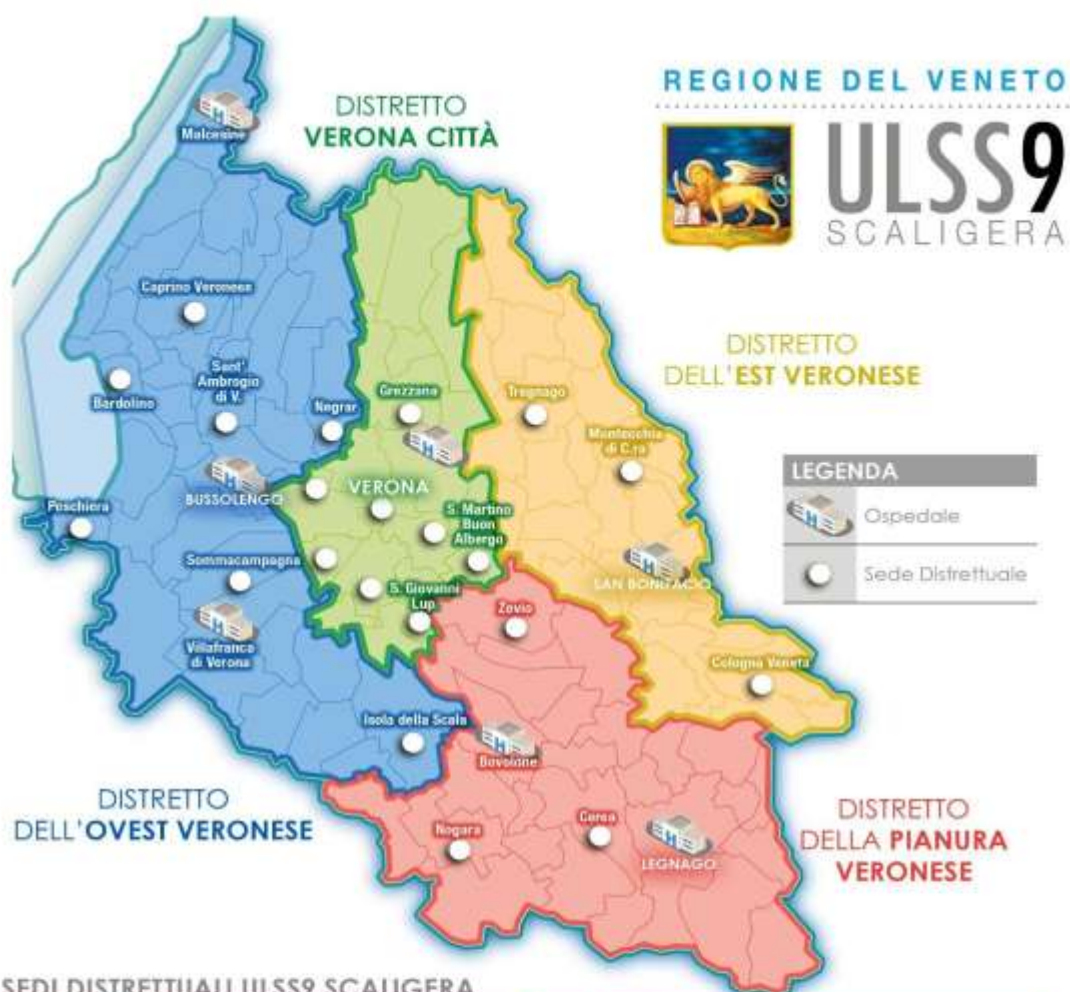
L'Azienda confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l'ULSS 8 Berica e con l'ULSS 6 Euganea, a sud con l'ULSS 5 Polesana. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella **direttrice nord-sud con una distanza di percorrenza di circa 150 km (1 ora e 40 minuti in macchina)** tra i suoi comuni più lontani: Castagnaro e Malcesine.

La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte 21% da **montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m.** (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.).

Non bisogna dimenticare, infine, che il territorio della provincia di Verona è a forte **vocazione turistica** anche se il biennio 2020-2021 ha inevitabilmente visto un calo delle presenze a causa della pandemia. Il 2019 aveva registrato più di 18 milioni di presenze di cui circa il 73% nell'area del Lago di Garda, i dati 2022 mostrano un valore più basso poco superiore a **17 milioni di presenze**, con un dato 2023 aumentato del 9,8%, determinato da un aumento del Lago di Garda (+7,6%) e di una significativa ripresa del resto della Provincia (+17,6%).

Va evidenziato che con DDG 661 26/06/2024 l'Azienda ha modificato **l'articolazione territoriale dei propri Distretti** determinando una composizione degli stessi coerente con quanto disposto dalla L.R. 04 aprile 2024, n. 9 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali che riconosce gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) quali perimetri di riferimento per la realizzazione della funzione programmatica zonale rappresentando il contesto di riferimento per la realizzazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)". Infatti oltre a ricongiungere nel Distretto 1 tutte le circoscrizioni del Comune di Verona (precedentemente suddivise tra Distretto 1 e 2), è stato ridefinito l'insieme dei comuni del Distretto 2 nel quale la Conferenza dei Sindaci ha inteso strutturare un quarto ATS, determinando pertanto una coincidenza di ognuno dei 4 distretti con un ATS.

Si riporta in figura i nuovi confini dei Distretti dell'ULSS 9 Scaligera.



SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

Distretto 1 VERONA CITTÀ			Distretto 3 della PIANURA VERONESE		
GREZZANA	Piazza Bertani	045 807 5190	BOVOLONE	Piazzale Fleming - c/o Ospedale	045 6999519
S. GIOVANNI LUPTO	Via Belluno, 14	045 829 9811	CEREA	Via Monte Carega	0442 30500
S. M. BUON ALBERGO	Via Nazionale, 13	045 991 822	LEGNAGO	Via C. Gianella, 1 - c/o Ospedale	0442 622376
VERONA	Via Bengasi, 4	045 493 2111	NOGARA	Via Raffa - c/o Centro S.P.	0442 537823
	Via Campania, 1	045 815 7341	ZEVI	Via Chianenzi, 2	045 6068195
	Via del Capitol, 22	045 878 7777	Distretto 4 dell'OVEST VERONESE		
	Via Polini, 1	045 807 5571	BARDOLINO	Via Gardesana Dell'Acqua, 9	045 6213100
	Via Voleggio, 39	045 950 655	BUSSOLENGO	Via C. A. Dalla Chiesa	045 6712451
Distretto 2 dell'EST VERONESE			CAPRINO VERONESE	Via Cappuccini, 34	045 6207198
COLOGNA VENETA	Via Rinascimento	0442 425 079	SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA	Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara	045 6864202
MONTECCHIA DI C.RA	Piazza Umberto, 1	045 613 8310	ISOLA DELLA SCALA	Piazzale Kennedy, 1	045 6648422
SAN BONIFACIO	Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped.	045 613 8426	MALCESINE	Via Gardesana, 57	045 6589369
TREGNAGO	Via Massalongo, 7	045 780 8366	NEGRAR	Via Francia, 5	045 7501088
			PESCHIERA DEL G.	Via Mino, 2	045 7550046
			SOMMACAMPAGNA	Piazza Repubblica, 1	045 510300
			VILLAFRANCA DI V.	Via ospedale, 2 - c/o Ospedale	045 6338480

Le Specificità dell'ULSS 9 Scaligera

Si sottolineano alcune caratteristiche dell'azienda e del contesto in cui opera che, per la loro peculiarità, determinano un livello di **complessità aziendale** singolare nel contesto regionale:

- ❖ Le **dimensioni aziendali** sono tra le maggiori in regione e solo la provincia di Padova e di Treviso hanno gli stessi numeri in termini di estensione del territorio di numero di abitanti e di comuni serviti.
- ❖ Va aggiunta però la particolare **configurazione orografica**, con una porzione rilevante di territorio montagnoso, e la presenza di importanti centri attrattori di **turismo**, in particolare sul Lago di Garda, che determinano problematiche e soluzioni organizzative peculiari, non comuni nelle altre ULSS di dimensioni paragonabili. Si pensi alle difficoltà nella coperture delle aree disagiate con servizi di assistenza primaria, o alle necessità di mantenere strutture in aree periferiche (ad esempio l'alto lago di Garda) con rilevanti problemi logistici e di reclutamento del personale.
- ❖ La dimensione geografica ha anche un'ulteriore specificità, in quanto l'ULSS 9 confina con la Lombardia e con il Trentino. Questa collocazione genera volumi di **mobilità extraregionale** (sia attiva che passiva) significativamente superiori alla media regionale, con l'ulteriore complicazione data dal ruolo giocato in questo senso dagli erogatori privati accreditati.
- ❖ Sempre accomunata in questo a Padova e Treviso, l'ULSS 9 nasce dalla fusione non di due bensì di **tre aziende pre-esistenti**. Il complesso meccanismo di investimento che lega le scelte regionali ed aziendali, soprattutto in ambito informatico, ha rallentato il processo di integrazione in maniera presumibilmente non comune.
- ❖ Altro elemento di complessità specifica è il peso **percentuale dell'attività sanitaria prodotta "indirettamente" tramite privati accreditati ed AOUI di Verona** significativamente superiore a tutte le altre aziende. In particolare la presenza simultanea dei due erogatori privati più grandi della regione e dell'AOUI ha effetti significativi sulla capacità di programmare l'offerta e sulle possibilità di reclutamento di professionalità sul territorio. Si aggiunga che anche i processi di erogazione di prestazioni quali la farmaceutica, protesica ed integrativa, risultano molto influenzate dall'attività di aziende esterne, necessitando di strumenti di governo specifici che si affiancano ai normali meccanismi operativi interni.
- ❖ Anche l'**integrazione che nell'erogazione di alcuni servizi** ha avuto luogo **con AOUI**, con la parziale condivisione di spazi, personale, sistemi informativi e costi, genera un sensibile aumento di complessità, richiedendo continui aggiustamenti e generando problematiche di costi, operative e di privacy.
- ❖ Anche le **dotazioni di residenzialità per anziani**, pone l'ULSS 9 al di sopra della media regionale, determinando una tensione, anche sul piano economico, oltre che organizzativo.

Si deve tuttavia anche evidenziare che l'ULSS 9 registra la **popolazione più giovane** rispetto a tutti gli altri territori regionali, in particolare nel distretto 4 e la presenza di un numero di strutture di offerta senza dubbio maggiore di altri territori. La presenza dell'**Università** infine, rappresenta oltre che un elemento di complessità anche un punto di forza.

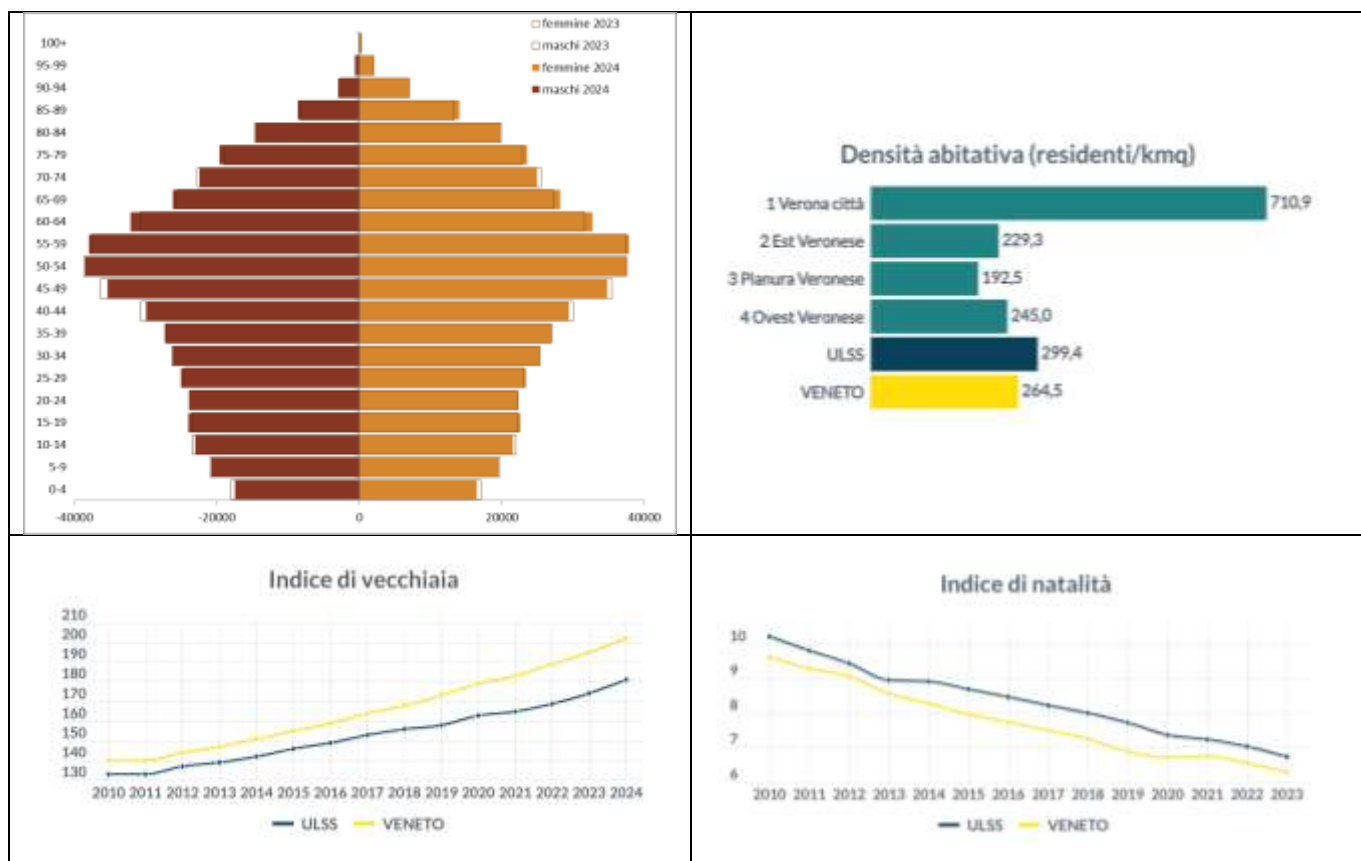
Analisi Demografica

Di seguito si riportano i dati Demografici ed Epidemiologici disponibili più recenti.

	al 01/01/2023			al 01/01/2024 *			saldo 2024-2023
classi di età	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
da 0 a 4	35.079	44.454	41.846	33.918	17.451	16.467	-1.161
da 5 a 14	86.300	47.457	44.328	84.856	43.786	41.070	-1.444
da 15 a 24	91.785	108.706	106.141	92.793	47.879	44.914	1.008
da 25 a 44	214.847	143.412	142.264	213.570	108.480	105.090	-1.277
da 45 a 64	285.676	48.363	52.843	286.908	144.006	142.902	1.232
da 65 a 74	101.206	45.241	65.522	101.747	48.620	53.127	541
oltre 75	110.763	455.658	469.998	113.439	46.635	66.804	2.676
totale	925.656	18.025	17.054	927.231	456.857	470.374	1.575

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera risulta stabile rispetto all'anno precedente (+1.575 abitanti) ed è composta principalmente da popolazione adulta con un'età tra i 45 ed i 64 anni.

I seguenti Grafici evidenziano la distribuzione della popolazione residente in provincia di Verona suddivisa per classi quinquennali di età, sesso (ottenuti dal censimento permanente della popolazione), per distretto e l'andamento degli indici di vecchiaia e natalità.



	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
Popolazione al 01/01/2024	336.327	135.174	155.666	300.064	927.231
N.Comuni	10	26	25	37	98
Nati Vivi	2.178	1.066	1.072	1.912	6.228
Deceduti	3.722	1.234	1.683	2.710	9.349
Saldo naturale	-1544	-168	-611	-798	-3121
Stranieri Residenti al 01/01/2024	47.167	16.003	18.493	30.718	112.381
% residenti 0-14	12,1	14,0	13,1	12,9	12,8
% residenti >=65	25,0	21,4	23,4	22,0	23,2
% residenti stranieri	14,0	11,8	11,9	10,2	12,1
Indice di natalità	6,5	7,9	6,9	6,4	6,7
Indice di vecchiaia	2,1	1,5	1,8	1,7	1,8
Indice di carico sociale	58,8	54,8	57,4	53,6	56,3
Indice di dipendenza giovanile	19,2	21,7	20,6	19,9	20,0
Indice di dipendenza senile	39,7	33,1	36,8	33,8	36,3

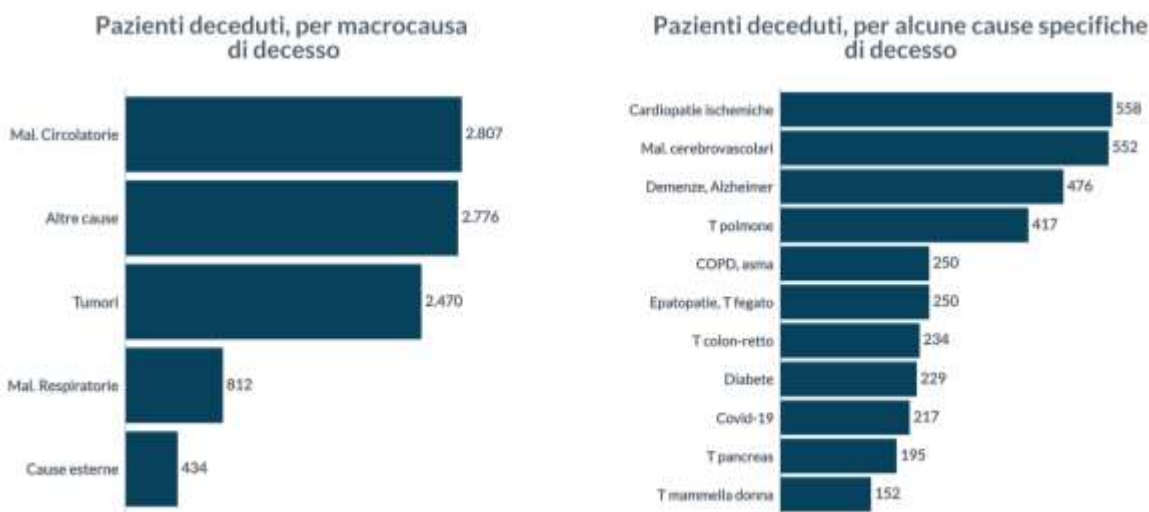
Per dare una misura degli effetti della dinamica demografica che la provincia sta vivendo, si è provato ad elaborare i dati ISTAT di previsione della popolazione negli anni 2028 (+5 anni) e 2033 (+10 anni) dal 2023.

	tot over65	65-74	75-84	85+
Popolazione 1/1/2023	211.969	101.206	76.561	34.202
Previsione 2028	230.245	111.536	79.534	39.175
Previsione 2033	259.120	131.438	84.537	43.145
Attualmente in struttura residenziale per anziani (dato 2023)	7.225	581	1.958	4.686
Tasso di anziani in CDR	3,40%	0,60%	2,60%	13,70%
Anziani in CDR stimati nel 2028 (1)	8.042	640	2.034	5.367
anziani in più in CDR 2028	817	59	76	681
Anziani in CDR stimati nel 2033 (2)	8.828	755	2.162	5.911
anziani in più in CDR 2033	1.603	174	204	1.225

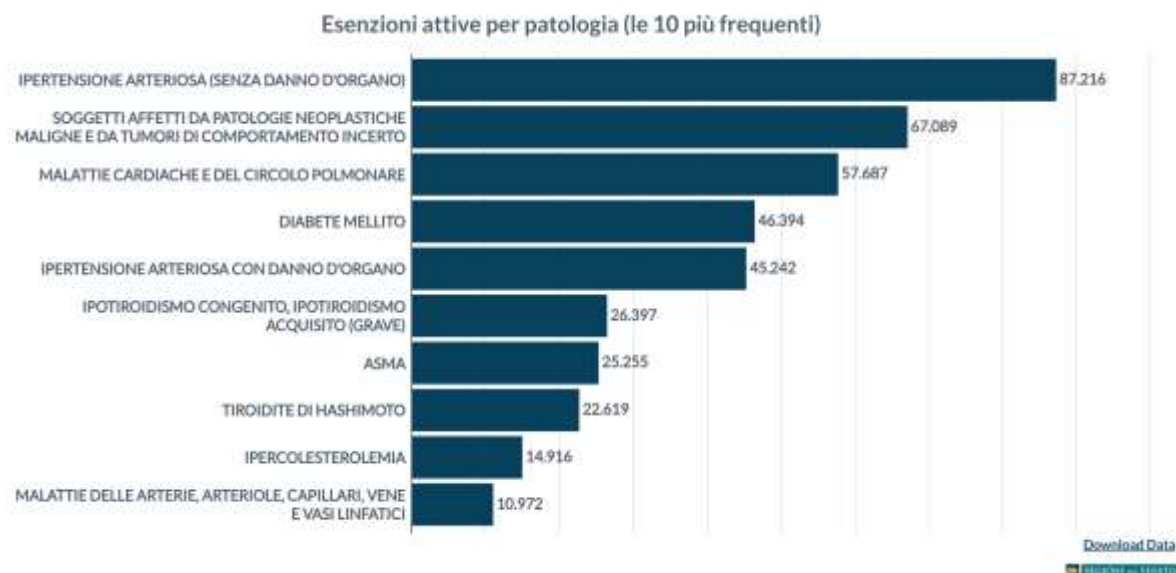
(1) applicazione del tasso del 2023 alla popolazione prevista nel 2028, (2) applicazione in tasso del 2023 alla popolazione prevista nel 2033

Ipotizzando di mantenere costante l'attuale capacità di assistenza degli over 65 in struttura residenziale (3,4% dati FAR elaborati dal CDG), si evidenzia che **nel 2028 sarebbero necessari 817 posti letto in più e nel 2033 1.603. Alla luce dell'attuale dotazione di Posti letto, inferiore a 7.000, emerge un aumento molto rilevante, nell'ordine del 10/15% in dieci anni.**

Le principali cause di morte nel 2023 (fonte Registro delle cause di morte del Veneto) sono legate principalmente a malattie del sistema circolatorio e ai tumori, dato rispecchiato dalla distribuzione delle esenzioni per patologia nella popolazione nel 2024.



Download Data
REGIONE DEL VENETO



SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

Mission e Vision dell'Azienda

L'Atto Aziendale descrive la missione e la visione strategica aziendale nei seguenti termini:

Mission. L'Azienda ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo efficace, efficiente e trasparente al fine di favorire, nel rispetto dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) sanitaria e sociale, il perseguimento del benessere fisico, psichico e sociale della persona e della sua famiglia nei diversi contesti socio-sanitari.

La sua mission è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo della salute dell'intera comunità.

L'Azienda risponde ai bisogni di salute dei cittadini attraverso interventi sanitari e socio-sanitari gestiti direttamente o acquisiti da altri soggetti accreditati.

Vision. La Vision dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute è garantita con un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

La Vision aziendale si esplicita nel progetto di "definire e attuare un piano strategico di forte integrazione con i settori comunitari, al fine di pervenire a una politica di promozione della salute, intesa come benessere e qualità della vita offerti all'intera comunità presente nel territorio di riferimento".

Valori e finalità istituzionali. L'Azienda è parte integrante del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto quale ente strumentale della Regione.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda Sanitaria Scaligera sono la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e l'equità e universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, recupero e reinserimento sociale, l'acquisto di

servizi da soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento Regionale.

L'Azienda, nell'espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute quale bene collettivo e individuale, nel rispetto del principio di libera scelta e di equità di accesso del cittadino, s'impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell'ambito dei bisogni socio-sanitari e assistenziali dettati dalla programmazione Regionale e Locale.

Identificazione del Valore pubblico

Il concetto di Valore Pubblico, proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'ente. Per **Valore Pubblico in senso stretto**, le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono: il **livello complessivo di BENESSERE** economico, sociale, ma anche ambientale e sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

Un ente crea **Valore Pubblico in senso ampio** quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti, misurabili anche tramite Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Sustainable Development Goals (SDGs).

Gli Obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) ed il Benessere Equo e Sostenibile (BES)

Le considerazioni relative al Valore Pubblico possono trovare agevolmente rappresentazione analitica e pratica, nei target/indicatori/ criteri di misurazione utilizzati dall'ISTAT per valutare l'avvicinamento del nostro Paese agli obiettivi e ai target dell'Agenda ONU 2030, che possono essere rappresentati in un "framework unitario".



Gli **obiettivi di sviluppo sostenibile** (Sustainable Development Goals - SDGs) sono compresi nella Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile, approvata nel settembre 2015 da più di 150 leader internazionali alle Nazioni Unite per contribuire allo sviluppo globale, promuovere il benessere umano e proteggere l'ambiente. Gli elementi essenziali dell'Agenda 2030 sono i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS/SDGs, Sustainable Development Goals) e i 169 sotto-obiettivi, i quali mirano, per esempio, a porre fine alla povertà, a lottare contro l'ineguaglianza e allo sviluppo sociale ed economico. Inoltre riprendono aspetti di fondamentale importanza per lo sviluppo sostenibile quali l'affrontare i cambiamenti climatici e costruire società

pacifiche entro l'anno 2030. La classificazione degli obiettivi e la scelta degli indicatori si sono imposti come standard internazionale e transettoriale per la definizione, l'individuazione e la misurazione del valore creato.

La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro di informazione statistica condiviso per monitorare il **progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs**, individuando circa 250 indicatori, parzialmente sovrapponibili con gli indicatori per misurare il Benessere equo e sostenibile (BES) elaborati dall'ISTAT con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

BES		SDGs	
1. Salute	3 indicatori	3 nel goal 3	
2. Istruzione e formazione	8 indicatori	7 nel goal 4 1 nel goal 8	 
3. Lavoro e conciliazione tempi di vita	7 indicatori	1 nel goal 5 6 nel goal 8	 
4. Benessere economico (*)	7 indicatori	5 nel goal 1 3 nel goal 10	 
5. Relazioni sociali			
6. Politica e istituzioni (*)	8 indicatori	4 nel goal 5 5 nel goal 16	 
7. Sicurezza	3 indicatori	1 nel goal 5 2 nel goal 16	 
8. Benessere soggettivo			
9. Paesaggio e patrimonio culturale	2 indicatori	1 nel goal 11 1 nel goal 13	 
10. Ambiente (**)	13 indicatori	1 nel goal 1 2 nel goal 6 1 nel goal 7 1 nel goal 8 5 nel goal 11 2 nel goal 12 4 nel goal 13 1 nel goal 14 2 nel goal 15	        
11. Innovazione, ricerca e creatività	2 indicatori	2 nel goal 9	
12. Qualità dei servizi (*)	6 indicatori	1 nel goal 1 3 nel goal 3 1 nel goal 6 1 nel goal 16	   

(*) 3 indicatori ripetuti in più goal
(**) 8 indicatori ripetuti in più goal

Obiettivi SDG nella Programmazione Regionale Veneto

Le misure del BES e gli altri indicatori del SDG sono per altro identificati come rappresentativi del Valore Pubblico creato anche nei documenti di programmazione regionali, in particolare:

Acronimo	Significato	Link
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza- Piano Operativo Veneto	http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDecreto.aspx?id=479911
DEFR	Documento di Economia e Finanza Regionale	https://www.regione.veneto.it/web/programmazione/defr
PRP	Piano Regionale Prevenzione	https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prp-2020-2025

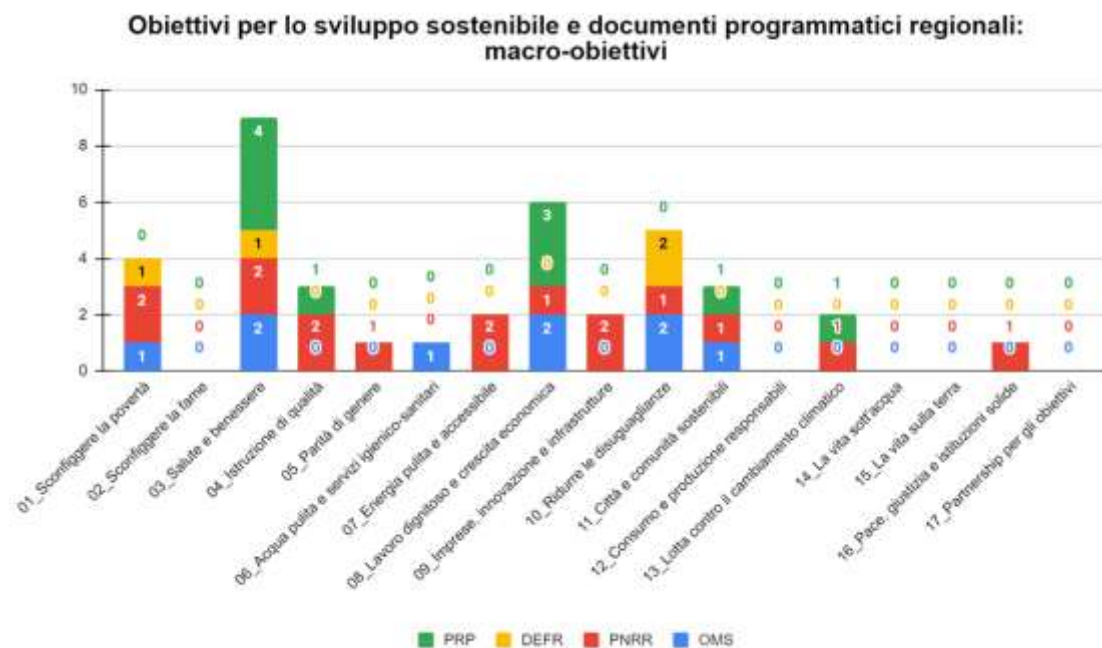
Sono inoltre utilizzati anche dall'OMS per misurare e confrontare i sistemi sanitari:

Acronimo	Significato	Link
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità- Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357867/WHO-EURO-2022-5210-44974-64023-ita.pdf

Nella figura si può vedere che gli obiettivi più citati nei documenti sono nell'ordine:

- 03 Salute e benessere

- 08 Lavoro dignitoso e crescita economica
- 10 Ridurre le disuguaglianze
- 01 Sconfiggere la povertà



Risulta pertanto evidente che, per l'ULSS 9 Scaligera, sia a fronte delle proprie Vision e Mission, enucleate fin dal primo Atto aziendale, e sia in conseguenza del quadro istituzionale e programmatico in cui è inserita, intende il Valore come Aumento della Salute e del benessere dei propri cittadini residenti.

Viste le sue caratteristiche di azienda fondata sul capitale umano, del suo compito di prevenzione dell'insorgenza delle malattie e delle sue dimensioni tuttavia, in funzione di supporto alla missione di salute, l'ULSS 9 Scaligera verifica la propria creazione di valore pubblico anche nell'aumento del benessere dei lavoratori (propri ma non solo, obiettivo 08 Lavoro dignitoso e crescita economica) nonché dell'impatto ambientale della propria attività (obiettivo 13 lotta contro il cambiamento climatico).

La misurazione del Valore Pubblico

Laddove il **benessere** possa essere identificato con una **singola dimensione di impatto**, il **Valore Pubblico si potrebbe misurare** in termini di **benessere specifico o impatto settoriale**: si pensi alla riduzione delle mortalità, ad esempio come decremento dei tassi di mortalità. Laddove il benessere sia associabile a **molteplici dimensioni di impatto**, come potrebbe essere per la "Prevenzione e il Trattamento dell'uso di Sostanze", il Valore Pubblico si dovrebbe misurare in termini di benessere complessivo o di equilibrio tra gli impatti: se le **molteplici dimensioni di impatto** fossero tra loro **sinergiche**, il **Valore Pubblico** sarebbe **misurabile come equilibrio tra livelli di benessere compatibili**: si pensi alla politica di copertura degli interventi per l'uso di sostanze coniugata con una politica dei consumi, misurabile in termini di impatto socio-occupazionale, ad esempio come incremento del numero o della percentuale di occupati rispetto alla baseline di inclusione sociale.

Difficilmente però la complessità del settore e dell'ambiente in cui opera l'azienda si presta ad una sintesi numerica di questa portata, motivo per cui si ritiene in questa fase di utilizzare, per la misurazione del valore, un set di "Indicatori Chiave" (KPI) che riguardano:

- Indicatori BES (ISTAT)

- Equilibrio economico
- Esiti della Performance
- Soddisfazione degli utenti

Il confine tra misurazione della performance e misurazione della creazione di valore non è sempre netto e chiaramente individuabile, specialmente quando taluni indicatori numerici si possono utilizzare per entrambi i fini; in generale però è possibile distinguere un piano di orientamento strategico, tendenzialmente teso a verificare gli impatti dell'attività pubblica sulle variabili sociali esterne, da un piano più squisitamente gestionale ed operativo. La performance pertanto attiene a questo secondo piano ed include la declinazione della programmazione strategica a livello operativo, attraverso il processo di budget, determinando un **adeguato sistema di responsabilizzazione della dirigenza aziendale**.

Per la misurazione di quanto Valore Pubblico ha generato l'Azienda può essere effettuato un confronto tra baseline, target a preventivo e risultato a consuntivo, facendo riferimento in quanto possibile agli indicatori di impatto, agli indicatori di equilibrio economico, ma anche agli esiti della Performance e delle fonti di verifica della soddisfazione di utenti e cittadini.

Nel capitolo dedicato al Monitoraggio si riportano i valori di queste misure con riferimento alla Provincia di Verona, provvedendo un esempio concreto di misurazione del Valore Pubblico con riferimento al presente PIAO.

Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico

Alla luce della Missione e della Visione aziendali, della definizione data di Valore Pubblico e della sua rappresentazione tramite gli obiettivi SDG (misurati tramite indicatori inclusi nel BES), si può agevolmente individuare in che modo l'ULSS 9 Scaligera identifica la creazione di Valore Pubblico.

Per mantenere e possibilmente **aumentare il benessere** e la salute della popolazione della Provincia di Verona (misurata in termini di misure collegate al 3 Goal ONU - SDGs/BES Salute e Benessere),

- l'Azienda eroga i **Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata** (misurata attraverso i tassi di consumo che devono collocarsi in range di soddisfazione derivanti da politiche nazionali e regionali), e
- con **livelli di qualità soddisfacenti** (misurati attraverso indicatori di processo e di esito),
- impiegando **risorse compatibili** con la programmazione finanziaria (ovvero garantendo l'equilibrio di bilancio).

Si possono rilevare in maniera più puntuale le seguenti strategie:

- Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini
- Governo delle Liste d'Attesa
- Attuazione del PNRR ed Adeguamento ai nuovi standard previsti dal DM 77/2022
- Perseguimento dell'equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti
- Attuazione dei piani di contrasto alla corruzione, perseguendo obiettivi di equità nell'amministrazione e garantendo il corretto uso delle risorse pubbliche. Rispetto sostanziale dei principi di trasparenza
- Sviluppo dell'organismo personale a sostegno dei processi di cambiamento e del benessere organizzativo
- Attuare gli interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare le soluzioni organizzative, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l'accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari
- Attuare interventi formativi trasversali agli obiettivi aziendali

Per l'**erogazione dei LEA, l'attuazione del PNRR e il perseguimento dell'equilibrio economico**, si ritiene che il perseguimento degli obiettivi assegnati a livello Regionale rappresenti la prima traduzione operativa, all'interno del ciclo della performance, degli ambiti principali cui indirizzare l'intervento aziendale (si veda il capitolo di questa stessa sezione dedicato alla Performance).

In particolare per il **Governo delle Liste d'Attesa**, fenomeno strettamente legato alla dotazione di specialisti, l'Azienda ha adottato il Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa (DGRV 626 del 04/06/2024) redatto con il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati che contribuiscono all'offerta di prestazioni sul territorio provinciale e

integrandosi con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI). Tale piano, pubblicato sul sito internet aziendale (<https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=13205>), illustra in modo dettagliato le attività e le strategie che si intende attuare al fine di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La programmazione prevede di agire sia sulla domanda che sull'offerta di visite e prestazioni, attraverso il potenziamento delle modalità di gestione della prenotazione, il lavoro sull'appropriatezza prescrittiva, la definizione di percorsi di tutela e sul potenziamento dell'offerta con risorse interne e risorse aggiuntive. Per il 2024 è stato formulato il Piano Operativo Aziendale (POA) rivolto al personale dipendente, agli erogatori privati accreditati e ad AOUI con l'utilizzo di finanziamenti regionali, che verrà esteso anche per il 2025.

Per quanto riguarda l'**attuazione dei piani di contrasto alla corruzione** e il **rispetto dei principi di trasparenza**, naturalmente il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione specifiche e generali dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori). L'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto 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 di ogni amministrazione o ente.

Per la **gestione del personale** va sottolineato che per la creazione e la protezione del Valore Pubblico si stanno programmando azioni tese ad incrementare l'attrattività dell'Azienda e la retention del personale già assunto. Grande importanza è diretta anche alla formazione delle competenze utili alle strategie pianificate. Il benessere viene inteso dall'Azienda Ulss 9 come la capacità di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno. L'Azienda si è dotata Piani per il Benessere Organizzativo e di un gruppo operativo multidisciplinare sulla DGR 960/2024 (Sezione 3 dedicata al Capitale Umano vedi infra) che sarà chiamato a dare concreta attuazione alle azioni previste nella stessa. Anche l'adozione di strumenti per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, ad esempio il POLA, contribuisce alla ricerca di realizzazione in concreto di azioni di benessere in Azienda. Dati rilevanti per misurare i fenomeni connessi con il Benessere Organizzativo sono i tassi di assenza, in particolare per malattia, nonché i dati sugli infortuni sul lavoro, oggetto di assiduo monitoraggio a cura del Servizio Prevenzione e Protezione in staff alla Direzione generale. Particolarmente rilevante, soprattutto per le figure di difficile assunzione, anche il tema delle dimissioni prima del pensionamento, che l'azienda sta cercando di analizzare meglio per impostare misure di contenimento.

Sviluppo Digitale

L'ULSS, per favorire la traduzione operativa della strategia in ambito digitale, ha sviluppato con un Raggruppamento Temporaneo d'Impresa¹ un piano operativo che avrà l'obiettivo di definire un percorso di evoluzione del Sistema Informativo, ed a partire da una valutazione della sua maturità (nelle varie componenti infrastrutturali, amministrative e di erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali), permetterà di effettuare valutazioni strategiche sui possibili percorsi di evoluzione e definire delle azioni attuabili nel breve e medio periodo.

Il Piano prevede la definizione di un piano di azione e l'affiancamento dell'UOC Servizi Informativi al fine di supportare le attività di attuazione della roadmap di innovazione. Nello specifico, il servizio di supporto del RTI sarà articolato in tre attività:

- Disegno della strategia digitale dell'Amministrazione;
- Disegno del Piano Strategico ICT;
- Mappa dei servizi digitali in coerenza con la strategia digitale

Nel contempo sviluppare la **digitalizzazione**, anche attraverso l'attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica, per modernizzare l'azienda perseguendo i seguenti obiettivi strategici:

¹ Accordo Quadro per l'affidamento di servizi specialistici di supporto alla Digital Transformation per la PA Ed. 2 ID 2536 - Lotto 1 - CIG 9853648F8D

1. migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino: l'Azienda intende "avvicinarsi al cittadino" sviluppando strumenti informatici che consentano al cittadino di prenotare direttamente le prestazioni ambulatoriali (servizi on-line), nonché di comunicazione con i pazienti utilizzando vari canali: SMS, e-mail e operatore telefonico virtuale. Il Decreto n. 77 del 23.05.2022, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" ridisegna funzioni e standard del Distretto, ai quali l'Azienda si sta adeguando sviluppando, tra l'altro, i servizi territoriali, come le Centrali Operative Territoriali e le case di comunità, e potenziando gli infermieri di famiglia. Inoltre, il nuovo sistema regionale di telemedicina costituirà un elemento importante per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale

2. migliorare l'ascolto delle istanze del cittadino, con l'informatizzazione del processo di gestione delle segnalazioni degli utenti, grazie alla nuova piattaforma regionale di Gestione Reclami, sarà possibile rendere più rapido ed efficiente il processo stesso. Inoltre, grazie all'impiego diffuso della piattaforma di valutazione dei servizi "PREMS" l'azienda potrà adottare interventi mirati di miglioramento dei servizi offerti.

3. sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi: l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di clinical governance, per trovare nuove strade più efficienti ed efficaci, anche grazie allo sviluppo di strumenti di intelligenza artificiale. In questo contesto particolare rilevanza assume il tema della 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.

4. razionalizzare la struttura informatica aziendale, proseguendo il piano di unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali, avviato lo scorso anno con i nuovi sistemi informatici unici: RIS/PACS regionale, COT, ADI e Laboratorio Analisi. Nel 2025 si procederà alla sostituzione del sistema di Anatomia Patologica regionale ed alla unificazione dei sistemi di Diabetologia, Psichiatria, Consultori e gestione "Flussi Regionali".

5. migliorare la sicurezza e disponibilità dei sistemi informativi. In parallelo alle attività di digitalizzazione e razionalizzazione dell'infrastruttura informatica verrà posta particolare attenzione alla sicurezza informatica. Sarà predisposta la documentazione necessaria per consentire all'azienda di aderire alle normative ACN e NIS2 e verranno adottate le misure prescritte dal CERT regionale. Saranno acquisite ulteriori tecnologie per rafforzare la sicurezza informatica. Sarà promossa l'evoluzione tecnologica del data center verso il modello "cloud based" avvalendosi del Polo Strategico Nazionale, nel quale saranno spostati alcuni servizi critici. Verrà organizzata la formazione dei dipendenti e collaboratori dell'Azienda per aumentare la consapevolezza che le azioni individuali possono esporre a rischio l'azienda.

6. formazione del personale La formazione del personale è un momento fondamentale e trasversale a molti degli obiettivi assegnati a livello Regionale, sia per quanto riguarda lo sviluppo di skills nell'impiego degli strumenti informatici sempre più valorizzati dal processo di digitalizzazione (es. FSE) sia per gli aspetti clinici e di prevenzione. Nell'ambito del PNRR Missione 6 -Salute- componente M6C2: "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" è previsto, tra gli altri, l'investimento 2.2 c "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione manageriale". Il suddetto investimento consiste nell'attivazione e nell'erogazione di specifici corsi di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali, rivolti a manager e middle manager del Servizio sanitario nazionale. Scopo di tali corsi è quello di fornire ai discenti le competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali (in primis la riforma del territorio), nonché quelle relative alle innovazioni digitali e tecnologiche, al fine di affrontare la gestione del cambiamento e l'innovazione organizzativa in un'ottica sostenibile, flessibile e orientata al risultato. Per l'Azienda Ulss 9 sono stati computati n. 64 partecipanti ai corsi formativi di 200 ore suddivisi in varie edizioni. Le prime tre edizioni si sono svolte nel 2024 mentre le successive si estenderanno nel 2025 e 2026.

Le Strategie sopra adottate trovano riscontro trasversale nei Macro-obiettivi posti all'Azienda a livello Regionale o nell'ambito della propria autonomia.

Performance

In premessa si è evidenziato come la gestione della performance abbia un effetto sulla creazione di valore in via diretta in quanto il raggiungimento di molti obiettivi aziendali coincide con l'aumento di valore (in particolare con l'erogazione di servizi sanitari in quantità e qualità adeguata). Si è anche evidenziato che gli obiettivi di performance però catturano anche obiettivi intermedi, in buona parte relativi all'organizzazione, al capitale umano, all'innovazione ed al contenimento dei rischi, e pertanto se raggiunti hanno un effetto "indiretto" sulla creazione di valore.

In questa sezione del PIAO si rende conto della traduzione in obiettivi gestionali delle strategie di creazione di valore pubblico che l'Azienda ha identificato. Si è ritenuto di enfatizzare in questa sezione gli aspetti di collegamento tra la performance ed il Valore, nonché le altre sezioni del Piano integrato, inserendo solo nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", gli aspetti analitici, tecnici e di dettaglio relativi a:

- ❖ **Processo di Budgeting** ed assegnazione delle responsabilità
- ❖ Specifici **obiettivi ed indicatori** assunti per la valutazione della performance

Il Capitolo è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e nel rispetto delle indicazioni della DGRV 1717/2022 che richiama nelle Linee Guida per il PIAO l'opportunità di richiamare i contenuti minimi identificati con DGR 140/2016 al fine della redazione del Piano della performance. Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo (Relazione sulla performance da adottare entro il 30/6 di ogni anno).

Per un approfondimento delle modalità di misurazione della performance ed in particolare il collegamento con l'erogazione dei fondi incentivanti, si rimanda all'ultima Relazione sulla Performance pubblicata (in particolare il Capitolo 3.3.1. "Il processo di valutazione annuale") al seguente link:

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2710&lingua=IT

Di seguito si riportano gli obiettivi di performance Aziendali per macro gruppi; per un elenco analitico esaustivo, si rimanda all'Allegato 2.

Obiettivi Assegnati all'Azienda da Regione Veneto

Con DGR 1557/2024, la Giunta Regionale ha assegnato alle aziende gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2025. Tali obiettivi sono:

- S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza
 - S.01 Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie
 - S.02 Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera
 - S.03 Perseguimento PNRR Missione 6
 - S.04 Perseguimento interventi strategici di informatica
 - S.05 Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022
 - S.06 Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)
 - S.07 Valorizzazione del ruolo di HUB regionali
 - S.08 Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto
- A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
 - A.01 Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali
 - A.02 Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
- E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
 - E.01 Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici
 - E.02 Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale
 - E.03 Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR

- E.04 Gestione degli investimenti
- E.05 Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi
- E.06 Miglioramento dei processi sanitari
- Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
 - Q.01 Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica
 - Q.02 Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target
 - Q.03 Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche
 - Q.04 Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale
 - Q.05 Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera
 - Q.06 Miglioramento processi di assistenza in area territoriale
 - Q.07 Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali
 - Q.08 Miglioramento efficienza dei processi di supporto
 - Q.09 Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro
 - Q.10 Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
 - Q.11 Promozione dei processi per la ricerca

Da evidenziare che il peso delle differenti Aree rispetto al 2024 è stato modificato, incrementando l'importanza relativa dell'area "E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari" che ha anche visto aumentare il numero e la varietà di obiettivi.

LINEA STRATEGICA	2025	2024
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	20	24
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	9	12
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	15	9
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	16	15
TOTALE	60	60

L'Azienda è in attesa della stesura a cura degli Uffici Regionali di un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi ("Vademecum"), al quale si farà riferimento per un adeguato dettaglio dei criteri di adempimento.

Agli obiettivi assegnati dalla Giunta, vanno aggiunti gli **obiettivi provenienti dal Consiglio Regionale**, non ancora definiti per l'anno 2025. Gli obiettivi vigenti per l'ULSS 9 nel 2023-2024 (prot. Consiglio Regionale n.297270 del 1/6/2023), che si ritengono ancora vigenti nelle more di nuove disposizioni, sono:

- A1 Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale (approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023)
- B1 Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie)
- B4 Garanzia del servizio di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel territorio aziendale: % di istituti che effettuano IVG/Istituti con reparto di Ostetricia almeno pari alla media nazionale
- B5 Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione della Case della Comunità
- B6 Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore "cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti"
- C1 Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare
- C2 Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero
- D1 Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo

- E2 Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma
- E3 Rispetto delle disposizioni in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna
- F2 Implementazione gestione Cyber security
- F3 Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero

Obiettivi Gestionali inseriti nella Relazione al BEP

Come anticipato in premessa, l'importanza del rispetto della programmazione economica ha richiesto di anticipare la definizione di obiettivi gestionali da assegnare alle Unità operative nell'ambito del ciclo della performance. Nella Relazione al BEP 2025 (Delibera n. 1394 del 31_12_2024 Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2025), nel capitolo "3.1 Obiettivi attesi e risultati attesi" si riportano le seguenti azioni, tese a garantire il rispetto delle voci di bilancio con dinamiche sfavorevoli.

- Rispetto dei tetti regionali relativi ai beni sanitari, e razionalizzazione costi di beni e servizi non sanitari 1.
 Assegnazione di budget rigidi alle UU.OO. Aziendali (sia ordinatori sia utilizzatori/DEC)
 - 2. Introduzione di procedure di verifica delle fasi di autorizzazione (in particolare acquisti fuori gara e per beni in conto deposito)
 - 3. Introduzione di procedure e blocchi informatici per garantire la stretta osservanza degli esiti di gara e delle priorità da dare ai fornitori per l'approvvigionamento
 - 4. Revisione di tutti i processi relativi ai contratti centralizzati (es. noleggio automobili)
 - 5. Sottoscrizione di un nuovo Patto con i MMG
 - 6. Sottoscrizione di un accordo con AOUI per governare i consumi di farmaci (File F) e i consumi indotti dai loro centri specialistici (DPC, "Domiciliazione dei pazienti")
 - 7. Puntuale e tempestivo monitoraggio mensile
 - 8. Per contratti Global Service, Lavanderia e Pulizia, tempestivo monitoraggio mensile delle variabili che determinano i saldi annuali
 - 9. Riorganizzazione dei magazzini
- Governo Campagne Vaccinali
 - 1. Programmazione delle campagne vaccinali in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo
- Rispetto della programmazione del Fondo per la Non Autosufficienza
 - 1. Mantenimento dei Costi relativi alla residenzialità e semi-residenzialità in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo
 - 2. Puntuale suddivisione del Fondo in quote per Distretto e Livello di Assistenza (Anziani, Disabili)
 - 3. Negoziazione con i Centri Servizi anziani delle quote per il Case-mix (DGR 465/2024) in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo.
- Governo dei costi per nuovi servizi
 - 1. Avvio dell'attività delle Case della Comunità e di nuove strutture intermedie (Hospice, URT, ODC) in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo
 - 2. Adeguamento della rete di strutture per la Salute Mentale in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo
- Governo dei costi di gestione delle strutture
 - 1. Puntuale definizione del cronoprogramma e delle risorse previste per l'apertura delle nuove strutture (Case della Comunità, Hospice, URT, ODC).
 - 2. Riordino del Patrimonio ed effettuazione delle Alienazioni programmate
 - 3. Ottimizzazione dei costi con graduale sostituzione delle strutture vecchie a fronte delle nuove aperture di strutture territoriali come da Programmazione Aziendale
- Governo dei costi per servizi sanitari
 - 1. Mantenimento sui livelli del 2024 del fabbisogno di servizi sanitari da privato anche come conseguenza di specifiche politiche di internalizzazione (ad esempio le guardie anestesologiche).
 - 2. Sottoscrizione di accordi con Erogatori Privati Accreditati ed AOUI per governare il livello di attività ospedaliera ed ambulatoriale
 - 3. Sottoscrizione di un accordo con AOUI per stimare eventuali volumi registrati con ritardo.
- Mantenimento dell'attività ospedaliera ed ambulatoriale direttamente erogata

- 1. Mantenimento dell'attività di ricovero direttamente erogata sui livelli di tariffato 2024, con un aumento del valore di mobilità attiva
- 2. Mantenimento del valore tariffato dell'attività di specialistica ambulatoriale direttamente erogata sui livelli 2024, aumentando unicamente i volumi delle prestazioni con criticità sui tempi d'attesa
- 3. Predisposizione di Piani Operativi Aziendali per la riduzione delle liste d'attesa
- **Rispetto dei limiti relativi al personale**
 - 1. Attuazione della programmazione delle assunzioni in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo
 - 2. Valutazione dei tempi e della disponibilità effettiva di candidati per svolgere le attività di reclutamento del personale

La nota regionale prot. n.563919 del 5 novembre 2024 ha determinato il vincolo di congruità per il Preventivo 2025 per questa Azienda in una perdita attesa di 78 milioni di euro. Tra le scelte necessarie per il rispetto di questo risultato vi è la necessità del rispetto dei tetti regionali sui beni sanitari ed una generale razionalizzazione dei costi.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda ai documenti relativi al Bilancio Economico di Previsione al seguente link: https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=95&lingua=IT

Obiettivi di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Quale elemento di correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, saranno perseguite le seguenti linee di intervento che rappresentano altrettanti obiettivi (vedi Allegato 2):

- **OBIETTIVO Regionale 25.E.S.05.3 Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza**
- **OBIETTIVO Aziendale RPCT 1: Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione** attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa;
- **OBIETTIVO Aziendale RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza** - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione – attraverso interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente" pubblicate sul sito istituzionale, promuovendo, al contempo, la tempestività degli adempimenti;
- **OBIETTIVO Aziendale RPCT3: Fornire un supporto giuridico e metodologico agli uffici nella trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato**, in particolare sulle decisioni assunte dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni;
- **OBIETTIVO Aziendale RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi** tenuto conto anche della mappatura dei processi finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.

Questi Obiettivi sono assegnati secondo la presenza di rischi specifici, a tutte le Unità Operative Amministrative, della Prevenzione e Territoriali che gestiscono processi sensibili sul piano dell'anticorruzione e della trasparenza.

Rischi corruttivi e trasparenza

Parte I - Gestione Dei Rischi Corruttivi

Premessa

L'art.1 della legge 6 novembre 2012, n.190 ha previsto l'adozione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza quale documento programmatico volto al costante sviluppo e all'aggiornamento delle misure atte a prevenire, anche attraverso la leva strategica della trasparenza, ogni forma di illegalità e di "maladministration".

In adesione alle direttive ANAC in materia, è stato formalmente richiesto ai Dirigenti Referenti della Prevenzione della Corruzione dell'Amministrazione (Del. 232 del 12/04/2018), oltre ai necessari elementi conoscitivi relativi alla prescritta attività di monitoraggio, ogni utile considerazione in vista della redazione della successiva pianificazione in materia di anticorruzione, tenendo conto dei rispettivi, specifici contesti lavorativi. In particolare, in occasione del monitoraggio, a cadenza semestrale, per ciascuno dei processi analizzati con misure specifiche individuate nel Piano, è stato chiesto al process owner di compilare un questionario di valutazione del sistema di gestione dei rischi e dell'efficacia delle misure specifiche individuate, nonché, in vista dell'adozione del nuovo PIAO e del documento strategico in materia di anticorruzione e trasparenza, ogni utile considerazione in merito alle stesse atteso che, come evidenziato anche nel Piano in vigore, le strategie e le misure di prevenzione della corruzione possono essere di volta in volta, calibrate, modificate e, se del caso, opportunamente integrate.

Il presente Documento, come sopra accennato, tiene, altresì, conto delle risultanze emerse nella Relazione annualmente predisposta dal RPCT e, nella specie, nella Relazione 2024. Inoltre, come meglio precisato nella parte generale, in linea con le indicazioni operative contenute nel predetto Vademecum dell'ANAC, richiamato da ultimo nel PNA 2022, in cui viene raccomandato alle Amministrazioni di prevedere e definire idonee modalità di coordinamento fra il RPCT ed i Responsabili degli Uffici dell'amministrazione che si occupano dell'elaborazione delle altre Sezioni del PIAO, si sono tenute apposite riunioni con i competenti uffici dell'Amministrazione. In particolare, come lo scorso anno, allo scopo di approfondire e definire gli aspetti formali e sostanziali dell'adottando PIAO, ivi compresa, quindi, la Sezione dedicata alle strategie di contrasto alla corruzione, si sono tenute, alla presenza dell'Unità del controllo di Gestione a cui è stata attribuita la "Cabina di regia" presieduta dal Referente della Performance, apposite riunioni con i rappresentanti di tutte le Unità e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Gli Attori e le loro Principali Competenze

La vigente normativa in materia di prevenzione e lotta ai fenomeni corruttivi individua e definisce, come noto, i diversi attori chiamati ad espletare, in stretta sinergia, un'azione di grande rilievo, ciascuno nell'ambito del proprio ruolo caratterizzato da specifiche competenze e responsabilità.

I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione nell'AULSS n. 9 sono:

- il Direttore Generale, unitamente al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e al Direttore dei Servizi Socio-sanitari,
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- i Referenti per la prevenzione della corruzione,
- i Dirigenti,
- l'Organismo Indipendente di Valutazione,
- l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari,
- il Responsabile del Servizio Risorse Umane,
- i dipendenti dell'amministrazione,
- i collaboratori esterni,
- gli stakeholders.

Per quanto attiene ai dipendenti, la prevenzione della corruzione deve diventare un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. Buona

parte degli operatori lavora a contatto con il pubblico e contribuisce (in positivo o in negativo) alla costruzione dell'immagine dell'Azienda. La diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza. Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nel PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;
- b) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui è venuto a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'UPD (art.54 bis d.lgs 165/2001);
- d) segnalare per iscritto casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale e Codice Etico e di Comportamento Aziendale);
- e) segnalare al proprio dirigente gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Azienda, sono tenuti al rispetto di quanto prescritto nel presente PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza ed a segnalare al RPCT le eventuali situazioni di illecito di cui vengano a conoscenza. Ai fini del Piano per "collaboratori" si intendono coloro che, in forza di rapporti di lavoro autonomo o di altro genere, diversi da quelli che contraddistinguono i rapporti di dipendenza, sono inseriti, per ragioni professionali, nelle strutture dell'Azienda.

Stakeholders.

Per quanto riguarda il tema dei rapporti con gli stakeholders e della individuazione degli ambiti di interrelazione, va in primo luogo rilevato che la peculiarità e l'ampiezza delle funzioni istituzionalmente svolte dall'Amministrazione implicano un riflesso dell'azione complessiva che, arriva ad interessare tutti soggetti, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale. L'esigenza di perfezionare il proprio ruolo sociale, esprimendo con chiarezza e comprensibilità le linee di un agire imparziale, che garantisca l'affidamento da parte dei cittadini, nonché di perseguire standard più elevati di qualità dei servizi e diffondere la cultura della Legalità e della trasparenza, vede impegnata la ULSS in uno sforzo di intercettazione e valorizzazione del feedback con i principali fruitori di servizi. Nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni, la ULSS favorisce infatti da tempo, attraverso i vari organismi partecipati da stakeholder esterni, il coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e della società.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli "stakeholders" partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della legge n. 190/2012, il Piano contiene le azioni strategiche e programmatiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che costituiscono anche contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda ULSS.

Le Linee di Produzione

La produzione aziendale è assicurata dalle strutture tecnico funzionali complesse, quali:

- Distretto Socio Sanitario
- Dipartimento di Prevenzione
- Ospedale

Esse concorrono alla gestione caratteristica dell'Azienda e sono dotate di autonomia gestionale e soggette a rendicontazione analitica.

Ad assicurare la produzione aziendale concorrono altresì i seguenti Dipartimenti di rilievo legislativo (ex art. 18 L.R. n.5/1996):

- Dipartimento delle dipendenze
- Dipartimento di salute mentale.

Inoltre le funzioni tecnico amministrative sono finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione; esse ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

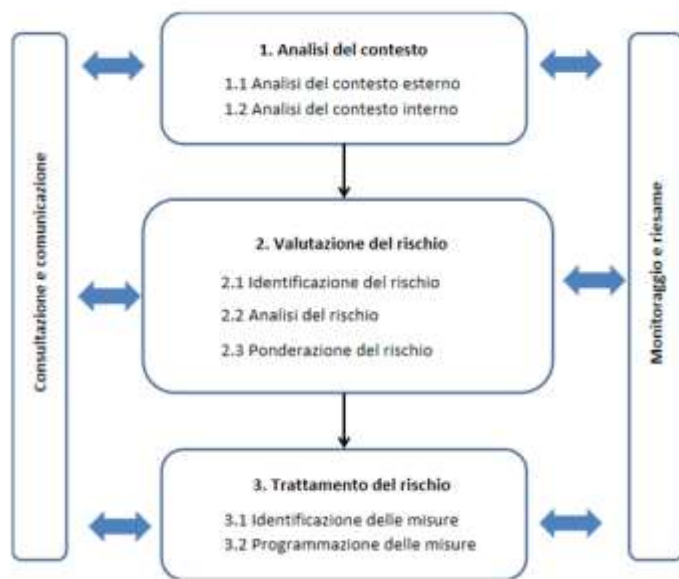
Le funzioni di Staff della Direzione Strategica assolvono invece ad una molteplicità di ruoli ed attività eterogenee di tecnostruttura.

Data la particolare attenzione che la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza impongono sulla formazione del personale, in particolare per quello operante nelle aree a maggior rischio, la sottosezione di programmazione "Rischi corruttivi e trasparenza" deve integrarsi e completarsi con l'ambito della "Formazione del Personale" riportata ai paragrafi della sottosezione "Piano triennale dei fabbisogni di personale" tra cui

- a) priorità strategica di riqualificare e potenziare le competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello e filiera professionale;
- b) criteri di scelta dei soggetti che erogano la formazione e dei contenuti della formazione;
- c) strumenti di individuazione dei soggetti da formare;
- d) individuazione degli obiettivi e dei risultati formativi.

Il Processo di Analisi e Gestione del Rischio Corruttivo

Come previsto dall'ALLEGATO 1 - Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi della Deliberazione 1064 del 13 novembre 2019 - Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi rappresentate nella Figura:



Dal medesimo allegato "... 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.**

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

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

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento.

Le fasi centrali del sistema 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)....".

Con l'adozione del PIAO – Sezione2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, la Direzione dell'AULSS 9 Scaligera intende elaborare e attuare il processo di gestione del rischio attraverso un duplice ordine di finalità:

1. **Contrastare e prevenire il fenomeno dell'illegalità:** Questo obiettivo mira a combattere e prevenire l'illegalità, che si manifesta attraverso l'abuso di potere per fini illeciti. Ciò include la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico, l'aggiornamento fraudolento delle norme, e ogni forma di abuso o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura¹.
2. **Creare un contesto orientato ai valori della legalità, trasparenza, integrità ed etica:** Questo obiettivo mira a creare un ambiente fortemente orientato ai valori della legalità, trasparenza, integrità ed etica. Si intende promuovere un cambiamento culturale che porti a considerare tali valori come parte integrante di ogni azione e decisione amministrativa, nonché della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche **le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.**

La strategia per la prevenzione del rischio di corruzione della ULSS n. 9 è basata sui principi individuati dal P.N.A., che hanno come riferimento metodologico la norma UNI-ISO 31000:2010 dell'analisi dei rischi, in particolare:

- **sull'analisi dettagliata del contesto**, cioè sull'insieme degli operatori coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- **Sull'identificazione per ciascun processo dei rischi**, consistente nella mappatura dei processi e la relativa analisi: ricerca, individuazione e misurazione dell'esposizione ai rischi, in particolare al rischio di corruzione;
- **Sul trattamento del rischio:** completata l'analisi del rischio, è necessario identificare le misure necessarie a "neutralizzarlo" o ridurlo, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Nelle Aziende/Istituti del SSR (Servizio Sanitario Regionale), la necessità di assicurare ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi, garantendo allo stesso tempo l'equilibrio economico-finanziario, richiede l'applicazione dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità in ogni aspetto gestionale ed organizzativo del sistema.

In quest'ottica, la costituzione e l'implementazione del Sistema di Controllo Interno (SCI), quale elemento della gestione per il governo dei rischi amministrativo-contabili e di corruzione, è stato un obiettivo di fondamentale importanza per l'intero Sistema Sanitario Regionale.

E' stato inoltre determinante dare **Univocità e Centralità** al Sistema: approccio integrato alla gestione e valutazione del Sistema di Controllo Interno e Gestione dei Rischi (come da Piano Anticorruzione ex L.190/2012, riconducibile alla più ampia nozione di SCIGR). E' così infatti possibile l'esaustività e la trasversalità della valutazione dei rischi.

Infatti l'adeguatezza SCIGR aziendale si misura, anche, nella sua capacità di prevenire le frodi (aziendali, interne ed esterne).

Analisi del contesto.

Il contesto esterno.

L'analisi del contesto esterno ha rilevanza ai fini di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente di operatività dell'Amministrazione possa o meno dare luogo al verificarsi di fenomeni corruttivi. Infatti la diffusione della presenza di organizzazioni criminali è uno degli eventi che amplia il rischio di frequenza della corruzione, indipendentemente dall'ambito di azione dell'ente.

Gli ambiti di intervento dell'Azienda ULSS 9 Scaligera verso l'esterno si identificano nei settori di seguito elencati:

- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni e Farmacie: applicazione convenzioni e vigilanza e controllo sul rispetto dei contratti lavorativi;
- Gestione Ospedali e strutture di cura;
- Gestione Prestazioni socio – sanitarie assistenziali negli ambiti:
 - **Dipartimento della salute mentale:**
 - • [Gestione percorsi riabilitativi e integrazione con le aree distrettuali](#)
 - • [REMS del Veneto](#)
 - **Disabilità** per i servizi territoriali quali:
 - • [Servizio ICDf - ICDp](#)
 - • [Servizio Sociale Disabili](#)
 - • [Servizio di Assistenza Domiciliare](#)
 - • [Servizio di Integrazione Scolastica / Lavorativa](#)
 - • [Servizio Semiresidenzialità e Centri Diurni](#)
 - • [Servizio di assistenza scolastica ai disabili sensoriali](#)
 - • [Servizio di trasporto scolastico rivolto a studenti con disabilità frequentanti Istituti Superiori o CFP](#)
 - • [Servizio Psicologico Disabili \(Spd\)](#)
 - • [Contributi \(metodo DOMAN , strumenti di guida \)](#)
 - **Non autosufficienza Distretto**
 - • [Interventi a Supporto della Residenzialità](#)
 - • [Sportello per l'Assistenza Familiare](#)
 - [Infanzia adolescenza famiglia – Consultori Familiari – Neuropsichiatria Infantile – Età evolutiva](#)
 - [Dipendenze: U.O.C. Dipendenze Verona - Gioco d'Azzardo Patologico - Progetti](#)
 - [Cure Palliative](#)
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle [Strutture sociali autorizzate / accreditate](#)
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle [Strutture sanitarie autorizzate / accreditate](#)
- attività ispettiva, d'ufficio o anche su richiesta motivata di chiunque ne abbia interesse del
Dipartimento di Prevenzione:
 - [Servizio Igiene Alimenti Nutrizione \(SIAN\)](#)
 - [Medicina Legale](#)
 - [Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro \(SPISAL\)](#)
 - [Servizi Veterinari e Igiene Alimenti di Origine Animali](#)
 - [Epidemiologia, Screening, Promozione della Salute](#)
 - [Attività Motoria](#)
 - [Servizio Igiene Sanità Pubblica \(SISP\)](#)
- URP
- **118** e servizi di trasporto

Dall'analisi dei sopra elencati settori è possibile individuare i soggetti che interagiscono con l'Azienda, di seguito suddivisi per attività omogenee:

- Amministrazioni pubbliche centrali;
- Amministrazioni pubbliche locali;
- Enti nazionali di previdenza e assistenza;
- Ordini professionali;
- Amministrazioni aggiudicatrici (ivi comprese le centrali di committenza e i soggetti aggregatori);
- Organismi di diritto pubblico;
- Enti aggiudicatori;
- Concessionari di lavori e servizi pubblici;
- Operatori economici;
- Organizzazioni sindacali dei lavoratori (FILCA, CGL, UIL, FENEAL, ecc.);
- Associazioni degli Ordini professionali;

L'Azienda ULSS si relaziona, in maniera diffusa, con la pluralità di cittadini, in quanto destinataria dei bisogni di cura e delle segnalazioni, anche a carattere riservato, nelle varie materie di sua competenza. Le segnalazioni possono determinare, previa apposita valutazione, l'avvio di specifici procedimenti il cui esito viene comunicato ai soggetti interessati.

Le relazioni con i soggetti esterni possono, in termini generali, suddividersi tra: relazioni di input (acquisizione di dati, informazioni e documentazione), relazioni di output (erogazione di prestazioni, emanazione di provvedimenti di carattere individuale o generale da parte dell'Azienda, nella maggior parte dei casi come esito di appositi procedimenti) e relazioni che contemperano entrambi gli aspetti di input ed output. La tipologia di relazione può avere senz'altro incidenza nella valutazione del rischio. Si relaziona altresì con la Magistratura, in particolare con le Procure penali e contabili, con le Prefetture, le Forze dell'Ordine (in particolare Guardia di Finanza e Carabinieri) e la Ragioneria Generale dello Stato, ANAC. Ed ancora, l'Azienda, per fini istituzionali, interagisce con la Regione Veneto e Azienda Zero, i sindaci e gli assessori dei comuni afferenti all'Azienda. L'interazione con i soggetti sopra indicati, la frequenza di detta interazione, nonché, da un lato, la rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Azienda e, dall'altro lato, l'incidenza degli interessi e i fini specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata la "Matrice di analisi del contesto esterno" di cui all'Allegato As, che, tenuto conto dei principali dati analizzati e dei fattori di cui sopra, illustra l'incidenza del contesto esterno e conseguentemente la sua relazione con il livello di rischio considerato nella presente sezione del PIAO.

Il contesto interno

L'organizzazione dell'Azienda Sanitaria ULSS n. 9 Scaligera, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale, è preposta a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

L'organizzazione dell'Unità Locale Socio Sanitaria si basa sul principio della separazione della Direzione Strategica dalle direzioni operative, con conseguente adozione diffusa del principio di responsabilizzazione sui risultati esteso, a tutti i Dirigenti delle strutture aziendali.

La Direzione Strategica dell'Azienda compete al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, in ciò coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Socio-sanitari.

Le funzioni ed i compiti sono oggetto di specifica definizione con atto di organizzazione, che definisce gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza.

Per quanto attiene ai criteri ed alle modalità di conferimento, di revoca e di esercizio della delega delle funzioni si rinvia al **"Regolamento di disciplina dell'istituto della delega di funzioni ai dirigenti"** allegato all'atto aziendale.

Come noto, l'Allegato 1 al PNA 2019 suggerisce una graduale semplificazione del sistema di gestione del rischio corruttivo, ivi compresa l'attività di identificazione delle funzioni istituzionali, dei macro-processi e dei processi delle Unità Operative attraverso un approccio flessibile e contestualizzato, che tenga conto delle specificità di ogni singola unità e del contesto

interno ed esterno nel quale essa opera. Più nello specifico chiarisce che ***“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”***.

Nella mappatura dei processi della ULSS 9 Scaligera rientrano i 40 processi identificati dalla Regione Veneto, come descrittivi dell’azienda sanitaria declinati secondo le prospettive dei rischi amministrativo – contabile, frode e compliance (D.lgs. 33/2013 e smi), per unificare le metodologie di lavoro ed ottimizzare le risorse da dedicare ai controlli.

Ciò ha permesso di utilizzare al meglio le misure e le indicazioni introdotte dal Piano Nazionale Anticorruzione e realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali di un’azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

Il tipo di analisi del rischio sopra delineato ha mostrato chiaramente che tutte le strutture ed i processi considerati possono essere interessati a fenomeni di corruzione / maladministration ed in ognuno possono esservi delle attività a rischio.

La “Mappatura dei processi a rischio corruzione “ (Allegato B) è un documento alimentato dalle informazioni riferite al processo di gestione del rischio, riportate all’interno delle mappature dei singoli processi. Da ciascun processo infatti sono stati estrapolati: le attività del processo, la descrizione del rischio per attività (evento a rischio), il livello di esposizione a rischio dell’attività, i controlli individuati per il contenimento del rischio (prevenzione), il soggetto responsabile dell’attuazione delle misure.

I processi e le relative informazioni sono state quindi oggetto di categorizzazione in base alle aree di rischio di rispettiva pertinenza.

Sono riportati nell’Allegato B), i 30 processi applicabili alla ULSS n. 9 a cui corrispondono altrettante matrici Rischi-Controlli riferibili alle aree di rischio generali “Risorse umane”, “Contratti pubblici”, “Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico e immediato”, “Affari legali e contenzioso”, “Incarichi e nomine”, “Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”, “Risorse finanziarie”, ecc....

Nella “matrice Rischi Controlli” per ogni processo, come esposto nei precedenti Piani, sono contenute le indicazioni sottese alla valutazione del rischio, interpretabili quali ***“motivazioni”***, vi sono infatti *“i possibili schemi di frode traducibili in fattori abilitanti”* e l’insieme delle azioni da attuare nel controllo finalizzato al contenimento di ciascun rischio da trattare.

L’allegato B) costituisce per l’anno 2025, un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi ossia attività, si riporta la descrizione degli eventi rischiosi, che possono manifestarsi con riferimento alla frode e alla compliance, sui presupposti della valutazione dei comportamenti a rischio corruzione / adesione alla norma, tracciati nella mappatura dei processi studiati e oggetto di revisione.

Resta inoltre prioritario nel corrente anno analizzare i processi di notevole impatto socio economico anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie pubbliche /private ossia associate ai PNRR.

Il registro è pubblicato nella sua forma definitiva al termine della revisione del sistema di prevenzione.

L’adozione del registro è utilizzata dal RPCT come strumento di verifica del processo di gestione del rischio, in linea con i compiti di controllo assegnati dall’Allegato 1 del PNA 2019. Questo prevede che il RPCT analizzi la ragionevolezza del processo in collaborazione con i controllori di primo livello, adottando scelte prudenti per evitare la sottostima del rischio e garantire l’attuazione delle azioni di mitigazione essenziali. Il RPCT suggerirà ai referenti per la prevenzione della corruzione di revisionare le proprie matrici di mappatura per assicurare l’attualità e la correttezza dell’analisi del processo. Il documento “Mappatura dei processi a rischio corruzione” (Allegato B) illustra la valutazione del rischio adottata e riporta graficamente l’esito della valutazione dei rischi considerati.

Tutta la documentazione legata allo studio dei processi viene pubblicata in WEB ed è raggiungibile al Link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Trasparenza-anticorruzione-servizi-ispettivi> del sito istituzionale www.aulss9.veneto.it (E’ possibile vedere quanto pubblicato utilizzando utente / password della rete interna al fine della protezione dei dati aziendali).

Trattamento del Rischio.

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare/mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Tali misure possono essere classificate in diversi modi. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singola Azienda);
- "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nella programmazione triennale della prevenzione della corruzione.

Ricade nelle "misure ulteriori" l'insieme dei controlli (misure specifiche) previste per contenere il rischio analizzato nei processi studiati.

Nelle pagine successive vengono presentate, mediante schede dettagliate, "le misure comuni e obbligatorie" di prevenzione e contrasto da introdurre/attuare oppure monitorare (qualora già introdotte) secondo la programmazione definita dalla presente sotto sezione del PIAO.

Antiriciclaggio

Il legame tra antiriciclaggio e anticorruzione nella pubblica amministrazione è strettamente connesso alla necessità di prevenire e contrastare fenomeni di illegalità che possono compromettere l'integrità e la trasparenza delle istituzioni. Entrambi i processi mirano a garantire che le risorse pubbliche siano utilizzate in modo corretto e che le decisioni amministrative siano prese in modo imparziale e trasparente.

La gestione del rischio corruttivo e del rischio di riciclaggio di denaro si basa su principi comuni, come l'analisi dettagliata del contesto, l'identificazione dei rischi, la mappatura dei processi e la valutazione dell'esposizione ai rischi.

Monitoraggio sulle Misure di Prevenzione e sul Funzionamento dello Strumento di Programmazione

Nel PIAO il legislatore concentra l'attenzione sul tema del monitoraggio sia delle singole sezioni che lo compongono sia sull'intero Piano.

Il monitoraggio rappresenta, infatti, un nodo cruciale del processo di gestione del rischio volto a verificare sia l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione programmate sia l'effettiva capacità della strategia programmata di contenimento del rischio corruttivo.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali ulteriori strategie di prevenzione.

L'Azienda Sanitaria ULSS n. 9 intende sviluppare il principio della responsabilità in capo a ciascun *Destinatario del controllo*, nonché della propria attività ai principi del Codice Etico e di Comportamento e ad ogni norma o procedura aziendale. Si prefigge di diffondere a tutti i livelli aziendali il principio della necessità di un adeguato sistema di controllo interno, premessa indispensabile per orientare l'impresa al raggiungimento degli obiettivi aziendali, privilegiando la capacità di avere i processi aziendali sotto controllo.

Il sistema tenendo in adeguata considerazione i modelli di riferimento e le best practices esistenti in ambito nazionale e internazionale, impone ai Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, nonché Semplici il controllo di primo livello. Si chiede infatti ai Responsabili delle Strutture attraverso lo studio dei processi sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di individuare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione e di collegarli puntualmente ai processi organizzativi. Con l'aiuto del RPCT viene poi completato lo studio sotto l'aspetto della valutazione e ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi e degli uffici permettendo, così, di graduare le priorità di intervento.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti dal RPCT e quelli dell'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio).

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della legge 190/2012, il RPCT ogni anno – su modulo ANAC - redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione.

Qualora la Direzione Generale lo richieda oppure il Responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta.

La relazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Azienda.

Parte II - Obblighi di Trasparenza

Obiettivi strategici in materia di trasparenza.

In coerenza ed in applicazione della normativa, la Direzione Generale dell'AULSS 9 riconosce la trasparenza quale condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione dell'Azienda e dei suoi rapporti con i cittadini.

Trasparenza e Diritto di Accesso agli Atti.

La trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'AULSS 9, ai sensi dell'art. 117 comma 2 lettera m, della Costituzione; è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione, come previsto dall'art. 11, comma 1 del d.lgs. 150/09 e dal d.lgs. 33/2013 e dal d.lgs. 97/2016.

E' una nozione diversa da quella del diritto di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241, testo vigente, che istituisce altresì l'accesso ai documenti amministrativi, attivabile solo per acquisire quei documenti necessari per azioni legali relative a interessi individuali.

Il D.lgs. 97/2016 e le Linee Guida ANAC

La trasparenza è posta al centro di diversi orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Il d.lgs. 33/2013 è stato rafforzato dal D.lgs. 97/2016.

Con delibera n.1310 del 28 dicembre 2016 l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs 97/2016.

Strutture Coinvolte nell'individuazione dei Contenuti del Programma Relativo agli Obblighi di Pubblicazione.

L'Elenco Obblighi di Pubblicazione è allegato al presente elaborato. Alla promozione e al coordinamento del processo di formazione delle attività in materia di trasparenza, concorrono:

- la Direzione Generale, che avvia il processo, individuando gli obiettivi strategici, e indirizzandone le attività;
- il RPCT, che controlla il procedimento di elaborazione e aggiornamento del Programma, predisponendone i contenuti sulla base dei contributi di tutti gli attori coinvolti;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che esercita un'attività di impulso per l'elaborazione del Programma e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Dal 2017 l'ULSS 9 Scaligera si è adottato un unico portale per l'alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito internet aziendale, affinando progressivamente la qualità dei dati, informazioni e documenti pubblicati. In detta sezione, a cura dei Responsabili dei Servizi, sono affluiti e pubblicati i dati, le informazioni e i documenti previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalle successive disposizioni ANAC. Si tratta di una modalità di pubblicazione che si avvale di una specifica piattaforma informatica, che consente ai Responsabili dei Servizi una maggiore celerità e semplicità di alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente".

Coinvolgimento Stakeholder

Il coinvolgimento degli stakeholder si attua attraverso il sito internet aziendale, i comunicati stampa e ogni altra forma di comunicazione, nonché con la raccolta di risposte, provenienti dagli stessi, sul livello di utilizzazione e di utilità dei dati pubblicati, oltre che degli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate oppure in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

Responsabili della Pubblicazione e Aggiornamento dei Dati.

La legge 190/2012 e il d.lgs. 33/2013 prevedono in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito internet aziendale.

Nella tabella allegata (Elenco Obblighi di Pubblicazione) sono specificati i suddetti obblighi, ridefiniti ai sensi del d.lgs. 97/2016, ed è definito, per ciascun obbligo, il programma operativo da attuare e i Servizi i cui Responsabili sono tenuti all'osservanza della normativa in materia di trasparenza.

Il d.lgs. 97/2016 prevede che siano indicati i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Nelle more dell'atto aziendale della ULSS 9 nelle predette tabelle si sono indicati i coordinatori individuati con deliberazione n. 232 del 12/04/2018, i quali, all'interno delle rispettive Unità coordinate, potranno individuare uno o più soggetti, dandone comunicazione al RPCT, quali referenti del medesimo per le citate pubblicazioni. Le competenze specifiche sono aggiornate secondo le tabelle previste dal D.lgs. 97/2016.

A seguito dell'Atto Aziendale, i Dirigenti responsabili delle Unità Operative Aziendali assumono il ruolo di Referenti Aziendali per la Trasparenza e in quanto tali sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Piano. Il Dirigente Responsabile di ciascuna Unità, pertanto, ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, anche per quanto attiene al formato dei medesimi in ossequio al dettato normativo, sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni.

Il RPCT svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- - comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- - supporto ed organizzazione di gruppi di lavoro;
- - ogni altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

L. 28.12.2015, N. 208 "Disposizioni per la Formazione del Bilancio Annuale e Pluriennale dello Stato" (C.D. Legge Di Stabilità) – Adempimenti.

Con la L. 28.12.2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (c.d. legge di stabilità), sono stati introdotti nuovi adempimenti in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e pubblicazioni obbligatorie.

Le delibere di adozione dei provvedimenti ex **D.lgs. 36/2023**, nn. **261 -265** sono pubblicate sul portale Anac in "**Consulta i documenti**" nella sezione "**Delibere**". I regolamenti adottati con le delibere nn. **266-272** sono consultabili nella competente sezione "**regolamenti**".

Uno dei pilastri del nuovo Codice dei contratti pubblici è la digitalizzazione degli appalti pubblici, prevista anche tra gli obiettivi più rilevanti del PNRR (milestone M1C1-75), quale trasformazione epocale di modernizzazione dell'Italia e di crescita a livello europeo, che avrà un impatto rilevante su cittadini, amministrazioni e imprese.

Il nuovo Codice dei contratti ha definito un "**Ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (e-procurement)**", dove le pubbliche amministrazioni potranno acquisire dal mercato e alle migliori condizioni, le risorse (forniture, servizi, lavori, conoscenza) utili al funzionamento, mantenimento e sviluppo delle proprie attività istituzionali attraverso l'interconnessione con banche dati e sistemi telematici, semplificando l'intero processo, velocizzandolo e rendendolo meno costoso e qualitativamente più efficace.

Misure Organizzative Volte ad Assicurare la Regolarità degli Obblighi.

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del piano di attività della Trasparenza, sono state attuate le seguenti misure:

- a) individuazione dei Dirigenti dei Servizi quali Referenti aziendali per la Trasparenza;
- b) adeguamento del sito internet aziendale secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- c) organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;
- d) incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa mediante la programmazione di specifiche iniziative formative dirette al personale dipendente.
- e) azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati.

E' in corso uno studio per l'adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza e alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza e aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;

Tutte le azioni dirette a garantire regolarità e tempestività dei flussi informativi individuate nei punti precedenti, ove non ancora attuate, saranno valutate e messe in atto con il coinvolgimento dei Responsabili e degli operatori delle Unità Operative Interessate.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica un'attività di monitoraggio periodico sia da parte del RPCT sia da parte dell'OIV.

A tal fine il RPCT provvede a:

- a) monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito entro un termine stabilito; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- b) supportare l'OIV ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- c) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'OIV ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità. Provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'ANAC; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito internet aziendale. L'OIV svolge i propri compiti anche tenendo conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del programma della trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime.

Misure per Assicurare l'efficacia dell'accesso Civico

L'art. 5 del d.lgs. 33/2013 stabilisce che l'accesso civico permette ai cittadini di esercitare il diritto costituzionale alla trasparenza, ampliando i confini tracciati dalla legge 241/1990. L'Azienda ULSS 9 ha pubblicato un link denominato "Accesso Civico" nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito, dove è illustrato l'istituto e sono reperibili normativa e modulistica.

ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO.

Con la delibera n. 1309 del 28 ottobre 2016, l'ANAC ha approvato le Linee guida per la "definizione delle esclusioni e dei limiti" all'accesso civico a dati non soggetti a pubblicazione obbligatoria, come disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del decreto trasparenza. Questo nuovo tipo di accesso, chiamato "accesso generalizzato", è delineato nel novellato art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, che stabilisce che "*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche*

amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti". In sintesi, si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti e riguarda tutti i dati, documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, oltre a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità 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 (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza). Il principio di trasparenza, ridefinito dall'articolo 1, comma 1 del decreto trasparenza, è inteso come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni. La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini.

Come previsto nella legge 190/2012, il principio della trasparenza costituisce, misura fondamentale per le azioni di prevenzione e contrasto anticipato della corruzione.

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso civico.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice" previsto dall'art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, ma rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione. I due diritti di accesso, pur riconosciuti a "chiunque", si muovono su binari differenti. L'accesso generalizzato è autonomo e indipendente dagli obblighi di pubblicazione e incontra limiti solo nella tutela degli interessi pubblici e privati e nelle norme che prevedono specifiche esclusioni

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso agli atti ex l. 241/1990.

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale"). La finalità dell'accesso documentale ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari.

Adozione di una disciplina sulle diverse tipologie di accesso.

Considerata la notevole innovatività della disciplina dell'accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, l'ANAC suggerisce ai soggetti tenuti all'applicazione del decreto trasparenza l'adozione, anche nella forma di un regolamento interno sull'accesso, di una disciplina che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione.

Dati Ulteriori

Nell'ambito delle relazioni semestrali da presentare al RPCT entro i mesi di luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente, i Dirigenti/Referenti potranno inserire eventuali ulteriori dati/informazioni/documenti, per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione. Analogamente si procederà in caso di segnalazioni da parte degli stakeholder.

Allegati

1- Rischi connessi al contesto esterno (ALLEGATO As)

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2703

2- REGISTRO DEI RISCHI SPECIFICI (ALLEGATO B)

<https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=13552>

4- MISURE GENERALI GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

<https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=13723>

3- OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE (EOP).

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2703

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è descritta in modo completo nell'**Atto Aziendale**, adottato con delibera n° 1127 del 31/12/2020; sono stati progressivamente apportati aggiornamenti all'assetto organizzativo, da ultimo con la delibera n. 798 del 23/08/2023.

L'organigramma aziendale approvato e aggiornato unitamente all'Atto Aziendale risulta consultabile al seguente link:

https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=658

L'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

Incarichi di Vertice:

- **Direttore Generale:** è l'organo di vertice e legale rappresentante dell'Azienda. Assicura il perseguimento delle finalità e degli obiettivi assegnati dalla Regione e, avvalendosi delle attività degli organismi e delle Strutture Aziendali, garantisce il governo dell'Azienda. È responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e svolge ogni funzione prevista dalla normativa regionale.
- **Direttore Sanitario:** partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre, con formulazione di apposite proposte e pareri, al governo aziendale. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli.
- **Direttore Amministrativo:** dirige a livello strategico i servizi amministrativi aziendali ai fini tecnico-organizzativi, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre, con pareri e proposte, alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.
- **Direttore dei Servizi Socio Sanitari:** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale.

Incarichi Dirigenziali

Gli incarichi dirigenziali si suddividono in incarichi di tipo "gestionale" (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali e Unità Operative Semplici) e incarichi di tipo "professionale".

Sono inoltre presenti i Dipartimenti Aziendali. L'art 17 bis del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni, considera l'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. Il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Di seguito vengono descritte le principali articolazioni degli incarichi dirigenziali:

- **Direttore della Funzione Ospedaliera** coordina e raccorda l'attività ospedaliera di tutta l'Azienda ULSS 9 Scaligera al fine di uniformare l'offerta assistenziale ospedaliera su tutto il territorio di riferimento;
- **Direttore della Funzione Territoriale** coordina e raccorda l'attività territoriale di tutta l'Azienda ULSS 9 Scaligera al fine di uniformare l'offerta assistenziale territoriale su tutto il territorio di riferimento;
- **Direttore di Dipartimento, di presidio ospedaliero, Direttore di distretto:** coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento/Distretto di cui è responsabile.
- **Direttore di struttura complessa:** gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura possiede i requisiti strutturali e

funzionali di rilevante importanza e necessita di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività conferite. La complessità della struttura viene valutata secondo la consistenza delle risorse gestite, la complessità dell'articolazione organizzativa e la strategicità dell'attività svolta.

- Responsabile di Struttura Semplice e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale: ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa o dipartimentale. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.
- Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici, professionali: svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

Incarichi del Comparto

Anche gli incarichi del comparto si suddividono in incarichi di natura "gestionale" e "professionale". Il CCNL 02/11/2022 prevede altresì gli "incarichi di posizione" incarichi di elevata professionalità che si collocano fra la dirigenza e il comparto ai quali si dovrà dar corso in sede di implementazione dei nuovi istituti previsti.

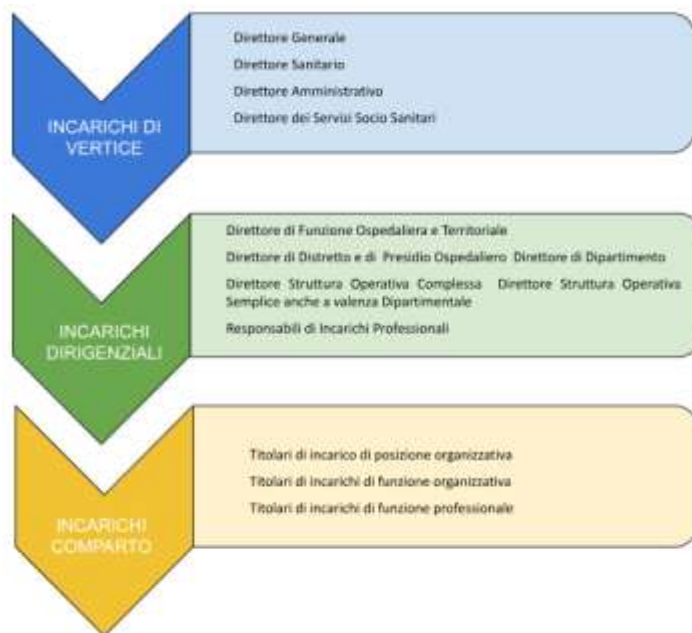
A tutti i dipendenti inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari è assegnato un incarico professionale di base.

Sulla base di apposite procedure selettive interne possono inoltre essere assegnati ai dipendenti di tutti i ruoli inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari i seguenti incarichi di media ed elevata professionalità:

- b) Incarico di funzione organizzativa, che comporta funzioni di gestione di servizi di particolare complessità, caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale
- c) Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari che comportano attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione anche correlate alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti

Anche per l'area degli assistenti e degli operatori è prevista l'assegnazione di incarichi di funzione, esclusivamente di natura professionale, di professionalità base, media ed elevata.

Come ricordato sono previsti anche "incarichi di posizione" assegnabili esclusivamente al personale inquadrato nell'area dell'elevata professionalità. Tali incarichi sono finalizzati ad assicurare lo svolgimento di funzioni organizzative e professionali caratterizzate da livelli di competenza e responsabilità professionale, amministrativa e gestionale, autonomia, conoscenze e abilità elevate, per organizzare e coordinare la propria attività e quella dei colleghi.



Il personale dipendente al 31/12/2024 risultava così composto:

	DIRIGENZA	COMPARTO
DIRIGENTI MEDICI	861	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	120	
DIRIGENTI TECNICI E AMMINISTRATIVI	25	
PERSONALE SANITARIO E SOCIO SANITARIO		4205
PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO		791
Totali parziali Dirigenza e Comparto	1006	4996
TOTALE	6002	

Rispetto all'anno 2023 si è registrata una diminuzione di complessive 157 unità, relative al personale del Comparto. Nell'anno 2024 le assunzioni si sono ridotte in quanto sono stati progressivamente riassorbiti parte degli extra turn over assunti durante il periodo emergenziale.

Le assunzioni di personale sono state effettuate nell'ambito del limite di spesa assegnato dalla Regione Veneto con DDR 60 del 11/04/2024.

Piano per il benessere Organizzativo

Benessere Organizzativo

In tema di benessere organizzativo, argomento da sempre all'attenzione dell'Azienda, è stato prontamente recepito quanto indicato dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 960 del 13 agosto 2024 "Approvazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto" in quanto le misure individuate di fatto si traducono in strumenti per migliorare la qualità del lavoro e l'attrattività dell'Azienda.

Con nota n. 157572 del 24.09.2024 è stato individuato il gruppo di lavoro aziendale dedicato all'implementazione delle progettualità contenute nell'allegato dello stesso atto.

Le principali problematiche individuate dalla citata DGRV riguardano:

la diminuita attrattività delle professioni sanitarie, in particolare di infermieristica, di alcune specializzazioni mediche e della professione di operatore socio sanitario,

l'invecchiamento del personale con il conseguente aumento di disagi correlati all'età,

la futura carenza di personale sanitario, particolarmente infermieri e OSS, che si determinerà a seguito del raggiungimento dell'età pensionabile di un grosso numero di dipendenti concentrati ora nelle fasce di età 51-54 anni,

le dimissioni inattese, cioè quelle correlate a motivazioni diverse dal pensionamento, che negli ultimi anni costituiscono più della metà delle dimissioni totali.

Le Azioni previste dalla DGR 960/24 ricalcano quindi, in parte, quanto già in precedenza previsto dalle progettualità approvate con deliberazione n. 1334 del 30.12.2022 " APPROVAZIONE PROGETTI IN APPLICAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER IL BENESSERE ORGANIZZATIVO. TRIENNIO 2022 – 2024". Tali azioni saranno oggetto di specifiche nuove progettualità aziendali individuate dal gruppo di lavoro sopra individuato che si occuperà anche di coordinarne l'implementazione.

Un primo step è stato già attuato attraverso l'inserimento nel Piano Formativo Aziendale dei seguenti momenti formativi rivolti alle tematiche di interesse della suddetta DGRV:

L'INVECCHIAMENTO IN AZIENDA/DIVERSITY MANAGEMENT - DGR 960/2024
WORD ED EXCEL BASE E AVANZATO, SICUREZZA INFORMATICA E PRIVACY CON PRIORITÀ AGLI ULTRA 55ENNI - DIMINUZIONE RESISTENZA ALLE NUOVE TECNOLOGIE (IN CONFORMITA' ALLA DGR N. 960/24)
COMUNICAZIONE RELAZIONALE GESTIONE DEI CONFLITTI E SAPER GESTIRE ASSUNZIONI E DIMISSIONI IN LINEA CON LA DGR 960/2024
IL MODELLO DELLA COMPASSIONATE LEADERSHIP: RAFFORZARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL SÉ AL FINE DI MIGLIORARE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO (RISERVATO A IFO IFOC)
CONTAMINAZIONE DI COMPETENZE - SENIOR VS JUNIOR - A SUPPORTO DI UNA LEADERSHIP POSITIVA (RISERVATO A IFO IFOC NEOINSERITI E NEO-NOMINATI)
ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA BASE

Indagine Di Clima Organizzativo

Con riferimento all'Indagine di Clima sono stati completati i monitoraggi regionali al 17.05.2024 e al 30.09.2024, attraverso l'invio, secondo le scadenze fissate dalla Regione, dei diagrammi di GANTT predisposti per la verifica dell'avanzamento delle azioni di miglioramento stabilite dalla Direzione e la cui realizzazione rientra tra gli obiettivi del Direttore Generale (obiettivi Q.15.S.1 e Q.11.S.1 ex DGR 1682/2023 per l'anno 2024).

Nell'ambito dell'indagine sono state oggetto di realizzazione n. 3 Azioni di miglioramento del clima aziendale scelte dall'Azienda, che si sono concluse a dicembre 2024:

- Azione 1 "Strategie per valorizzare i propri collaboratori", che consta in n. 3 corsi specifici per aumentare la retention di personale nei servizi con le maggiori criticità, realizzati nel corso dell'anno 2024, con la partecipazione dei responsabili nonché dei coordinatori alle tre edizioni del corso. I partecipanti sono stati coinvolti nell'attuazione di un percorso di accoglienza e valorizzazione del personale afferente al proprio servizio;
- Azione 2 "Condivisione degli obiettivi di budget", azione ideata su proposta delle OO.SS. che consente di condividere gli obiettivi di budget con i dipendenti di ciascuna UOC/UOS per coinvolgere maggiormente i dipendenti e aumentare l'informazione attraverso la pubblicazione delle schede di budget e la condivisione con il personale da parte dei Direttori, con evidenza dell'attività svolta, azione completata nel 2024, le schede di budget sono state tutte pubblicate per un totale di n. 137;
- Azione 3 "Attivazione nel 2023 dei percorsi di formazione specifici relativi alla COMUNICAZIONE INTERNA, nell'ambito del Benessere organizzativo", consistente nella realizzazione, in collaborazione con l'UOS Formazione, di diverse edizioni di corsi formativi volti a sviluppare capacità di comunicazione e soft skills che rendono meno complesso il contesto lavorativo per i partecipanti. L'ultima delle edizioni si è conclusa a dicembre 2024.

L'UOC GRU ha preso parte anche del Gruppo Regionale per il miglioramento del Clima Organizzativo, con l'obiettivo di definire di nuove azioni di miglioramento da attuare in sinergia con la Regione e prenderà parte alla prossima edizione dell'Indagine di Clima 2025 come da nota Regionale n. 163194 del 03/10/2024, nell'ottica di implementazione di progettualità per la retention del personale e di intraprendere interventi attivi per il miglioramento del benessere aziendale, in linea con le disposizioni della DGR n. 960 del 13 agosto 2024.

Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda Ulss 9 Scaligera conferma nel PIAO la regolamentazione già prevista con deliberazione n. 1050 del 23/12/2021 con la quale è stato approvato il "PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) - AULSS 9 "SCALIGERA" che ha ricompreso al suo interno il "Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile (Smart Working) e il "Regolamento sull'utilizzo del telelavoro domiciliare" implementato nell'ambito delle iniziative relative all'attuazione del Piano Triennale per il Benessere Organizzativo.

Il regolamento è stato approvato in riferimento a tutte le tre aree contrattuali del personale dipendente in Azienda così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81.

A seguito dell'emanazione della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/12/2023, intesa a sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, 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, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza, l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha dedicato l'istituto dello Smart Working alle categorie di lavoratori fragili. La Direttiva è stata recepita con deliberazione n. 193 del 28/02/2024 e, per l'anno 2024.

Al 31.12.2024 risultano attive n. 37 postazioni di lavoro agile per il personale dipendente di cui :

SMART WORKING

- n. 02 area dirigenza
- n. 28 area comparto

TELELAVORO - LAVORO DA REMOTO

- n. 1 area dirigenza
- n. 6 area comparto

L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha consolidato l'utilizzo dei numerosi strumenti e sistemi informatici quali la posta elettronica aziendale della quale dispongono tutti i dipendenti dell'Azienda ed i servizi di condivisione ed elaborazione documentale (Google Drive, Google Documents) nonché i sistemi di comunicazione via chat e videoconferenza (Google Meet e similari) che originariamente erano stati introdotti soltanto in via sperimentale. L'utilizzo massivo di tecnologie più dinamiche consente, trasversalmente, di porre le basi per l'allineamento alle disposizioni in materia di digitalizzazione dettate dalla DGR 960-24, con la quale, in particolare all'ALL. A, azione 4.2, si fa riferimento alla necessità di utilizzo dell'AI quale strumento di supporto alle attività del personale.

Si evidenzia che la regolamentazione aziendale in materia di lavoro agile non ha subito modificazioni in quanto già conforme alle disposizioni contenute nel nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del Comparto, del nuovo CCNL 16/07/2024 Funzioni Locali e del CCNL 23/01/2024 Dirigenza sanitaria.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1212 del 29/11/2024, è stata approvata la revisione del piano dei fabbisogni di personale per l'anno 2024 ed è stato adottato il piano triennale fabbisogni 2025 – 2027, alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha ricevuto parere favorevole espresso dalla Regione Veneto con nota prot. n. 1074 del 02/01/2025.

Coerentemente con le istruzioni operative emanate dalla Regione del Veneto, il PTFP viene determinato tenendo conto di quanto segue:

- analisi complessiva dei compiti istituzionali dell'Azienda in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, facendo riferimento agli indicatori standard in relazione alle attività da svolgere definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016, tra cui quelli definiti:

- - con deliberazione n. 2718 del 24/12/2012 con riferimento agli Ospedali di Comunità e alle Unità Riabilitative Territoriali,
- - con deliberazione n. 2501/2004 con riferimento agli hospice,
- - con deliberazione n. 721/2023 con riferimento all'avvio delle case di comunità ed il contestuale avvio del servizio di infermieri di famiglia e comunità,
- - con deliberazione n. 610 del 29/04/2014 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto nelle aree di degenza ospedaliera,
- - con deliberazione n. 245 del 07/03/2017 con riferimento all'organizzazione del personale dirigente medico in area ospedaliera e alla definizione di valori minimi per il personale del pronto soccorso,
- - con deliberazione n. 1833 del 14/11/2017 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale delle medicine generali e delle chirurgie generali,
- - con delibera n. 371 del 08/04/2022 con riferimento alla "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale" e n. 1616 del 17/06/2008 con riferimento ai requisiti e agli standard per le unità di offerta nell'ambito della salute mentale;
- - con delibera n. 1669 del 29/11/2021 con riferimento al documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari"
- - compatibilità con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'azienda, con particolare riferimento al rispetto del tetto di spesa indicato dalla Regione del Veneto nei prospetti allegati alla nota prot. n. 566036 del 05/11/2024;
- - impatto delle riforme in ambito sanitario regionale di cui alla L.R. 19/2016, considerando anche il trasferimento di alcune attività ad Azienda Zero, nonché l'accorpamento di funzioni e servizi territoriali;
- - compatibilità con quanto previsto dalla delibera del Direttore Generale n. 1333 del 30/12/2022 di adozione del "PIANO PANDEMICO AZIENDALE "PANFLU" 2021-2023";
- - compatibilità con le misure che il PNRR Missione 6 ha previsto per l'Azienda Ulss 9 in termini di strutture intermedie;
- - compatibilità con l'avvio dell'attuazione delle disposizioni Regionali di cui alla Legge Regionale n. 9 del 04 aprile 2024 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e servizi sociali" e alle "Indicazioni per la costituzione e l'avvio degli Ambiti Territoriali Sociali a norma degli artt. 4, comma 3, lett. b) e 18, comma 1, lett. a) della Legge regionale n. 9 del 04 aprile 2024 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali" di cui alla DGRV 1077 del 17 settembre 2024.

Rispetto alle modalità con cui acquisire le risorse necessarie (personale dipendente, acquisto di prestazioni aggiuntive, specialisti ambulatoriali, esternalizzazioni), viene evidenziato che, stante le nuove condizioni maturate, la Regione ha inserito direttamente nelle schede del piano i nuovi obiettivi di costo da rispettare, nello specifico:

	ANNO 2024	ANNI 2025-2026-2027
COSTO DIPENDENTI BILANCIO SANITARIO	€ 324.387.039,00	€ 320.559.689,00
COSTO PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	€ 3.817.600,00	€ 3.817.600,00 - 2025 € 3.817.600,00 - 2026 € 1.274.719,00 - 2027
COSTO S.A.I.	€ 11.755.725,8	€ 11.755.725,8
COSTO NON DIPENDENTI DIRIGENZA MEDICA E COMPARTO PROFILI SANITARIO E SOCIO SANITARIO	€ 9.886.159,00	€ 9.886.159,00 - 2025 € 9.886.159,00 - 2026 € 4.943.079,50 - 2027
COSTO NON DIPENDENTI ALTRI PROFILI RISPETTO A QUELLO SOPRA	€ 839.636,00	€ 839.636,00

Si evidenzia che la DGR 1557/2024 di assegnazione alle aziende degli obiettivi di salute e funzionamento, prevede l'obiettivo 25.E.S.02.1 "Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione". Il rispetto della presente programmazione dovrebbe garantire anche la soddisfazione dell'obiettivo.

Il PTFP viene espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE), inteso quale sforzo erogato o pianificato per svolgere le attività programmate secondo i criteri sotto riportati e prevede le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano stesso:

- - esigenze delle singole unità operative

- - esigenze relative all'attuazione del PNRR, allo sviluppo progressivo di quanto previsto dal DM 77/2022;
- - articolazione per profilo professionale
- - modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale
- - assunzioni obbligatorie
- - tempi e modi di reclutamento del personale
- - andamento del turn over
- - modalità di finanziamento dei relativi costi
- - istituzione dei nuovi profili afferenti all'area del personale di elevata qualificazioni previsti dal nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del comparto;
- - procedure selettive per dare attuazione alla progressione fra le aree ai sensi dell'art. 20 e 21 del CCNL 02/11/2022 del Comparto Area Sanità;
- - monitoraggio degli istituti di assenza
- - tempi di attuazione
- - impatto delle esternalizzazioni attuate nel 2024 o programmate per il triennio
- - impatto delle internalizzazioni di servizi sanitari da attuarsi nel 2025 e anni successivi
- - stabilizzazioni di personale amministrativo e sanitario

Sezione Dipendenti

Il PTFP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli anni 2025-2026-2027 è stato redatto tenendo conto della programmazione regionale del triennio, aggiornato per quanto riguarda la programmazione ospedaliera dalla DGRV n. 614/2019, dai provvedimenti regionali sopra citati che prevedono nuovi standard per la Sanità Penitenziaria e per la Salute Mentale nonché per l'attivazione delle nuove strutture intermedie previste dalla misura 6 del PNRR e gli effetti dell'attuazione degli ATS.

Obiettivi prioritari sono:

- la copertura di tutte le unità operative complesse, sia quelle già vacanti al 31/12/2024, sia quelle che si renderanno vacanti nel corso del triennio, mediante espletamento delle selezioni pubbliche per il conferimento degli incarichi apicali, così da dare stabilità all'U.O. in termini di organizzazione e programmazione delle attività, con il conseguente aumento dell'attrattività della stessa nei confronti di nuovi professionisti. Si rileva in proposito che alla data dell'1/01/2025 risultano 19 UOC (17 in ambito sanitario e 2 in ambito tecnico-amministrativo) nelle quali le funzioni apicali sono assicurate da un dirigente cui è stato assegnato un incarico di sostituzione, e per le quali è in previsione nel corso dell'anno l'assunzione del relativo direttore.
- la piena occupazione dei posti di organico previsti per le unità operative dove da tempo si riscontrano difficoltà a reperire dirigenti strutturati.

A causa infatti di tali difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali afferenti alla dirigenza area sanità permane la necessità di ricorrere ad esternalizzazioni soprattutto con riguardo a specifiche attività ospedaliere quali pronto soccorso, anestesia e rianimazione, supporto alle attività pediatriche e internistiche della sede ospedaliera di Villafranca, supporto alle attività ostetrico-ginecologiche delle sedi ospedaliere di Villafranca e Legnago. Tali attività sono garantite anche attraverso il ricorso alla libera professione nelle more dell'acquisizione di personale dipendente. Per alcune specialità, inoltre, sono attive convenzioni con altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Nella tabella sottostante viene evidenziato il dettaglio delle UOC in parola - dirigenza area sanità:

UOC	dipendenti 31/12/2024	al	dotazione prevista	differenza
ANESTESIA E RIANIMAZIONE LEGNAGO	21		24	-3
ANESTESIA E RIANIMAZIONE VILAFRANCA-BUSSENGO	18		25	-7
PRONTO SOCCORSO LEGNAGO	12		18	-6
PRONTO SOCCORSO VILAFRANCA - BUSSENGO E PPI MALCESINE	9		26	-17
PRONTO SOCCORSO S.BONIFACIO	12		18	-6
PNEUMOLOGIA VILAFRANCA	1		8	-7
PEDIATRIA LEGNAGO	8		11	-3
PEDIATRIA VILAFRANCA	6		11	-5
OSTETRICIA E GINECOLOGIA LEGNAGO	11		12	-1
OSTETRICIA E GINECOLOGIA VILAFRANCA	14		15	-1
RRF BOVOLONE	13		19	-6

Il potenziamento dell'area territoriale, in particolare con la previsione di assunzione dei dirigenti medici necessari al completamento degli organici delle UOC Cure Primarie delle varie sedi distrettuali, al fine di assicurare anche la piena funzionalità delle strutture intermedie già attivate o in fase di attivazione.

Per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie e di altre strutture sanitarie di ricovero della rete di assistenza territoriale, alcune delle quali fanno parte della Missione 6 del PNRR, è stata prevista la gestione delle stesse a mezzo personale dipendente con le tempistiche sotto riportate:

- Ospedale di Comunità di Malcesine: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Bussolengo e U.R.T.: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Isola della Scala: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Caprino: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Nogara : primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Marzana: primo trimestre 2026;
- Hospice di Bovolone: secondo semestre 2026;
- Casa della Comunità "Città di Verona": primo trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Via Campania" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Via del Capitol" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Marzana" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "San Giovanni Lupatoto": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Montecchia di Crosara" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "San Bonifacio" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Cologna Veneta" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Colognola ai Colli" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Tregnago" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Nogara" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Zevio" : quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Cerea" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Bovolone" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Legnago" : quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Caprino" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Valeggio sul Mincio" : quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Bussolengo" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Villafranca" : secondo trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Isola della Scala" : primo trimestre 2026;

Alla luce delle autorizzazioni extra turn over valorizzate e delle re-internalizzazioni previste (o cambio modalità di gestione di nuovi servizi e attività) il costo del personale anno 2025 sarà mantenuto con una politica di analisi e programmazione di sostituzioni o meno del turn over e di attivazioni o potenziamento dei servizi con la precisazione che per il triennio le autorizzazioni concesse che non si riuscirà a coprire con assunzioni a tempo indeterminato, nelle more del reclutamento di

personale potranno essere sostituite con l'attivazione di contratti libero professionali o assunzioni a tempo determinato. Nel piano il personale per il quale è cronica la difficoltà di reclutamento è stato previsto fra il personale dipendente ma probabilmente, nel corso dell'anno cambierà la natura del costo che diventerà per incarichi libero professionali o esternalizzazioni. Tale logica perdurerà e potrà variare in funzione dei tetti del costo del personale e del finanziamento del SSN anche per il 2026 e 2027.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive della Dirigenza nel 2024 sono state indicate le prestazioni previste per carenza di personale, quelle per attività di Pronto Soccorso e per recupero delle liste di attesa. Sul punto sono intervenute le linee guida Regionali approvate con DGRV n. 280/2024 che hanno, tra l'altro, definito in euro 100,00 l'importo previsto per tutte le prestazioni di che trattasi.

Anche per il 2025 e anni successivi sono state previste le prestazioni aggiuntive per le finalità di cui sopra.

Per quanto riguarda il comparto sono intervenute la DGRV n. 441/2024 e n. 1210/2024 che hanno fissato in euro 50,00 l'importo previsto per le prestazioni dirette a fronteggiare carenza di organico e recupero liste di attesa.

Anche alla luce delle preventivate aperture delle case di comunità è stato previsto il potenziamento delle dotazioni delle cure palliative e del personale afferente al territorio. E' stato previsto anche il potenziamento del Dipartimento delle Dipendenze.

Sono state evidenziate nella tabella "A" relativa agli anni 2026 e 2027 le necessità legate alle preventivate attivazioni delle nuove strutture territoriali che comporteranno il reclutamento a regime di 130,5 fte di personale infermieristico, 5 fte di personale della riabilitazione e 116 fte di personale Oss.

Sezione non Dipendenti

Per quanto riguarda gli incarichi ex art. 7 comma 6 D.lgs. 165/2001 la previsione si basa sulle autorizzazioni già concesse e può comprendere anche la valorizzazione del protrarsi di contratti iniziati nel 2024 a tutto il 2025 e anni successivi sulla base del trend registrato negli anni scorsi.

Gli incarichi libero professionali relativi ai veterinari riguardano invece prestazioni legate alle attività del D.lgs. 32/2021 che sono oggetto di finanziamento specifico in quanto tariffati alle Aziende che usufruiscono del servizio. Per quanto riguarda la somministrazione nel 2024 non si è ricorso a tale tipologia di reclutamento e non si prevede di attivare contratti di somministrazione per il 2025 e successivi.

Le previsioni relative ai SAI si mantengono all'interno del tetto assegnato.

Le Consulenze ex art. 91 del CCNL 23/01/2024 comma 2 (sostitutivo art 117 comma 2 del CCNL 19.12.2019) sono relative a convenzioni con l'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona e altre Aziende Sanitarie Regionali e sono finalizzate all'erogazione di prestazioni istituzionalmente dovute e giustificate dall'assenza/insufficienza di dirigenti medici in servizio in possesso dell'esperienza professionale specialistica necessaria per garantire in maniera appropriata particolari tipologie di prestazioni e riguardano prestazioni di esperto di radioprotezione, neurochirurgia, cardiocirurgia, cardiologia pediatrica, chirurgia pediatrica, pneumologia, pediatria.

Nel corso del 2024 sono state attivate due ulteriori convenzioni: una con AOUI di VR in Epatologia per Gastroenterologia PO di San Bonifacio e una con AULSS 5 Polesana per Ortopedia con accessi presso Ospedale di San Bonifacio e punti distrettuali distretto 1 e 2 finalizzata alla riduzione delle liste di attesa.

Per la medesima finalità (riduzione delle liste di attesa) sono state richieste ad AOUI di VR ed in generale altre ASL attivazioni di convenzioni per Ecocolore doppler venoso arti inferiori, Dermatologia e Reumatologia, Chirurgia Plastica.

Sono stati previsti i seguenti incarichi ex art. 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001 per i quali è previsto specifico finanziamento:

AREA SOCIO-SANITARIA:

- PROGETTO TERRITORIALE VENETO ADOZIONI
- PROGETTO REGIONALE SVILUPPO DEI CONSULTORI FAMILIARI PUBBLICI
- EQUIPE SPECIALISTICA PROVINCIALE "IL FARO"
- PROGETTO FENICE

- PROGETTO "CURA DEI SOGGETTI CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICI
- PROGETTO GAP

INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Nel PTFP sono state previste le esternalizzazioni che hanno avuto inizio a decorrere dal 2018 e che in alcuni casi hanno riguardato servizi di nuova istituzione, la riorganizzazione di servizi esistenti o attività provvisoriamente assegnate in attesa di procedere con assunzione di personale dipendente alle quali sono state aggiunte le nuove esternalizzazioni che si prevede si verificheranno nel 2025 e anni successivi.

Le esternalizzazioni già in essere sono relative a:

- Attività amministrativa e varia presso gli sportelli distrettuali;
- Esternalizzazione attività di accettazione ospedaliera;
- Attività amministrativa di gestione degli stipendi dei SAI;
- Servizio di trasporto sanitario soccorso ed emergenza;
- Servizio di Pap-Test per conto dell'UOC Anatomia Patologica Ospedale di San Bonifacio;
- Esternalizzazione temporanea, in attesa delle assunzioni, del servizio di guardia anestesiológica, pronto soccorso, pediatria, ginecologia e area internistica;

Non si è invece realizzata, contrariamente a quanto preventivato nel 2024 l'Esternalizzazione del Servizio di Portineria presso il CERRIS.

Nel 2025 si prevede l'attivazione delle seguenti esternalizzazioni:

- Servizio di contact center per screening PFAS nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione;
- Servizio trasporti pazienti e materiali presso gli ospedali di Villafranca e Legnago nell'ambito della Funzione Ospedaliera;
- Servizio di decontaminazione e sterilizzazione presso Ospedale di Villafranca
- Servizio di assistenza infermieristica presso le RSA per disabili collocate presso il CERRIS
- Servizio di front office dei Distretti di Isola della Scala, Negrar, Domegliara, Bardolino nell'ambito della Direzione Amministrativa del Territorio in conformità alle indicazioni fornite dalla CRITE;
- Segreterie di reparto Anatomia Patologica di San Bonifacio e Legnago, Radiologia, sportello prenotazioni e casse dell'Ospedale di Villafranca, segreteria radiologia ospedale di Legnago, front office fisiopatologia respiratoria del dipartimento internistico di Legnago nell'ambito della Direzione Amministrativa di Ospedale

Sono in corso di valutazione ulteriori esternalizzazioni fra le quali quella relativa alle visite PFAS di secondo livello.

Re Internalizzazioni

Nell'ambito della riorganizzazione della modalità di gestione delle attività e servizi aziendali si è concretizzata nel 2024 la reinternalizzazione del servizio di supporto all'assistenza presso l'UOC di Recupero e rieducazione funzionale del presidio ospedaliero di Bovolone, che dall'1/01/2024 è stato garantito da operatori socio sanitari con rapporto di lavoro di dipendenza.

Nel corso del 2024 si è inoltre attuata la parziale reinternalizzazione del servizio di guardia anestesiológica, con riduzione della spesa rispetto ai costi sostenuti per esternalizzazione nel 2022, a seguito del progressivo reintegro del personale con rapporto di lavoro dipendente come risulta dalla allegata relazione validata dal Collegio Sindacale.

Dotazione Organica

La dotazione organica per il 2024, viene espressa in numero di teste e viene soddisfatta con rapporti di lavoro di dipendenza.

La dotazione evidenziata ripropone quanto esplicitato in sede di approvazione del nuovo Atto Aziendale, tiene conto del nuovo assetto territoriale e ospedaliero a seguito dell'emergenza epidemiologica e delle autorizzazioni extra turn over concesse con le seguenti precisazioni:

- riduzione del numero di personale dipendente da trasferire ad Azienda Zero ai sensi degli accordi ex art. 47 della L. 428/1990;
- riduzioni, con riferimento alla Dirigenza PTA, legate al processo di fusione delle tre ex Aziende;
- congelamento dei posti legate ai processi di esternalizzazioni stabili in atto;
- incremento del personale infermieristico, OSS/OTA, e altro personale ruolo tecnico legato all'attivazione degli Ospedali di Comunità;
- incremento del personale autorizzato ai sensi delle DGRV 552 e 782/2020 e Delibera Direttore Generale Aulss 9 n. 446/2020;
- nuovi standard assistenziali previsti con delibera n. 371 del 08/04/2022 con riferimento alla "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale";
- nuova Unità Operativa Complessa e personale amministrativo previsto con delibera n. 1669 del 29/11/2021 con riferimento al documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari".
- trasferimento SPDC all'AOU di Verona in corso di implementazione;
- incrementi per re-internalizzazione servizi.

Formazione del personale

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati. La formazione oltre ad essere considerata come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali.

Con l'adozione del piano formativo annuale vengono definiti i percorsi formativi per favorire l'aggiornamento e lo sviluppo delle professionalità presenti in Azienda, indispensabile supporto per il miglioramento delle competenze tecnico-professionali e relazionali del personale nonché dei processi organizzativi aziendali.

In particolare la pianificazione formativa delle figure sanitarie tiene conto delle indicazioni nazionali e regionali che rappresentano lo strumento da utilizzare per orientare i programmi di formazione continua al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse del SSN e più in generale della tutela della salute degli individui e della collettività.

I percorsi formativi approvati nel piano annuale sono rivolti agli operatori differenziati per setting e per figure professionali, nel rispetto dell'obbligo individuale previsto dalla normativa ECM, e garantiscono capacità professionali e competenze tecniche individuali e trasversali organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale corrispondenti ai bisogni dei pazienti e alle responsabilità di ruolo proprie di ogni singolo operatore.

Il Piano formativo per l'anno 2025, adottato con deliberazione n. 1334 del 24.12.2024 è consultabile sul sito aziendale alla pagina https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=308, comprende complessivamente n. 409 corsi di formazione suddivisi per aree tematiche ed organizzative che riguardano i seguenti obiettivi regionali:

1. - modelli innovativi di presa in carico e governo dell'assistenza con particolare riferimento all'assistenza territoriale e alla sanità digitale;
2. - outcome clinico assistenziali e/o organizzativi con particolare attenzione alla prevenzione delle ICA, e alla soddisfazione degli utenti;
3. - formazione in infezioni ospedaliere
4. - elementi di innovazione nel governo e nelle politiche del personale;
5. - implementazione di nuove linee guida
6. - gestione delle crisi pandemiche;
7. - la radioprotezione del paziente ai sensi del d.lgs 101 del 2020 (ricompreso nell'obiettivo nazionale n. 27).
8. - la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario;

9. - la medicina di genere;
10. - regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale;
11. - sanità digitale;
12. - piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 2023). Aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze;

I percorsi formativi inseriti nel Piano formativo aziendale ottemperano in parte anche agli obblighi formativi esplicitati nella circolare n. 5 del 14/01/2025 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, nello specifico:

- sviluppo delle competenze per la transizione amministrativa
- competenze per la transizione digitale

competenze in materia di Etica, Inclusione, Parità di genere e contrasto alla violenza, Privacy, prevenzione della corruzione, salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, trasparenza e integrità

La DGR 1557/2024 di assegnazione degli obiettivi di salute e funzionamento per il 2025, prevede l'obiettivo 25.Q.O.08.1 "% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)". Inoltre prevede l'obiettivo 25.S.S.03.4 PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone.

AREA	N. Proposte
AMMINISTRATIVA	23
SICUREZZA	17
PRIVACY	8
RISK	11
BENESSERE	5
PREVENZIONE	25
DIPENDENZE	12
DPS	21
DSM	19
RIABILITAZIONE	16
OSPEDALE/DIPARTIMENTI	182
DISTRETTO	70
TOTALE	409

Risorse interne ed esterne disponibili e/o "attivabili" ai fini delle strategie formative

Per le attività di docenza l'Azienda Ulss 9 Scaligera si avvale prioritariamente del proprio personale in possesso di specifiche conoscenze e competenze didattiche, ovvero di formatori esterni per quelle attività che richiedono competenze non presenti in Azienda.

Negli anni è stata creata una rete di formatori interni valorizzando le risorse umane aziendali e le competenze da loro acquisite, a partire da quelle di tipo tecnico specialistico in particolare nell'area dell'emergenza urgenza, nell'area della sicurezza dei lavoratori e nell'area del Risk management. L'utilizzo di formatori dipendenti permette di contestualizzare meglio l'intervento, favorendo il trasferimento efficace dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti. Inoltre con il ricorso ai docenti interni si favorisce il contenimento dei costi per la formazione.

Per la realizzazione delle attività formative sono stati destinati locali, attrezzature tecnologiche nell'entità e con le caratteristiche richieste dalle tipologie didattiche impiegate e per la composizione dei gruppi in formazione.

Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato

L'Ulss 9, oltre ad organizzare attività formative in sede, nell'ambito dei propri obiettivi di sviluppo, per la realizzazione di iniziative di formazione e di aggiornamento professionale obbligatorio, può avvalersi anche della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore.

Nella fattispecie si avvale e collabora con la Fondazione SSP scuola di formazione, ricerca e consulenza che si occupa dello sviluppo professionale e della crescita organizzativa dei professionisti che lavorano nel Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto anche attraverso percorsi formativi individuati nelle aree strategiche del PNRR.

Dal 2021 l'Azienda si avvale della piattaforma Syllabus messa a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica per la formazione del proprio personale per lo sviluppo di conoscenze, abilità e competenze tecniche su aree tematiche previste dalle direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2023, 28 novembre e n. 5 del 14 gennaio 2025.

Il personale può partecipare a percorsi individuali organizzati da altri Enti attraverso l'utilizzo degli istituti previsti dai contratti di categoria quali:

- - Aggiornamento obbligatorio: la partecipazione, da parte di tutti i dipendenti, ad iniziative di formazione o di aggiornamento professionale obbligatorio, che risultano strettamente connesse all'attività professionale svolta dal dipendente e dalle quali può derivare una ricaduta diretta sull'organizzazione di appartenenza o sulle competenze esplicitate dal professionista è considerata servizio utile a tutti gli effetti. L'azienda può partecipare alla spesa nel rispetto dei limiti di budget assegnati.
- - Aggiornamento facoltativo: - per la dirigenza sanitaria, la partecipazione a documentate iniziative formative, selezionate dai dirigenti interessati, avviene con il ricorso alle ore previste mediante la riserva oraria, nella misura di 4 ore settimanali eventualmente cumulabili;
- - per tutto il personale (comparto, dirigenza PTA, dirigenza sanitaria) la partecipazione a documentate iniziative, coerenti con l'attività svolta, avviene con il ricorso del permesso retribuito nella misura massima di 8 giorni all'anno. Anche l'istituto del diritto allo studio (150 ore) di cui all'art. 62 del CCNL 02.11.2022 per i dipendenti dell'area del Comparto, in aggiunta alle attività formative programmate dall'Azienda, favorisce il miglioramento del bagaglio formativo e professionale che l'azienda avrà a disposizione e ciò a seguito anche della certificazione del conseguimento dei diversi titoli di studio.

Il nuovo CCNL 02/11/2022 apre anche alla possibilità, nei limiti e con gli istituti previsti, di effettuare progressioni fra aree consentendo anche al personale che acquisisce titoli professionali di poter partecipare e mettere a frutto sia l'esperienza acquisita che la formazione svolta.

Gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo

Nella progettazione degli eventi formativi è data importanza alla coerenza tra le competenze acquisibili, gli obiettivi formativi, le metodologie didattiche/metodi di lavoro per definire gli strumenti di valutazione più adeguati alla valutazione dell'apprendimento dei discenti.

Per ogni evento è prevista la valutazione dell'apprendimento individuale dei discenti è eseguita con strumenti diversi (questionario, prova scritta, esame pratico project work), a seconda dell'approccio adottato, ma sempre coerenti con gli obiettivi formativi. Attraverso le prove di apprendimento è possibile conoscere se i partecipanti, a conclusione dell'evento, hanno conseguito gli obiettivi formativi definiti.

Con la somministrazione della scheda di gradimento dell'evento formativo vengono raccolti dati che permettono di analizzare: - la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle necessità di aggiornamento - la qualità educativa del programma formativo

- L'utilità dell'evento per la formazione/aggiornamento del discente - Se in caso di sponsor ci sono riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per influenza dello sponsor Al fine di rendere efficace il processo di formazione vengono richiesti in fase di presentazione degli eventi indica

Al fine di rendere efficace il processo di formazione vengono richiesti in fase di presentazione degli eventi indicatori misurabili e oggettivi relativi alla ricaduta interna.

Gli esiti delle verifiche di apprendimento e delle valutazioni di gradimento vengono assunti come elementi oggettivi per migliorare la programmazione singola e complessiva da parte dei direttori di Dipartimento/UOC valutandone il

"cambiamento" prodotto dalla formazione in termini di crescita professionale individuale, impatto organizzativo e miglioramento della qualità.

Piano delle Azioni Positive

Nell'ambito delle Azioni Positive particolare importanza viene data alle azioni tese a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica. La UOC Gestione Risorse Umane con la collaborazione della UOC Direzione Professioni Sanitarie ritiene di orientare una prima linea di intervento per il triennio di validità del Piao verso la consapevolezza diffusa dei valori che devono essere patrimonio di ogni lavoratore al fine di garantire il rispetto della persona e la valorizzazione delle diversità di genere, di ruolo e di professione.

Nello specifico si prevede di diffondere ad ogni livello e facilitare e incentivare, anche attraverso il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili, la partecipazione dei dipendenti al percorso base di **"RiForma Mentis" - Syllabus**.

Il percorso, della durata di un'ora, si incentra sui seguenti moduli:

- **Introduzione**
Il modulo definisce l'ambito del tema e l'interesse dei pubblici dipendenti. Partendo dai dati statistici, individua anche l'ampiezza delle discriminazioni di genere sul luogo di lavoro e introduce quali sono gli episodi che ricadono nell'ambito delle molestie sul lavoro. Infine il primo modulo condivide gli obiettivi del corso.
- **Le molestie sul luogo di lavoro: esempi, definizioni e normativa:** Il modulo si sofferma sulle definizioni dei diversi atteggiamenti e comportamenti che possono costituire molestia di genere, anche attraverso l'analisi interattiva di 6 casi concreti; il modulo si sofferma inoltre sui risvolti normativi e penali dei diversi comportamenti.
- **Le strategie individuali per contrastare le molestie:** Il modulo approfondisce le dinamiche personali (autore-vittima) in caso di molestie di genere e la percezione da parte dei diversi soggetti coinvolti, soffermandosi sugli stereotipi di genere. Inoltre il modulo individua quali sono i comportamenti e gli strumenti di tutela che un lavoratore o una lavoratrice che subisce molestia può mettere in atto per difendersi in modo efficace.
- **Le strategie organizzative:** Il modulo individua gli interventi di prevenzione e contrasto che devono essere messi in atto da parte della Pubblica Amministrazione, con la finalità di assicurare il benessere del lavoratore. Si sofferma inoltre sui soggetti coinvolti, come i Comitati Unici di Garanzia e i Nuclei di ascolto organizzato, e gli strumenti da mettere in campo, come la formazione, il codice etico, gli sportelli di ascolto e indagini ad hoc.

Allo stesso modo sarà diffusa e incentivata la partecipazione al modulo Syllabus "La cultura del rispetto" volto ad accrescere la cultura del rispetto della persona e la valorizzazione delle diversità di genere, di ruolo e di professione.

Il percorso, della durata di 12 ore, si incentra sui seguenti moduli:

- un primo modulo incentrato sulle basi concettuali su cui si fonda l'idea di rispetto così come è stata delineata finora. Nel modulo si trattano le tematiche della comunicazione e della diversità che amplia gli orizzonti dei gruppi di lavoro nonché dell'evoluzione della normativa.
- il secondo modulo applica questi concetti ai principali fenomeni che rendono difficile la vita nelle organizzazioni: dalla comunicazione aggressiva alle discriminazioni sino alla violenza vera e propria. Ne fanno parte due focus sul burnout e sulla "leadership gentile".

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico

Come illustrato nella sezione sul [Valore Pubblico](#), questo è tanto maggiore quanto più alta è la capacità dell'ente di trovare un compromesso complessivamente migliorativo tra le diverse prospettive del benessere. Gli "indicatori chiave" (KPI) identificati per la misurazione del valore sono:

- Indicatori ISTAT - BES (collegati ai Goals del Sustainable Development Goals - OMS);
- Equilibrio economico;
- Soddisfazione dei cittadini/utenti.

In primo luogo vanno senza dubbio considerati gli indicatori del BES del dominio "Salute" ed una parte degli indicatori "Qualità dei Servizi" collegati all'obiettivo "03. Salute e benessere" del Sustainable Development Goals (SDGs). Di seguito si riportano i dati più recenti degli indicatori del BES relativi alla Salute per la Provincia di Verona, per il Veneto, Nord Italia ed Italia evidenziando anche la variazione rispetto all'anno precedente.

DOMINIO	INDICATORE	UNITA' MISURA	Ultimo dato Verona	Ultimo dato Veneto	Ultimo dato Nord	Ultimo dato Italia	Anno
Salute	Speranza di vita alla nascita	Numero medio di anni	83,9 (0%)	83,8 (1%)	83,6 (1%)	83,1 (1%)	2023
Salute	Mortalità evitabile (0-74 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	15,0 (-6%)	16,2 (0%)	17,5 (-11%)	19,2 (-3%)	2021
Salute	Mortalità infantile	Per 1.000 nati vivi	2,2 (22%)	2,1 (11%)	2,3 (10%)	2,6 (4%)	2021
Salute	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	1,2 (140%)	1,1 (22%)	0,7 (17%)	0,7 (17%)	2022
Salute	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	7 (1%)	7,0 (0%)	7,3 (-3%)	7,8 (-3%)	2021
Salute	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	28,4 (-24%)	34,1 (-15%)	34,0 (-14%)	33,3 (-6%)	2021
Qualità dei servizi	Posti letto per specialità ad elevata assistenza	Per 10.000 abitanti	6,5 (-8%)	4,0 (-11%)	3,6 (-10%)	3,2 (-9%)	2022
Qualità dei servizi	Emigrazione ospedaliera in altra regione	Valori percentuali	6,2 (3%)	6,2 (5%)	6,5 (5%)	8,3 (6%)	2022
Qualità dei servizi	Medici specialisti	Per 10.000 abitanti	37,3 (6%)	29,6 (2%)	32,8 (3%)	34,1 (3%)	2023
Qualità dei servizi	Posti letto negli ospedali	Per 10.000 abitanti	36,5 (0%)	31,5 (0%)	34,4 (0%)	32,7 (0%)	2022

Imprescindibile in termini di Valore pubblico è il monitoraggio dell'**equilibrio economico dell'azienda** e della compatibilità con la programmazione aziendale. Nella Relazione al BEP e, successivamente, nella Relazione al Bilancio Consuntivo, vengono evidenziati ed analizzati in profondità gli aspetti relativi all'equilibrio economico mettendo in evidenza come questa dimensione sia strettamente collegata alla performance aziendale, in quanto evidenzia la capacità dell'Azienda di "rispettare" il patto economico con i cittadini.

Su questo tema il **DGR 1557/2024** individua lo specifico indicatore di performance 25.E.S.03.1 Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025, corrispondente all'obiettivo **E.2.S.1 "Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT" del 2024** che per l'anno 2024, secondo i dati del III CECT 2024 risulta soddisfatto, come avvenuto per l'anno 2023.

Infine sono indicatori importanti di verifica della creazione di valore pubblico, quelli relativi alla soddisfazione dei pazienti espressa tramite gli strumenti di Customer Satisfaction, ma anche attraverso i reclami presentati all'URP.

Dopo una fase di sperimentazione sono state introdotte modalità stabili di raccolta delle esperienze dei pazienti, attraverso l'Osservatorio

- **PREMsH** (Patient Reported Experience Measures), che rappresenta un'indagine sull'esperienza di ricovero ospedaliero in regime ordinario svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. A fronte di un tasso di risposta del 46%, il 98% dei pazienti ha definito "ottima" o "buona" l'assistenza ricevuta in reparto. Tra gli aspetti maggiormente apprezzati ci sono il rispetto e dignità del paziente, la gentilezza e cortesia del personale e il lavoro di squadra. Gli ambiti di miglioramento rilevati riguardano il comfort ospedaliero (pulizia e silenziosità del reparto) e la tempistica di comunicazione della dimissione (70% riceve la comunicazione meno di 12 ore prima della dimissione).
- **PREMsT** (Patient Reported Experience Measures Territorio e Cronicità). Questa indagine riguarda l'esperienza e gli esiti delle cure primarie e ha la finalità di conoscere il punto di vista dei pazienti che hanno avuto un episodio di visita ambulatoriale presso una struttura dell'Azienda Ulss 9 Scaligera. Si tratta di un'indagine di più recente introduzione e si sta lavorando al superamento delle criticità riscontrate in fase di avvio.

L'Azienda, attraverso l'Unità Operativa "Comunicazione e Marketing" che gestisce l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (**URP**), registra con costanza le segnalazioni, gli elogi ed i reclami provenienti dagli utenti. Redige periodicamente un report che segnala con tempestività le principali problematiche percepite dall'utenza e ne permette il "dimensionamento" al di là della percezione, per sua natura, frammentaria delle migliaia di "vissuti" degli utenti che entrano in contatto con l'Azienda. Dal report relativo al primo semestre del 2024 emerge un trend in costante aumento dall'inizio dell'anno (+256 segnalazioni rispetto al semestre precedente) con alcune differenze a livello locale: prosegue la tendenza, come già nel 2023, all'incremento nei Distretti 3,4 e alla diminuzione nei Distretti 1,2. Si mantiene stabile la proporzione di segnalazioni su strutture ospedaliere (20%) e territorio (15%). Il 50% dei reclami riguarda il tema dei "tempi d'attesa", anche in questo caso con diversità nel territorio (D3: 46,5%; D4: 27,5%; D1,2: 26%).

Da quanto presentato in questo paragrafo risulta evidente che **la misurazione e valutazione dei KPI per esprimere un giudizio circa la produzione di valore pubblico necessita di tempi molto lunghi** e può nascere solo dall'interpretazione di adeguate serie storiche. Anche la tempistica con cui si rendono disponibili i KPI non è sempre adeguata (alcuni indicatori del BES hanno un ritardo medio di 2 anni). Pertanto è necessario affidarsi ad indicatori di performance, per loro natura più tempestivi, per avere una *proxy* degli effetti dell'attività aziendale in termini di valore.

Monitoraggio della Performance

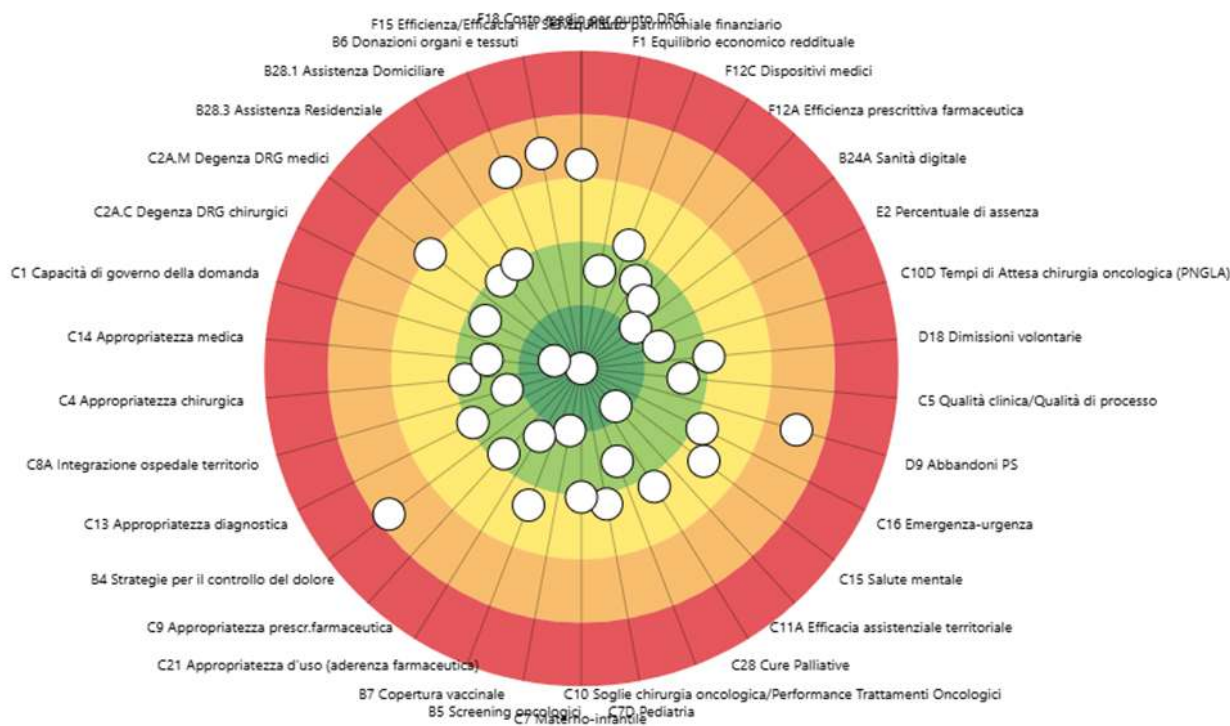
Nel PIAO il legislatore concentra l'attenzione sul tema del monitoraggio sia delle singole sezioni che lo compongono sia sull'intero Piano. I sistemi di misurazione della performance delle aziende, delle attività e dei sistemi sanitari condividono l'uso di batterie di indicatori numerici, confrontati con target specifici di soddisfazione, variamente integrati e sintetizzati per evidenziare le aree di eccellenza e di debolezza.

L'aggancio degli obiettivi operativi alla strategia, e da questa alla creazione di valore, si giova in particolar modo di sistemi di valutazione esterni all'azienda, che producono analisi pubbliche, disponibili alla lettura di tutti gli stakeholders ed a talune condizioni, di facile fruibilità anche per il comune cittadino e che in alcuni casi condividono indicatori specifici. Tra i sistemi di valutazione più conosciuti a livello italiano ricordiamo:

- Sistema di Valutazione delle Performance della Scuola Sant'Anna dell'Università di Pisa (<https://performance.santannapisa.it>) che propone i dati forniti da un Network volontario di Regioni italiane ed identifica la performance fino al livello della singola azienda sanitaria
- Nuovo Sistema di garanzia (<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>) che ha sostituito il precedente monitoraggio dei LEA (cosiddetta Griglia LEA) e contempla un numero elevato di indicatori, calcolati dal ministero solo a livello di Regione
- Programma nazionale Esiti (<https://pne.agenas.it/>) che raccoglie e rappresenta per singolo presidio, i dati di qualità dell'assistenza ospedaliera, in modo particolare con riferimento agli esiti ed alla sicurezza delle procedure.

Il Bersaglio Sant'Anna di Pisa (dati 2023) mostra in generale una buona risposta dell'azienda, con numerose eccellenze, pur con alcune criticità. Rispetto al Bersaglio 2022 si nota un **miglioramento** nell'area dell'Assistenza domiciliare. Leggermente migliorati, ma sempre medi risultano Degenza DRG Medici e Salute mentale, mentre si mantiene scarso il risultato per Strategie per il controllo del dolore. Risultano peggiorati gli indicatori Efficienza-efficacia dei PISLL, Donazioni di organi e tessuti, Abbandoni PS.

Bersaglio 2023 - ULSS n. 9 Scaligera



Il Ministero non produce a livello di singola Azienda i Dati del NSG, ma la Regione Veneto ha predisposto un cruscotto nel quale almeno una parte degli indicatori, trova rappresentazione. La sintesi dei dati stimati per il 2024 è riportata sotto:

Anno	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
2023	96,0 	96,3 	90,0
2024 (stima)	98,4 	94,8 	87,6

Come si può vedere solo l'area dell'Ospedale scende sotto la soglia di eccellenza, in corrispondenza degli indicatori che anche il sistema PNE indica come problematici.

Ospedale di Legnago	Ospedale di San Bonifacio	Ospedale di Villafranca
Dati SDO 2023		
Dati SDO 2022		

Il Treemap per gli ospedali a gestione diretta, come rappresentati nel PNE 2024 evidenzia un miglioramento della performance dell'ospedale di Legnago, in particolare smettono di essere critici/bassi gli indicatori dell'area di chirurgia oncologica e neurologia. Peggiora, invece, l'area pneumologica, che era migliorata nel 2022. Nel 2023 si evidenziano alcuni miglioramenti nell'ospedale di Villafranca, in particolare nelle aree pneumologica e osteomuscolare, pur permanendo critico l'ambito chirurgico. Per l'ospedale di San Bonifacio si rilevano un miglioramento delle aree osteomuscolare e nefrologica, ma un peggioramento di cardiologia e chirurgia oncologica.

La **verifica della Performance Aziendale** si integra variamente con questi sistemi di valutazione esterna ed inoltre, costruito per permettere la chiusura del ciclo di programmazione e controllo con l'attivazione dei sistemi premiali aziendali, deve rispettare altri tempi e focalizzarsi maggiormente sul sistema di obiettivi aziendale, in larga parte determinati dalla Regione (vedi Allegato 2 Documento delle Direttive).

In questo senso le modalità di monitoraggio della performance ai fini del PIAO possono agevolmente e concretamente tradursi nei momenti di confronto convocati dalla Regione sull'andamento degli indicatori scelti dalla Giunta nella delibera di assegnazione annuale degli obiettivi, che hanno luogo indicativamente nei mesi di marzo-aprile e settembre-ottobre, intercalati dai momenti di rendicontazione rappresentati dalla **Relazione Annuale sulla Performance** (di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del D.lgs 150/2009) adottata ogni anno con delibera del Direttore generale **entro il 30 giugno** di ogni anno.

L'ultima Relazione sulla Performance, relativa all'ultimo ciclo di performance concluso, è disponibile al link

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2710

Si noti che secondo la DGR 1717/2022 la Regione dovrebbe adottare la delibera con la **valutazione di competenza della Giunta regionale** sul raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR entro il 31 maggio di ogni anno, permettendo in questo modo di prenderla a fondamento per la valutazione finale della performance, ma con riferimento alle ultime annualità non è stato possibile rispettare questa coerenza cronologica (l'ultima DGR, relativa alla valutazione 2023 è stata adottata con DGR n. 1445 del 03 dicembre 2024).

Monitoraggio Misure Anticorruzione e Trasparenza

Le modalità di monitoraggio delle Misure di Anticorruzione sono state già illustrate nel punto n.7 della Parte I del Capitolo sull'anticorruzione (pagina 29 "Monitoraggio sulle Misure di Prevenzione e sul Funzionamento dello Strumento di Programmazione"), mentre nel punto n.9 della Parte II sono illustrate quelle relative alla trasparenza (pagina 32 "Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi").

Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano

L'Azienda si è dotata alla fine del 2023 di Regolamento per l'assegnazione degli incarichi di funzione organizzativi e professionali al personale del Comparto a seguito dell'entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022, e tutti gli incarichi del Personale Tecnico Amministrativo sono stati assegnati, così come gli incarichi di funzione organizzativa, organizzativa con coordinamento e dipartimentale di Area Sanitaria indicati come prioritari dalla Direzione Professioni Sanitarie.

Il Regolamento è stato successivamente implementato, in seguito a contrattazione integrativa e approvato con deliberazione n. 1356-2024. Sulla base di quanto concordato nell'accordo integrativo, è stata applicazione allo stesso con l'emissione di un nuovo avviso per l'attribuzione dei nuovi incarichi di funzione professionale - di area Sanitaria - per l'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari, nonché degli Operatori, per un totale di n. 75 posizioni a bando.

Durante il 2025 si procederà con l'obiettivo di assegnare gli incarichi ancora mancanti, nonché quelli relativi all'Area Sociale, la cui mappatura è in corso di aggiornamento a seguito dell'insediamento del nuovo Direttore.

Si riporta di seguito una tavola sinottica dell'istruttoria gestita.

RUOLO	N. INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA E PROFESSIONALE PER I QUALI SONO STATI EMESSI AVVISI ANNO 2024	N. DOMANDE ISTRUITE
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI		
PTA	5	11
SANITARIO - IFO	105 (+1 INCARICO RIBANDITO)	453 (+31 PER INC. RIBANDITO)
SANITARIO - PROFESSIONALI	69	SCAD. BANDO 13/01/2025
SOCIO SANITARIO	3	12
Totale	182	507
AREA DEGLI ASSISTENTI E OPERATORI- IN CORSO		
PTA	10	11
SANITARIO	6	SCAD. BANDO 13/01/2025

L'Azienda garantisce, ad ogni dirigente neo assunto, dopo il superamento del periodo di prova, un incarico di natura professionale con specifici obiettivi e attribuzione di campi di responsabilità.

Monitoraggio del Piano Triennale Fabbisogno Personale

Le previsioni relative al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale vengono realizzate attraverso la **programmazione trimestrale delle assunzioni** che viene sottoposta all'analisi della CRITE e successivamente approvata totalmente o parzialmente. Un primo monitoraggio pertanto della concreta realizzazione del Piano consiste nelle conseguenti assunzioni disposte con deliberazioni dei Direttore Generale. L'attuazione del Piano trova realizzazione anche per mezzo delle **aggregazioni ai concorsi indetti da Azienda Zero** per il reclutamento delle varie figure professionali. L'Azienda inoltre avvia in autonomia le procedure selettive che Azienda Zero non ritiene di interesse generalizzato quali gli avvisi a tempo determinato. L'attuazione del Piano può anche essere realizzata attraverso reclutamento per mezzo di procedure di mobilità qualora i vari responsabili ritengano preferibile avvalersi di personale già esperto e formato.

L'attuazione del piano presuppone altresì l'avvio delle procedure volte a reclutare i liberi professionisti laddove siano risultati infruttuosi i tentativi di reclutamento del personale a tempo indeterminato o determinato.

La programmazione semestrale dell'acquisto di prestazioni aggiuntive per recupero liste di attesa o per fronteggiare carenze di personale completa gli strumenti di monitoraggio del piano medesimo che vede in primis il rispetto dei tetti di spesa assegnati per le varie tipologie di acquisizioni.

Per l'anno 2024, le nuove assunzioni disposte in attuazione di quanto previsto dal piano dei fabbisogni hanno interessato le seguenti figure professionali:

PROFILO	N°
MEDICI	85
VETERINARI	11
BIOLOGI	1
PSICOLOGI	12
INGEGNERI	1
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	1
INFERMIERI	37
OSTETRICHE	8
PERSONALE DELLA PREVENZIONE	7
PERSONALE TECNICO SANITARIO	14
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	27
ASSISTENTI SOCIALI	2
OPERATORI SOCIO SANITARI	37
PERSONALE TECNICO COMPARTO	8
PERSONALE AMMINISTRATIVO COMPARTO	42
TOTALE	293

Le dimissioni realizzatesi nel corso dell'anno 2024 sono invece riepilogate nella tabella sottostante, che evidenzia anche il dettaglio delle cessazioni dovute a pensionamenti:

PROFILO	N°	DI CUI PER PENSIONAMENTO
MEDICI	76	17
VETERINARI	9	3
BIOLOGI	1	1
CHIMICI	1	1
FISICI	1	1
PSICOLOGI	3	2
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	1	1
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	2	
INFERMIERI	141	84
OSTETRICHE	6	1
PERSONALE DELLA PREVENZIONE	24	11
PERSONALE TECNICO SANITARIO	26	9
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	27	11
ASSISTENTI SOCIALI	10	4
OPERATORI SOCIO SANITARI	49	35
PERSONALE TECNICO COMPARTO	18	15
PERSONALE AMMINISTRATIVO COMPARTO	59	40
TOTALE	454	236

Monitoraggio del Piano per il Benessere Organizzativo

La UOC GRU, considerando la valenza strategica, anche nel lungo termine, del Benessere Organizzativo, ha posto l'attenzione sullo sviluppo dei progetti ad esso legati nelle varie aree precedentemente interessate dalla deliberazione n.1100 del 30.12.2021 "PROVVEDIMENTI IN MATERIA DI BENESSERE ORGANIZZATIVO – NOMINA REFERENTI ED APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE DELL'AULSS 9 "SCALIGERA" – TRIENNIO 2022-2024" e monitorato quanto già realizzato che si sintetizza nella tabella che segue:

PROGETTI BENESSERE 2022-2024					STATO ATTUAZIONE
Gruppi di Lavoro	di	Ambiti di attività (a esemplificativo)	titolo	titolo progetto	

PROGETTI BENESSERE 2022-2024				
Gruppi di Lavoro	Ambiti di attività (a titolo esemplificativo)	titolo progetto	STATO ATTUAZIONE	
Age Management	Far acquisire le conoscenze - competenze per la riqualificazione professionale	RIQUALIFICAZIONE PROFESSIONALE PERSONALE COMPARTO SANITA'	Si sta procedendo alla ricognizione delle aree in cui è attualmente inserito personale sanitario con limitazioni lavorative ed adibito esclusivamente ad attività amministrativa (non propria del profilo di inquadramento professionale).	
	Far acquisire le conoscenze - competenze al personale di qualsiasi profilo per l'utilizzo in autonomia del computer e di altri strumenti digitali (es.tablet)	ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA	Corsi previsti erogati	
Diversity and Inclusion Management	Integrazione lavorativa per dipendenti con disabilità e neo assunti con disabilità, facilitare l'accesso e l'ambiente nei luoghi di lavoro, istituzione di un punto di ascolto e di supporto per i dipendenti	INSIEME - DIVERSAMENTE AL LAVORO	IN PARALLELO CON IL PROGETTO PER L'INSERIMENTO NEO ASSUNTI DEL GRUPPO "Istituti contrattuali" E' STATO PREPARATO UN PROCEDIMENTO PER I NEO ASSUNTI CON DISABILITA'.	
		DISABILITY FREE: ACCESSIBILITÀ AULSS 9	APP PER L'ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE: E' STATA VALUTATA LA FATTIBILITA' CON IL SERVIZIO INFORMATICO ED E' EMERSA LA NECESSITA' DI RICORRERE AD UNA DITTA SPECIALIZZATA.	
		DISABILITY FREE: SPORTELLO VIRTUALE "TI ASCOLTO"	in fase di definizione per rendere conforme con normativa Privacy	
Istituti contrattuali	Arginare il turn-over in azienda ed applicare il nuovo CCNL Comparto Sanità	SI PARTE CON IL NUOVO CCNL - AREA COMPARTO -	sottoscritti i regolamenti che definisco i criteri di attribuzione dei DEP e degli incarichi di funzione (IFO) . Sono stati aggiornati i regolamenti sullo Smart Working (deliberazione n.193 del 28/02/2024) e sul part time (pre accordo sottoscritto il 17/12/2024).	
		ASCOLTO COSTRUTTIVAMENTE LE TUE MOTIVAZIONI	predisposto il questionario da somministrare ad assunti e cessati. in corso valutazione sulle modalità di compilazione per adeguarlo alle indicazioni del referente privacy.	
		ONBOARDING	PRIMA STESURA PROTOCOLLO DI INSERIMENTO NEO ASSUNTO PER: DIRIGENZA AREA SANITA', COMPARTO AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA	
Comunicazione interna e "benessere aziendale"	La comunicazione interna è un tema strategico per l'Azienda Ulss 9 Scaligera e il piano si propone di implementare un sistema efficace ed efficiente con tutti gli operatori. La recente attivazione della piattaforma intranet consente un approccio alla comunicazione interna più capillare e costante. In tale contesto diventa rilevante individuare una strategia specifica per le comunicazioni delle attività previste dal "Approvazione Piano Triennale per il Benessere organizzativo dell'ULSS 9 Scaligera. Triennio 2022-2024" e successiva Adozione dei progetti per il Benessere organizzativo ed individuati dai referenti per singola Area di attività.	Implementare un Piano della comunicazione relativo alle iniziative che verranno intraprese nell'ambito del benessere organizzativo dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, come previsto dalla Delibera del Direttore Generale n° 1100 del 30.12.2021.		
		"La rete della comunicazione interna per generare il valore di squadra dell'Azienda Ulss 9 Scaligera"	eventi effettuati e completati nel 2024	
		LA COMUNICAZIONE INTERNA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL LAVORO NELL'UO.	eventi effettuati e completati nel 2024	
Work life Balance e Welfare aziendale	Azioni per la conciliazione tempi di vita, lavoro, famiglia; offerta di benefit per i dipendenti relativi alle tematiche della cura, della salute, della cultura e del tempo libero	MENTORING, REVERSE MENTORING: IO TI INSEGO TU MI INSEGNI	In fase di definizione	
		PROBLEM SOLVING A PORTATA DI MANO	Effettuate 3 edizioni: 14.09.23, 19.10.23, 16.11.23	
Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro	Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato al personale turnista	SLEEP AFTER THE NIGHT	non è stato possibile individuare degli ambienti idonei al progetto. RINNOVATA LA RICHIESTA PER IL 2024	

PROGETTI BENESSERE 2022-2024			
Gruppi di Lavoro	Ambiti di attività (a titolo esemplificativo)	titolo progetto	STATO ATTUAZIONE
		COOK SIMPLE AND HEALTHY	Coinvolto il SIAN per la pubblicazione anche nella Intranet delle ricette del benessere presenti nel portale aziendale
		RELAX YOUR MIND	Ricognizione degli spazi dove svolgere i corsi (palestre) e individuazione dei docenti
	Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato a tutto il personale	MOVE YOUR BODY	I corsi previsti sono stati attivati
Coordinamento nella formazione	Favorire il benessere formando e informando	TUTTI A BORDO, BENVENUTI IN AZIENDA	contenuti inseriti nelle nuove edizioni dei corsi sulla comunicazione interna
		DALLA PANDEMIA AL BENESSERE: GESTIONE DELLO STRESS E RILASSAMENTO GUIDATO	I corsi previsti sono stati attivati
Mobility Management	Razionalizzare gli spostamento nello sviluppo della mobilità sostenibile	MOTOSENSIBILE	predisposto questionario volto ad indagare la provenienza e i mezzi utilizzati dai dipendenti per raggiungere le sedi lavorative

Integrazione Monitoraggi

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, attraverso il gruppo di Lavoro espressamente individuato con DDG n. 427 del 28 aprile 2022, procede al monitoraggio infrannuale e consuntivo dei contenuti programmatici del PIAO. In questo senso giova la tempistica prevista dalla DGR 1717/2022, con cui si indica nel **31 maggio** di ogni anno il termine per la **valutazione di competenza della Giunta regionale** sul raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR, e con cui viene auspicato che si svolgano tra azienda e regione almeno due incontri di monitoraggio annui indicativamente nei mesi di **marzo-aprile** e **settembre-ottobre**; gli esiti di questi appuntamenti di verifica rappresentano il calendario di monitoraggio dell'insieme delle azioni previste dal PIAO per la continua verifica dell'efficacia delle strategie di creazione di Valore Pubblico stabilite.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", a cura del Controllo di Gestione, avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", effettuato dal responsabile RPCT, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

f.to il Direttore Generale

Dott.ssa Patrizia Benini

Allegato 1. “Scheda anagrafica dell’amministrazione”

Premessa

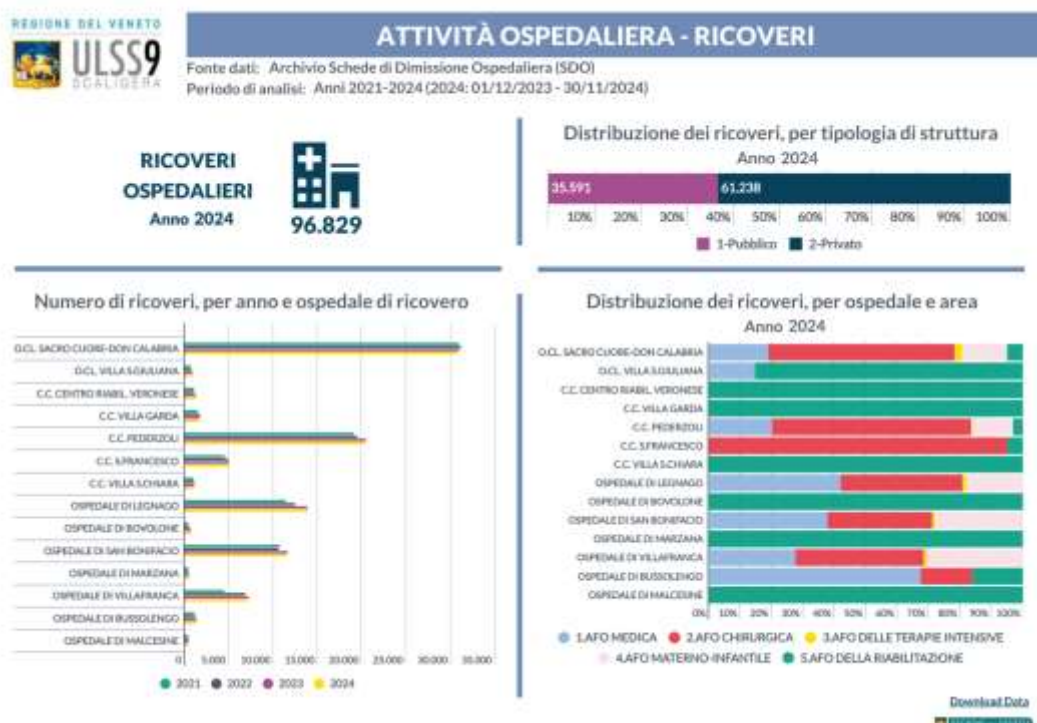
Al fine di focalizzare il lettore del Piano integrato di Attività ed Organizzazione ai soli elementi di Valore del testo, si riportano in questo allegato i dati relativi alle dimensioni di attività aziendale. Si sono utilizzate le infografiche prodotte da Azienda Zero con parametri di estrazione e di elaborazione omogenei per tutte le aziende del SSR. Laddove necessario, sono state integrate alcune informazioni.

L'assistenza Ospedaliera

L'Azienda ULSS 9 Scaligera comprende 14 Presidi Ospedalieri di cui 7 a gestione diretta e 7 privati accreditati (“Piano aziendale di attuazione della DGR 614/2019” - DDG 609 del 20.9.2019), di cui:

- n.3 Ospedali Presidi di Rete –Spoke (Legnago, San Bonifacio, Villafranca)
- n.4 Strutture Riabilitative integrative della rete Ospedaliera (Malcesine, Bussolengo, Bovolone, Marzana)
- n. 2 Ospedali Spoke – Presidio ospedaliero a valenza provinciale (Negrar, Pederzoli)
- n. 1 struttura Privata accreditata integrativa della rete ospedaliera regionale (San Francesco)
- n. 2 Strutture Monospecialistiche di Riabilitazione Psichiatrica (Villa Santa Giuliana, Villa Santa Chiara)
- n. 2 Strutture di Riabilitazione (Centro Riabilitativo Veronese, Villa Garda)

Ricoveri



Interventi



Pronto Soccorso

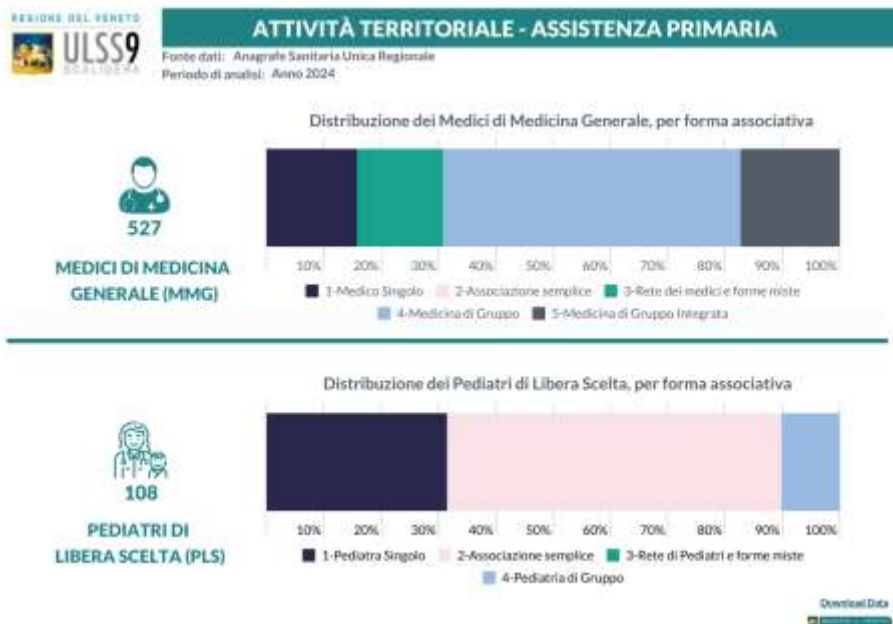


L'assistenza Specialistica



L'assistenza Distrettuale

Assistenza primaria



Assistenza Domiciliare integrata



ATTIVITÀ TERRITORIALE - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

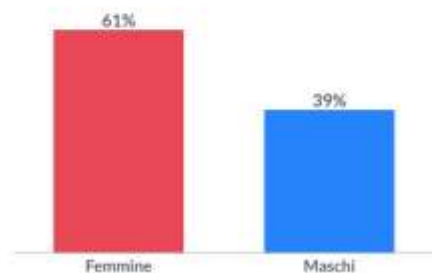
Fonte dati: Flusso Assistenza e Cure Domiciliari - ADI
Periodo di analisi: Anni 2022-2024 (2024: 01/10/2023 - 30/09/2024)

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

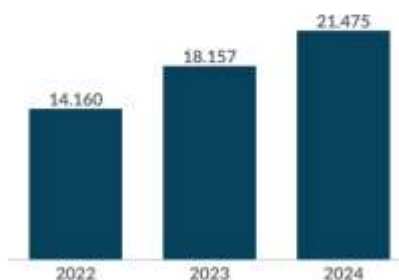
Anno 2024


21.475

Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso
Anno 2024



Numero di pazienti in ADI, per anno



[Download Data](#)
[Stampa Grafico](#)

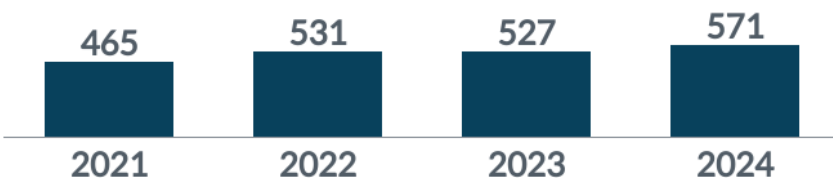
Assistenza nelle strutture intermedie

Assistiti in ODC

Struttura Erogatrice	2024	2023	2022
Bovolone	190	230	210
Le Betulle - Verona	230	260	232
Negrar	169	-	-
Pederzoli	323	353	290
San Bonifacio	210	214	178
Tregnago	217	212	192
Valeggio	205	209	178
Totale	1.544	1.478	1.280

Assistiti in Hospice

Pazienti in Hospice, per anno



Assistenza psichiatrica territoriale

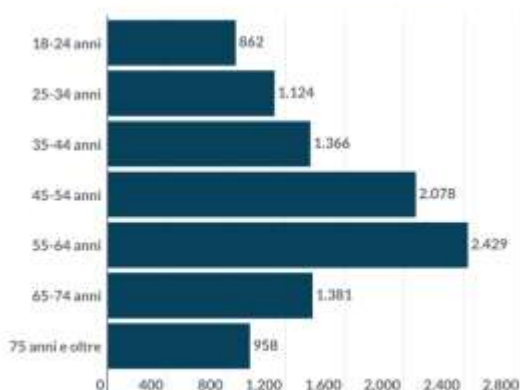
ATTIVITÀ TERRITORIALE - SALUTE MENTALE

Fonte dati: Flusso Assistenza Psichiatrica Territoriale (APT)
Periodo di analisi: Anno 2023

UTENTI CON ALMENO UN
CONTATTO CON I SERVIZI
DI SALUTE MENTALE


10.198

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



Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico



[Download Data](#)

Prevenzione

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Fonte dati: per copertura screening: Sistema Informativo Screening; per copertura vaccinale: Anagrafe Vaccinale Regionale
Periodo di analisi: copertura screening: 2024 (dato parziale 01/01-30/09); copertura vaccinale "Esavalente": 2024 (dato parziale 07/2024); copertura vaccinale "Influenza" e "HPV": 2023



Copertura screening (%)



62%

Mammella



49%

Colon-retto



54%

Cervice uterina

Copertura vaccinale (%)



95%

Esavalente*



53%

Influenza**



80%

Papilloma virus (HPV)



*ciclo base pediatrico

**influenza nell'anziano (65+ anni)

Download Data
Microsoft Excel

Allegato 2 “Documento delle Direttive anno 2025”

Introduzione

In aderenza ai contenuti e alle scelte del PIAO, l'Azienda ha elaborato il **Documento di Direttive** che costituisce il punto di **partenza del processo di budget** per l'anno in corso e rappresenta, ai sensi della L.R. 55/1994, lo strumento di raccordo tra i documenti di pianificazione pluriennale e il sistema di budget, in aderenza alle scelte e ai contenuti dei piani, programmi e progetti adottati.

Il presente documento ha la funzione di realizzare il raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione regionale, il PIAO ed il budget aziendale, in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione e programmazione adottate dall'azienda.

Si tratta, quindi, di uno strumento tecnico attraverso il quale le **linee di indirizzo vengono declinate in obiettivi precisi**, riconducibili ad azioni specifiche, dando unità ai propositi di gestione dell'Azienda ULSS 9 nel rispetto delle politiche gestionali e delle attività istituzionali delle singole UU.OO.

Le direttive indicate nel presente documento, sono distribuite ai Direttori delle strutture tecnico funzionali (Direttore della Funzione Ospedaliera, Direttore della Funzione Territoriale e Direttore del Dipartimento di Prevenzione) ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di UOC, ai responsabili di UOSD e dovranno essere, a cascata, portate a conoscenza di tutto il personale. Il documento viene pubblicato nell'intranet aziendale ed è pertanto a disposizione di tutti i dipendenti.

Come specificato dalla legge regionale, il Documento di Direttive indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget. Il documento si compone quindi delle seguenti parti:

- il processo di budget, dall'assegnazione alla valutazione
- i Centri di Responsabilità per l'anno in corso;
- gli obiettivi aziendali per l'anno in corso;
- il raccordo tra la programmazione economica e gli obiettivi aziendali e di budget;
- il raccordo con la pianificazione pluriennale;

Il processo di budget

Negoziazione degli obiettivi di Budget

La fase di programmazione è di competenza della **Direzione Strategica** (DG, DA, DS e DSS) che attraverso il PIAO:

- definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali;
- individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;
- fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso allegato.

L'adozione del Documento delle Direttive rappresenta il momento di avvio del processo di budget per l'anno in corso, pertanto, viene inviato a tutti i Direttori/ Responsabili di Centri di Responsabilità dell'Azienda. L'“attività di budgeting”, attraverso la fase di negoziazione, porta all'assegnazione degli obiettivi alle diverse Unità Operative e rappresenta la base per la costruzione del sistema premiante sia del personale dirigente che del comparto. Al fine

di responsabilizzare tutti gli operatori sul piano dei risultati, dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati, viene prevista la possibilità di una pesatura differenziata per il medesimo obiettivo tra dirigenza e comparto.

Le intese di budget sono riportate in una **scheda** che rappresenta il supporto per l'intero ciclo ed in particolare viene:

- sottoscritta congiuntamente dai soggetti di cui al successivo paragrafo (SCHEDA DI BUDGET FIRMATA);
- rivista / modificata in corso d'anno per eventuale rinegoziazione (SCHEDA DI BUDGET RINEGOZIATA);
- integrata a consuntivo con i risultati raggiunti e la percentuale di raggiungimento finale (SCHEDA DI BUDGET VALUTAZIONE FINALE)

La scheda di Budget riporta:

- gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive;
- azioni ed indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente;
- il peso dei singoli obiettivi differenziato per il personale dirigente e per il personale del comparto.

La fase di negoziazione si conclude con il **recepimento con Delibera** delle schede budget sottoscritte ed è compito del Controllo di Gestione archiviare le schede firmate dai Direttori di Struttura.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è l'oggetto della **valutazione della Performance Organizzativa**. La percentuale di raggiungimento degli obiettivi della performance organizzativa determina la percentuale liquidabile delle risorse totali a disposizione dell'Unità Operativa e di conseguenza influenzano la valorizzazione della quota individuale.

È compito del responsabile di ciascun CDR, eventualmente tramite delegati nel rispetto dei contratti integrativi, comunicare ai propri collaboratori gli obiettivi sottoscritti e tradurli in programmazione locale, in particolare deve:

- 1) comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- 2) comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- 3) informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- 4) effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- 5) formalizzare gli obiettivi individuali attraverso l'apposita scheda che sarà utilizzata per la valutazione.

Delle attività sopraindicate deve essere data specifica evidenza dal responsabile di struttura il quale deve altresì curare che tutte le schede di valutazione individuale siano debitamente sottoscritte dai valutati.

Gli obiettivi assegnati alle UOS sono inclusi nella scheda budget sottoscritta dal Direttore di UOC da cui dipendono.

Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate

L'atto aziendale prevede che la realizzazione degli obiettivi da parte dei singoli centri di responsabilità costituisca oggetto di valutazione per i dirigenti. Le Unità Operative che negoziano il budget sono quelle incaricate di gestire le risorse assegnate, ovvero le **Unità Operative Complesse**, cui affiancare le **Unità Operative Semplici Dipartimentali** e le **Unità Operative Semplici in staff** alle Direzioni strategiche.

Alla luce di quanto previsto dall'atto aziendale sono previsti **Dipartimenti intraziendali**, strutturali e funzionali, che comprendono unità operative appartenenti a più ospedali, e che afferiscono ciascuno ad uno dei tre direttori medici ospedalieri. Per tali dipartimenti "transmurali" il nuovo regolamento dei Dipartimenti, prevede che vi sia un momento di discussione collettiva degli obiettivi, estesa a tutti i componenti del **Comitato di Dipartimento** così come individuati dal regolamento.

L'**UOC Controllo di Gestione** svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

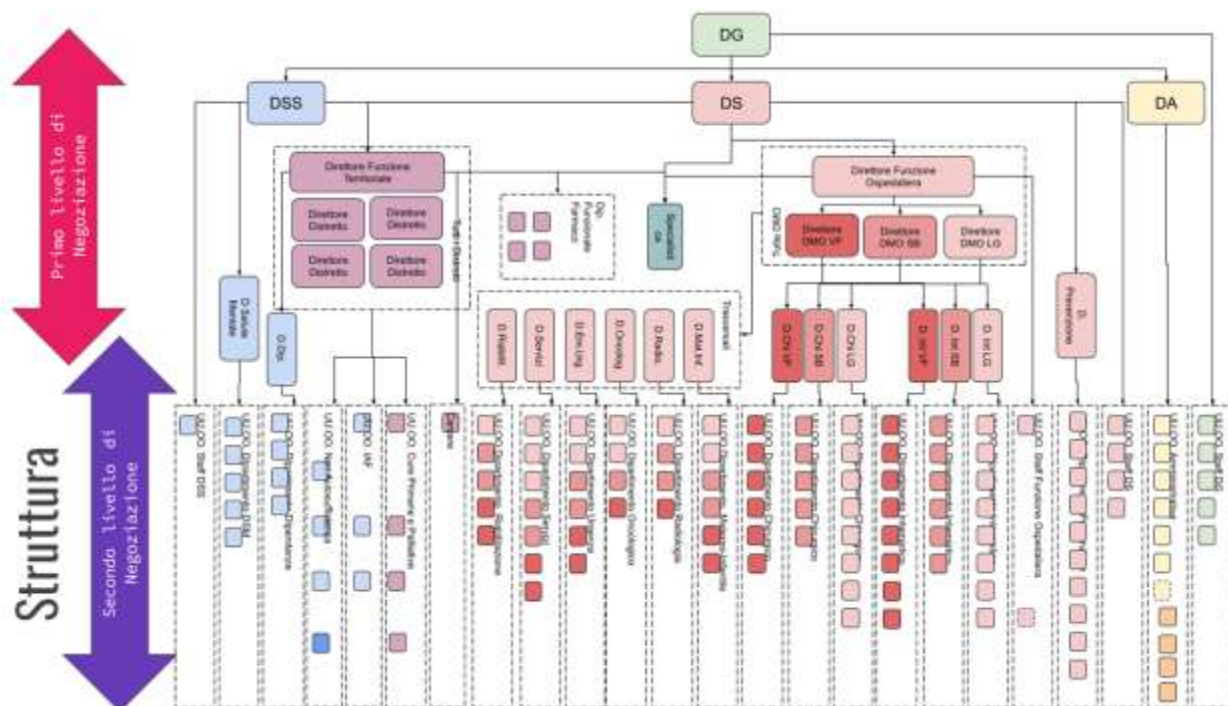
La negoziazione e sottoscrizione finale del budget si svolge su due livelli di contrattazione. Il primo livello coinvolge:

- **Direttore Generale** con riferimento alle direzioni strategiche (DS, DSS, DA);
- **Direttore Amministrativo** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo (10 UO);
- **Direttore dei Servizi Socio-Sanitari** con riferimento al Direttore della Funzione Territoriale (1 DF), alle UU.OO. dei Distretti Socio-Sanitari (4 UO), del Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (1 DD) ;
- **Direttore Sanitario** con riferimento al Direttore della Funzione Ospedaliera (1 DF), alle Direzioni Mediche Ospedaliere (3 UO), del Dipartimento Funzionale del Farmaco (4 UO assieme al DA) e del Direttore del Dipartimento della Prevenzione (1 DD);
- **Direttore della Funzione Ospedaliera** con riferimento ai direttori dei Dipartimenti ospedalieri internistici (3 DD), chirurgici (3 DD) e trasversali (6 DD), in collaborazione con le DMO;
- **Direttore della Funzione Territoriale** con riferimento al Farmaceutico e agli obiettivi del Direttore del Dipartimento delle Dipendenze (4 UO);
- Alla negoziazione degli obiettivi della **UOS Specialistica** (1 UO) partecipano Direttore Generale, Direttore Sanitario, DFO e DFT.

Il secondo livello, invece, prevede la negoziazione tra le **Direzioni di Area/Funzione/Dipartimento** e le UU.OO. afferenti, al fine di dare maggior forza ai livelli gerarchici intermedi.

- **Direttore del Dipartimento della Prevenzione** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento (10 UO);
- **DMO e Direttori di Dipartimento ospedaliero** con riferimento a tutte le UU.OO. Ospedaliere (73 UO) di cui:
 - 1 in Staff
 - 23 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO BU-VF;
 - 25 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO LG ;
 - 24 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO SB (sottoscritte dalla DMO di SB);
- **Direttori di distretto** con riferimento a tutte le UU.OO. afferenti ai Distretti (11 UO) e delle Dipendenze (4 UO)
- **Direttore di Dipartimento di Salute Mentale** (5 UO)
- **Direttore Generale** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (5 UO);
- **Direttore dei Servizi Socio-Sanitari** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (2 UO);
- **Direttore Sanitario** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (4 UO);

Le articolazioni che negoziano e sottoscrivono le intese di budget sono le stesse chiamate a valutare i risultati finali.



Rispetto all'inquadramento gerarchico, la negoziazione di Budget prevede alcune "eccezioni" tra cui:

- Negoziazione degli obiettivi delle 4 Unità Operative afferenti al Dipartimento Farmaceutico con la presenza di DA, DS, DSS e le Funzioni;
- Discussione collegiale dei Dipartimenti Ospedalieri con tutte le DMO;
- Discussione collegiale delle UU.OO. Territoriali con tutti i Distretti;
- Negoziazione degli obiettivi dell'UOS Specialistica assieme alle Funzioni;
- Negoziazione della Direzione delle professioni Sanitarie con le DMO.

Il piano dei Centri di responsabilità

Il Budget viene sottoscritto dai seguenti 152 centri di responsabilità.

DIREZIONE GENERALE	Prog
Staff	
Controllo di Gestione (UOC)	1
Formazione (UOS)	2
Servizio di Prevenzione e Protezione (UOS)	3
Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi (UOS) e Ufficio Innovazione e Sviluppo organizzativo Unica Scheda)	4
UOS URP Comunicazione e Marketing	5
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	
Dipartimento Amministrativo	
Affari Generali (UOC)	6
Contabilità e Bilancio (UOC)	7
Provveditorato Economato e Gestione della Logistica (UOC)	8
Risorse Umane (UOC)	9
Servizi Tecnici e Patrimoniali (UOC)	10
Sistemi Informativi (UOC)	11
Internal Auditing (UOC)	12
Direzione Amministrativa di Ospedale (UOC)	13

Direzione Amministrativa Territoriale (UOC)	14
Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione (UOSD)	15
DIREZIONE SANITARIA	
DIRETTORE FUNZIONE OSPEDALIERA	16
DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	17
DMO	
Direzione Medica Ospedaliera (UOC)	18
Direzione Medica Ospedaliera Legnago (UOC)	19
Direzione Medica Ospedaliera San Bonifacio (UOC)	20
Staff	
Direzione Professioni Sanitarie (UOC)	21
Nucleo Aziendale di Controllo (UOS)	22
Osservatorio Infettivologo Aziendale (UOS)	23
Risk Management (UOS)	24
DIPARTIMENTO del Farmaco	
Assistenza Farmaceutica Territoriale (UOC)	25
Farmacia Legnago (UOC)	26
Farmacia San Bonifacio (UOSD)	27
Farmacia Villafranca (UOC)	28
DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di origine animale e dei loro derivati (UOC)	29
Servizio Attività Motoria (UOSD)	30
Servizio di Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione Salute (UOSD)	31
Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione SIAN (UOC)	32
Servizio di Igiene e Sanità Pubblica SISP (UOC)	33
Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro SPISAL (UOC)	34
Servizio Medicina Legale (UOC)	35
Servizio Veterinario di Sanità Animale (UOC)	36
Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (UOC)	37
Servizio Veterinario di Igiene Urbana Animale (UOC)	38
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIALI	
DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	39
DIRETTORE FUNZIONE TERRITORIALE	40
Distretto 1 Verona Città (UOC)	41
Distretto 2 Est Veronese (UOC)	42
Distretto 3 (UOC)	43
Distretto 4 (UOC)	44
Staff	
Cerris (UOSD)	45
Sociale (UOC)	46
Direttore Dipartimento Salute Mentale	
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
Gestione Percorsi Riabilitativi e Integrazione con le Aree Distrettuali (UOSD)	47
Psichiatria 1 (UOC)	48
Psichiatria 2 (UOC)	49
Psichiatria 3 (UOC)	50
Rems (UOC)	51
DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE	
Distretto 1 Verona Città	
Cure Primarie (UOC)	52
Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC)	53
Salute in Carcere (UOC)	54
Distretto 2 Est Veronese	
Disabilità e non Autosufficienza (UOC)	55
Distretto 3 Pianura Veronese	
Cure Primarie (UOC)	56

Disabilità e non Autosufficienza (UOC)	57
Infanzia Adolescenza Famiglia e Consulteri (UOC)	58
Distretto 4 Ovest Veronese	
Cure Palliative (UOC)	59
Cure Primarie (UOC)	60
Disabilità e non Autosufficienza (UOC)	61
Infanzia Adolescenza Famiglia e Consulteri (UOC)	62
DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE	
Alcologia e Dipendenze (UOSD)	63
Dipendenze Bussolengo e Legnago (UOC)	64
Dipendenze Verona (UOC)	65
Gioco d'Azzardo Patologico (UOSD)	66
Staff	
Attività Specialistica (UOS)	67
DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA	
Staff	
Integrazione Percorsi Ospedalieri (UOSD)	68
DMO BUSSOLENGO/VILLAFRANCA/MALCESINE	
DIRETTORE DIPARTIMENTO Chirurgico VF	69
DIRETTORE DIPARTIMENTO Internistico VF	70
DIRETTORE DIPARTIMENTO Diagnostica per Immagini	71
DIRETTORE DIPARTIMENTO Materno Infantile	72
Dipartimento Chirurgico	
Attività Ortopedica Bussolengo (UOSD)	73
Chirurgia Generale (UOC)	74
Oculistica (UOSD)	75
Ortopedia (UOC)	76
Otorinolaringoiatria (UOC)	77
Urologia (UOC)	78
Dipartimento Internistico	
Cardiologia (UOC)	79
Gastroenterologia (UOSD)	80
Geriatrics (UOC)	81
Medicina Generale Villafranca/Bussolengo (UOC)	82
Nefrologia e Dialisi (UOSD)	83
Neurologia (UOC)	84
Pneumologia (UOC)	85
DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	
Breast Unit Centro di Senologia Multidisciplinare Marzana (UOSD)	86
Radiologia Legnago (UOC)	87
Radiologia San Bonifacio (UOC)	88
Radiologia Villafranca (UOC)	89
DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE MATERNO INFANTILE	
Ostetricia e Ginecologia Legnago (UOC)	90
Ostetricia e Ginecologia San Bonifacio (UOC)	91
Ostetricia e Ginecologia Villafranca (UOC)	92
Pediatria Legnago (UOC)	93
Pediatria San Bonifacio (UOC)	94
Pediatria Villafranca (UOC)	95
DMO LEGNAGO/BOVOLONE	
DIRETTORE DIPARTIMENTO Chirurgico LG	96
DIRETTORE DIPARTIMENTO Internistico LG	97
DIRETTORE DIPARTIMENTO Oncologia Clinica	98
DIRETTORE DIPARTIMENTO Riabilitazione	99
Dipartimento Chirurgico	
Chirurgia Generale (UOC)	100
Chirurgia Senologica (UOSD)	101

Chirurgia Vascolare (UOSD)	102
Oculistica (UOC)	103
Odontostomatologia (UOSD)	104
ORL (UOC)	105
Ortopedia Centro Trauma per AULSS9 (UOC)	106
Urologia (UOC)	107
Dipartimento Internistico	
Cardiologia (UOC)	108
Gastroenterologia (UOC)	109
Geriatrica (UOC)	110
Malattie infettive (UOSD)	111
Medicina Generale (UOC)	112
Nefrologia e Dialisi (UOC)	113
Neurologia (UOC)	114
Pneumologia (UOC)	115
DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DI ONCOLOGIA CLINICA	
Oncologia Legnago (UOC)	116
Oncologia San Bonifacio (UOSD)	117
Oncologia Villafranca (UOSD)	118
Radioterapia (UOC)	119
DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	
Recupero e Riabilitazione Funzionale Bovolone (UOC)	120
Recupero e Riabilitazione Funzionale Bussolengo (UOC)	121
Recupero e Riabilitazione Funzionale Malcesine (UOC)	122
Recupero e Riabilitazione Marzana (UOC)	123
Riabilitazione Territoriale (UOSD)	124
DMO SAN BONIFACIO/MARZANA	
DIRETTORE DIPARTIMENTO Chirurgico SB	125
DIRETTORE DIPARTIMENTO Internistico SB	126
DIRETTORE DIPARTIMENTO Servizi	127
DIRETTORE DIPARTIMENTO Emergenza-Urgenza	128
Dipartimento Chirurgico	
Chirurgia Generale (UOC)	129
Chirurgia Senologica AULSS9 (UOSD)	130
ORL (UOSD)	131
Ortopedia (UOC)	132
Urologia (UOC)	133
Dipartimento Internistico	
Cardiologia (UOC)	134
Gastroenterologia (UOC)	135
Geriatrica (UOC)	136
Medicina Generale (UOC)	137
Nefrologia e Dialisi (UOC)	138
Neurologia (UOSD)	139
DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DEI SERVIZI	
Anatomia Patologica Legnago (UOSD)	140
Anatomia Patologica San Bonifacio (UOC)	141
Laboratorio Analisi Bussolengo (UOSD)	142
Laboratorio Analisi Legnago (UOC)	143
Laboratorio Analisi San Bonifacio (UOSD)	144
Medicina Trasfusionale Villafranca (UOC)	145
Microbiologia Legnago (UOSD)	146
DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA	
Anestesia Rianimazione Legnago (UOC)	147
Anestesia Rianimazione San Bonifacio (UOC)	148
Anestesia Rianimazione Villafranca (UOC)	149
Pronto Soccorso Legnago (UOC)	150

Pronto Soccorso San Bonifacio (UOC)	151
Pronto Soccorso Villafranca (UOC)	152

Valutazione della performance Organizzativa

L'attività di monitoraggio si articola nelle seguenti fasi:

- Verifiche infra-annuali dello stato di avanzamento degli obiettivi
- Rinegoziazione degli obiettivi
- Monitoraggio finale con verifica del raggiungimento

L'azienda è dotata di un sistema informatico di datawarehouse che permette l'accesso alla reportistica via web da parte dei responsabili. I report espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo, ed in particolar modo riportano gli indicatori, le soglie ed i pesi per ciascuna scheda budget sottoscritta, permettendo costantemente di verificare l'andamento degli indicatori di attività, costo e qualità negoziati.

Attualmente il sistema include tutte le schede di budget delle Unità Operative ospedaliere.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi non numerici, che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, sono oggetto di specifiche richieste di relazione sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso è cura dell'U.O.C. Controllo di Gestione organizzare un incontro con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

La fase di **rinegoziazione** ha luogo indicativamente nei mesi di luglio-agosto alla luce dei dati consolidati dei primi mesi dell'anno. In questa fase i responsabili che ritengono giustificabile una modifica delle soglie di raggiungimento ne fanno richiesta alla Direzione dell'Azienda che valuta se accettare la rinegoziazione.

La rinegoziazione si rende comunque necessaria e promossa dalla Direzione per tramite del Controllo di Gestione, nei momenti in cui la Regione emana aggiornamenti negli obiettivi assegnati o nelle soglie di soddisfazione.

Segue un **monitoraggio** sui dati dei 6/7 mesi a settembre e dei primi 9 mesi a novembre con incontri di approfondimento/ricambio delle UU.OO. con risultati divergenti dal target.

La **valutazione finale**, prevista tra marzo e giugno 2026 (con la disponibilità dei dati consuntivi e delle relazioni sugli scostamenti), è avviata dalla Direzione dell'Azienda con la richiesta ad ogni responsabile di rendicontare sul raggiungimento dei propri obiettivi. L'U.O.C. Controllo di Gestione predispone quindi le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali e supporta i valutatori e l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza.

Le articolazioni che negoziano e sottoscrivono le intese di budget a nome della direzione strategica sono le stesse chiamate a valutare i risultati finali.

Il punteggio (espresso in raggiungimento percentuale) assegnato con la valutazione della scheda consuntiva, rappresenta la % di raggiungimento della performance organizzativa, rilevante ai fini dell'erogazione dei premi di risultato.

Valutazione della performance individuale

Il sistema di valutazione della performance individuale è correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per singola Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come scheda di budget.

La valutazione della performance individuale, in particolare, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate.

L'Azienda ha strutturato due distinti sistemi di valutazione permanente del personale, uno per quanto concerne la dirigenza e l'altro per quanto attiene il personale di comparto. Entrambi i sistemi sono frutto di negoziazione con le rappresentanze sindacali e contenuti in altrettanti Contratti Integrativi Aziendali:

- **DDG 100 del 2 febbraio 2018** "Approvazione accordo decentrato in materia di "sistema di misurazione e valutazione della Performance" - personale dell'area del comparto" e **DDG 409 del 22 aprile 2022** "Presa d'atto della modifica al regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance (del. n. 100 del 22.02.2018) - modifica tabella punteggi art. 2 lett. b e conseguenti adempimenti."
- **DDG 638 del 4 ottobre 2018** "Approvazione accordi decentrati "sistema di misurazione e valutazione della performance – area dirigenziale dei ruoli SPTA" e - "regolamento per l'attribuzione di risultato dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa", per l'azienda ULSS 9 scaligera"
- **DDG 758 del 7 ottobre 2021** "Approvazione regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance attribuzione della retribuzione di risultato - graduazione degli incarichi dirigenziali - valutazione dei dirigenti al termine dell'incarico, ai fini dell'indennità di esclusività e dei dirigenti neoassunti al termine del primo quinquennio". personale area dirigenza sanità."

Le quote di retribuzione di risultato (dirigenti) ed i premi correlati alla performance organizzativa e individuale (comparto) erogate individualmente ai dipendenti di ogni Unità Operativa sono proporzionate alla valutazione della performance organizzativa secondo la seguente tabella:

% Raggiungimento obiettivi di budget	% liquidabile alla Dirigenza Sanità	% liquidabile alla Dirigenza dei ruoli SPTA	% liquidabile al Comparto
100% - 85%	100%	100%	100%
84% - 80%	80%	80%	100%
79% - 70%	80%	80%	80%
69% - 60%	60%	60%	80%
59% - 50%	0%	0%	60%
Inferiore al 50%	0%	0%	0%

Valutazione del personale Dirigenziale

La valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale con qualifica dirigenziale prevede un sistema di verifica con cadenza:

- annuale, per tutti i dirigenti che attiene i risultati ottenuti in base agli obiettivi di attività correlati all'incarico assegnato;
- alla scadenza dell'incarico per tutti i dirigenti relativa all'ambito delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.

A questi momenti, comuni per tutti i dirigenti, se ne prevede uno ulteriore per i dirigenti del ruolo sanitario e finalizzata alla retribuzione di esclusività e all'inserimento nelle fasce economiche contrattualmente individuate.

Il sistema di verifica dei dirigenti risponde a criteri di trasparenza, di adeguata informazione e partecipazione del valutato e alla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore (in prima istanza).

La verifica si basa su vari oggetti di valutazione, a ciascuno dei quali corrisponde un dato coefficiente numerico.

L'esito positivo delle verifiche alla scadenza dell'incarico costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo; l'esito negativo comporta la perdita della retribuzione di risultato per i Dirigenti di Struttura Complessa e per quelli di Struttura Semplice; la revoca dell'incarico o dell'affidamento per gli altri.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale adottato con DDG 843 del 28 dicembre 2018 e DDG 638 del 04/10/2018, 446 del 25/07/2019 e DDG 758 del 07/10/2021.

La scheda di valutazione per i direttori di dipartimento, di UOC, ed i responsabili di UOSD per la Dirigenza Sanitaria e anche UOS per la dirigenza PTA prevede un giudizio su 8 item, per i dirigenti con incarichi professionali (e anche di UOS per l'area Sanitaria), 7 item, su una scala da 1 a 5.

Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e UOS (solo area PTA)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5
Altri dirigenti e Incarichi (e UOS solo per area Sanitaria)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 7 (8 per Direttori di UOC e UOSD) a un massimo di 35 punti (40 per Direttori di UOC e UOSD)

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota della retribuzione di risultato individuale da erogarsi è così determinata:

Quota erogata	Punteggio Direttori di UOC e Responsabili di UOSD/UOS (su 8 fattori)	Punteggio Incarichi UOS e altri dirigenti (su 7 fattori)
0,00%	Da 8 a 15	Da 7 a 13
50,00%	Da 16 a 23	Da 14 a 20
75,00%	Da 24 a 30	Da 21 a 26
100,00%	Da 31 a 40	Da 27 a 35

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget.

La valutazione individuale finale, effettuata sempre entro il primo semestre, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione che potrà essere richiesto dal dipendente. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire eventuali commenti. In caso di conflitto sugli esiti della valutazione, è prevista la possibilità di attivare una procedura di risoluzione delle controversie.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione alla Performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Valutazione del personale del Comparto

La Valutazione del personale del comparto è intesa come un processo attraverso il quale i Direttori di Servizio:

- identificano ogni anno, sulla base del Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, del documento di direttive, gli obiettivi del personale della propria Unità Operativa;
- definiscono le responsabilità in termini di risultati attesi ed usano i parametri previsti nelle schede di valutazione per calibrare il contributo di ogni collaboratore.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale.

La scheda di valorizzazione del comparto prevede la valutazione numerica dei giudizi per 7 item su una scala da 5 a 10.

VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI	insufficiente	Sufficiente	Discreto	Buono	Distinto	Ottimo
	5	6	7	8	9	10

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 35 a un massimo di 70 punti e le quote di produttività erogate sono collegate a tale risultato.

E' in corso modifica della modalità di attribuzione dei punteggi previsti che sarà proposta alle oo.ss.

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota dei premi correlati alla performance organizzativa e individuale, da erogarsi, è collegata al risultato della valutazione della performance individuale nel seguente modo:

Quota erogata	Punteggio
0,00%	<= a 35
60,00%	Da 36 a 40
80,00%	Da 41 a 45
100,00%	Da 46 a 70

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget. I singoli obiettivi possono avere un peso differente da quello della dirigenza nella misurazione della performance organizzativa per il comparto.

La valutazione individuale finale, effettuata entro il primo semestre dell'anno successivo a quello cui la valutazione si riferisce, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione. Nel colloquio di valutazione vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti gli eventuali dubbi e concordati gli eventuali percorsi di miglioramento che dovranno essere intrapresi nel successivo periodo. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire nella medesima scheda eventuali commenti o feedback.

Il valutato, in caso di conflitto sugli esiti della valutazione, può attivare la procedura di risoluzione delle controversie in materia di valutazione.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Innovazione nell'ambito della Valutazione della Performance

La Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 28 novembre 2023 ([link](#)) evidenzia l'importanza della "leadership" all'interno delle amministrazioni pubbliche, stabilendo che ogni livello del personale, specialmente quello dirigenziale, debba essere valutato non solo sulla base di criteri tradizionali, ma anche sulla capacità di motivare e guidare il team verso risultati efficaci. Questo approccio richiede un cambiamento significativo nei sistemi di valutazione, puntando a una maggiore inclusività e a una diversificazione dei metodi di valutazione.

Per tale motivo è già stato predisposto un documento con il quale sono state esplicitate alcune azioni finalizzate all'adeguamento degli accordi aziendali vigenti alla sopracitata direttiva, compatibilmente con la gestione amministrativa dei processi di valutazione aziendale, con l'obiettivo di miglioramento agli accordi aziendali sulla

misurazione e valutazione della performance tenuto conto del sistema informatico attualmente presente. Le azioni si sostanziano nelle seguenti:

- **Valutazione Individuale:**

Introduzione di momenti di confronto tra il valutatore e il valutato durante l'anno, per facilitare feedback e individuare aree di miglioramento. Questo approccio mira a superare la tradizionale valutazione unidirezionale, promuovendo una comunicazione più aperta e costruttiva.

- **Valorizzazione del Merito:**

L'azienda ha già sottoscritto un accordo per l'attribuzione differenziata della retribuzione di risultato per il personale dirigenziale dell'Area Sanità, premiando le performance elevate. Si ipotizza l'estensione di questo modello anche al personale della Dirigenza PTA, affinché le valutazioni eccellenti siano riconosciute e premiate in modo tangibile.

- **Formazione del Capitale Umano:**

Implementazione di un piano formativo specifico per i valutatori, mirato a migliorare le competenze necessarie per effettuare valutazioni più accurate e giuste. Questo include anche la formazione sui limiti stabiliti dalla contrattazione collettiva per le "eccellenze".

- **Correlazione tra Performance Individuale e Organizzativa:**

Gli attuali accordi aziendali già stabiliscono un legame tra performance individuale e organizzativa, correlando economicamente gli incentivi con gli obiettivi di budget raggiunti. Si ipotizza il rafforzamento ulteriore di questa correlazione, garantendo che le valutazioni individuali contribuiscano attivamente al raggiungimento degli obiettivi complessivi dell'organizzazione.

- **Schede di valutazione**

Superamento dell'attuale format con l'introduzione di schede contenenti item di valutazione diversi rispetto all'Area di appartenenza del valutato.

L'obiettivo delle azioni è volto a creare un ambiente di lavoro più motivante e produttivo, dove ciascun membro del personale si sente valorizzato e parte integrante del successo dell'organizzazione. L'approccio suggerito non solo allinea le pratiche aziendali con le direttive ministeriali, ma promuove anche una cultura di miglioramento continuo e di responsabilità condivisa nel raggiungimento degli obiettivi.

Timing del processo

La sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (ultime 2022/2023) ha permesso di anticipare e dare continuità al ciclo di budget previsto per l'anno solare.

Con il 2024, valutati i benefici e le problematiche dell'anticipo della programmazione, nonché la tempestività registrata negli ultimi anni nella pubblicazione della delibera di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione, si ritiene di procedere normalmente con la sottoscrizione di schede annuali.

Tabella 6 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP	Dicembre (anno precedente)
Definizione Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)	Gennaio (anno corrente)
Aggiornamento Documento delle Direttive	Gennaio (anno corrente)
Negoziare Budget	Gennaio - Marzo (anno corrente)
Delibera approvazione schede di Budget	Maggio (anno corrente)

Rinegoiazione Budget	Luglio - Agosto (anno corrente)
Predisposizione schede di valutazione	Maggio (anno successivo)
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget	Giugno (anno successivo)
Valutazione obiettivi individuali	Giugno (anno successivo)
Relazione sulla Performance	Giugno (anno successivo)
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance	Luglio (anno successivo)
Erogazione retribuzione di risultato a saldo	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV (anno successivo)

I cicli si sovrappongono nel tempo creando momenti di revisione continua della programmazione annuale.

CICLO DELLA PERFORMANCE



Documento delle Direttive 2025

La seguente tabella riporta gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione coerenti con gli obiettivi assegnati all'Azienda dal livello regionale.

Il Documento delle Direttive esplicita la gerarchia delle responsabilità aziendali per il conseguimento degli obiettivi. Vengono individuate per ogni indicatore:

- La Direzione Strategica di riferimento (DA, DS o DSS);
- La Funzione di riferimento (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione o in alcuni casi il Dipartimento Farmaceutico);
- L'Unità Operativa "Capofila" che sarà chiamata a proporre, coordinare e monitorare le azioni delle Unità Operative coinvolte, riferendo alla Direzione Strategica l'andamento aziendale. Nel caso di obiettivi riferiti direttamente a più unità operative omogenee, ad esempio le UU.OO.CC. Farmacia di ciascun ospedale o le UU.OO.CC. Cure Primarie nei diversi distretti, ciascuna UOC risponde per la parte di propria competenza.

Si richiama l'attenzione sul fatto che l'Unità (o le Unità) operativa capofila non è l'unica Unità Operativa coinvolta nel raggiungimento dell'obiettivo, né ne rappresenta il responsabile diretto (benché possa anche avere

un ruolo più o meno diretto nel raggiungimento), ma rappresenta la struttura che può identificare la strategia aziendale per il perseguimento dell'obiettivo, nonché riferire alla Direzione sull'andamento.

Come anticipato, l'Azienda è in attesa della stesura a cura degli Uffici Regionali di un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi ("Vademecum"), al quale si farà riferimento per un adeguato dettaglio dei criteri di adempimento. L'assegnazione delle responsabilità ai Centri di Responsabilità, potrà pertanto subire delle modifiche alla luce dei dettagli ad oggi non noti.

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
All.A DGR 1557/2024					
25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	DS	Territoriale Ospedaliera +	UOS Specialistica
25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DS	Territoriale Ospedaliera +	UOS Specialistica
25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DS	Territoriale Ospedaliera +	UOS Specialistica
25.S.O.01.4	Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto delle soglie come da vademecum	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO + Dipartimenti Chirurgici (+UOC Sistemi Informativi)
25.S.O.01.5	% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90% e come da Vademecum	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO+Dip. Chirurgici (+UOC Sistemi Informativi)
25.S.D.03.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	UU.OO.CC Distretti
25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	DA	//	UOC Sistemi Informativi + UOS Specialistica + UOS URP, Comunicazione e Marketing + UOS Formazione
25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Sistemi Informativi
25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Sistemi Informativi
25.S.D.05.1	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	UU.OO.CC Distretti
25.S.D.05.2	PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	UU.OO.CC Distretti (+ UU.OO.CC. DMO + UOC Sistemi Informativi)
25.S.S.06.1	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Gestione Risorse Umane

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	S soglie assegnate con procedimento regionale e come da vademecum	DS	Farmaceutico	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	s soglie assegnate con procedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di eleggibilità RATEC	DS	Farmaceutico	UU.OO.CC. DMO+UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
25.E.S.01.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	soglie assegnate con procedimento regionale	DS	Farmaceutico	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
25.E.S.01.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025	S soglie assegnate con procedimento regionale	DS	Farmaceutico	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale+UOS Protesica
25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Gestione Risorse Umane
25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	DA	//	UOC Contabilità e Bilancio+UOC Controllo di Gestione
25.E.S.03.3	Indice di distanza dalla best performance	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Contabilità e Bilancio+UOC Controllo di Gestione
25.E.S.04.1	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 (come da vademecum)	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	Dipartimento Radiologico
25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Contabilità e Bilancio
25.E.S.05.2	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%	DA	//	UOC Internal Auditing (+UOC Affari Generali)
25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	DA	//	UOS Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi
25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	//	//	//
25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	UU.OO. Anatomie Patologiche
25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	DA	//	UOS Servizio Protezione e Prevenzione (SPP)
25.Q.P.01.1	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Si (come da vademecum)	DS	Prevenzione	UOC SISP

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.Q.P.02.1	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come vademecum) da	DS	Prevenzione	UOC SISP
25.Q.P.03.1	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Físico Strutturato e l'Attività Física Adattata, dell'ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	Si (come vademecum) da	DS	Prevenzione	UOSD Episcreen (+UU.OO.CC. Dipendenze)
25.Q.P.04.1	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	100%	DS	Prevenzione	UOC SIAN+UU.OO.CC. Veterinarie
25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%	DS	Ospedaliera	Dipartimenti Chirurgici
25.Q.O.05.2 (1)	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Si (come vademecum) da	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. PS
25.Q.O.05.2 (2)	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (accessi festivi/feriali)	Si (come vademecum) da	DS	Territoriale	UU.OO.CC. Cure primarie
25.Q.O.05.3	Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Si (come vademecum) da	DS	Ospedaliera	Dip. Urgenza-Emergenza
25.Q.O.05.4	Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	Si (come vademecum) da	DS	Ospedaliera	UOC Medicina Trasfusionale
25.Q.O.06.1	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Si (come vademecum) da	DSS	Territoriale	UOC Cure Palliative
25.Q.D.06.2	Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Si (come vademecum) da	DS	//	UOC DPS
25.Q.O.06.3	Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	Si (come vademecum) da	DSS	Salute Mentale	UU.OO.CC. Psichiatria
25.Q.S.06.4	Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Si (come vademecum) da	DS	Farmaceutico	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
25.Q.D.07.1	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti	Si (come vademecum) da	DSS	UOC Sociale	UOC DAT

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
	dall'allegato B della DGR 1159/24				
25.Q.D.07.2	DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	Si (come da vademecum)	DSS	//	UOC DAT + UU.OO.CC. DIS.NA
25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si (come da vademecum)	DA	//	UOS Formazione
25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	DA	//	UOS URP, Comunicazione e Marketing
25.Q.S.08.3	Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Provveditorato
25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si (come da vademecum)	DA	//	UOC Controllo di Gestione
25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	100%	DA	//	UOC Sistemi Informativi
25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si (come da vademecum)	DS	//	Ufficio Qualità
25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti	DA	Prevenzione	UOC Affari Generali (+UOC Medicina Legale)
25.Q.S.10.1	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Si (come da vademecum)	DS	Farmaceutico	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si (come da vademecum)	DS	//	UOS Risk management
25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Si (come da vademecum)	DS	Farmaceutico	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
Indicatori NSG/Nazionali					
25.A.P.02.1	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥ 95%	DS	Prevenzione	UOC SISP
25.A.P.02.1	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95%	DS	Prevenzione	UOC SISP
25.A.P.02.1	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	>=95%	DS	Prevenzione	UOC SPISAL
25.A.P.02.1	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	100%	DS	Prevenzione	UU.OO.CC. Veterinarie
25.A.P.02.1	P12Z - Copertura delle principali attività	100 % (soglia di	DS	Prevenzione	UU.OO.CC. Veterinarie +

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
	di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	inaccettabilità 90% per ogni tipologia)			UOC SIAN
25.A.P.02.1	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	Soglia determinata sulla base delle distribuzioni dei dati	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen
25.A.P.01.1	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	≥ 60%	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen
25.A.P.02.1	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	≥ 50%	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen
25.A.P.02.1	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	≥ 50%	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen (+UU.OO. Anatomie Patologiche)
25.A.P.02.1	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	<25%	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen
25.A.P.02.1	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	≥ 70%	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen
25.A.P.02.1	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	≥ 80%	DS	Prevenzione	UOSD Episcreeen
25.A.D.01.1	A02_RV - Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti	>4,94 (x 1000)	DSS	Territoriale	UOC Cure Palliative
25.A.D.02.1	D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	<14,55	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Cardiologie
25.A.D.02.1	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	<14,05	DS	Ospedaliera	UU.OO. Neurologie
25.A.D.02.1	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	≤ 261	DS	Territoriale	UU.OO.CC. Cure primarie
25.A.D.02.1	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<18	DS	Ospedaliera	UOC DAO
25.A.D.02.1	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	> 90%	DS	Territoriale + Ospedaliera	UOS Specialistica
25.A.D.02.1	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	(>4 CIA 1, >2,5 CIA 2, >2 CIA 3)	DS	Territoriale	UU.OO.CC. Cure primarie

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.A.D.02.1	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<= 5%	DSS	Salute Mentale	UU.OO.CC. Psichiatria
25.A.D.02.1	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	< 55	DS	Territoriale	UOC Cure Palliative
25.A.D.02.1	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	> 41	DS	Territoriale	UU.OO.CC. DIS.NA
25.A.O.01.1	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	> 90%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO
25.A.O.02.1	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 2,66	DS	Ospedaliera	UU.OO. Senologie
25.A.O.02.1	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	< 15%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO (+UOC Sistemi Informativi)
25.A.O.02.1	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	> 90%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Chirurgie
25.A.O.02.1	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	> 80%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Ortopedie
25.A.O.02.1	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	< 15%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Ginecologie
25.A.O.02.1	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	< 20%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Ginecologie
25.A.O.02.1	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	< 7,25	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Neurologie
25.A.O.02.1	PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	in base alla distribuzione	DS	Territoriale Ospedaliera +	UU.OO.CC. Cardiologie+UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
25.A.O.02.1	PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	>=85%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Chirurgie Generali
25.A.O.02.1	PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	>=80%	DS	Ospedaliera	Dip.Chirurgici + UU.OO.CC. Oncologie
25.A.O.02.1	PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45	miglioramento	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Oncologie + UU.OO. Anatomie Patologiche

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
	giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)				
25.A.O.02.1	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	< 3,5	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Urologie
25.A.O.02.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,39%	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Chirurgie Generali
25.A.O.02.1	H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)	miglioramento	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. Cardiologie
25.A.O.02.1	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	miglioramento	DS	//	UOS Risk management
Obiettivi V Commissione Consigliare 2023-2024					
A1	Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale (approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023)	Rispetto programmazione regionale	DS	Prevenzione	UOC SISP
B1	Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie)	Rispetto programmazione regionale	DSS	Territoriale	UU.OO.CC Distretti
B4	Garanzia del servizio di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel territorio aziendale: % di istituti che effettuano IVG/Istituti con reparto di Ostetricia almeno pari alla media nazionale	Rispetto programmazione regionale	DS	Ospedaliera	Dip. Materno Infantile
B5	Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione della Case della Comunità	Rispetto programmazione regionale	DSS	Territoriale	UU.OO.CC Distretti
B6	Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore "cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti"	Rispetto programmazione regionale	DS	Ospedaliera	Dip. Materno Infantile
C1	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consigliare	Rispetto programmazione regionale	DA	//	UOC Affari Generali
C2	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero	Rispetto programmazione regionale	DS	//	UOS URP, Comunicazione e Marketing
D1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo	Rispetto programmazione regionale	DS	Territoriale + Ospedaliera + Prevenzione	UOS Specialistica
E2	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	Rispetto programmazione regionale	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
E3	Rispetto delle disposizioni in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna	Rispetto programmazione regionale	DA	//	UOC Gestione Risorse Umane
F2	Implementazione gestione Cyber security	Rispetto programmazione regionale	DA	//	UOC Sistemi Informativi
F3	Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	Rispetto programmazione regionale	DA	//	UOC Sistemi Informativi
Obiettivi Gestionali BEP 2025					
Rispetto dei	1. Assegnazione di budget rigidi alle	Rispetto Progettualità	DA	Territoriale +	UOC Contabilità e

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
tetti regionali relativi ai beni sanitari, e razionalizzazione costi di beni e servizi non sanitari	UU.OO. Aziendali (sia ordinatori sia utilizzatori/DEC)		(+DS+DSS)	Ospedaliera + Prevenzione	Bilancio+UOC Controllo di Gestione
	2. Introduzione di procedure di verifica delle fasi di autorizzazione (in particolare acquisti fuori gara e per beni in conto deposito)	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Internal Audit
	3. Introduzione di procedure e blocchi informatici per garantire la stretta osservanza degli esiti di gara e delle priorità da dare ai fornitori per l'approvvigionamento	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Provveditorato (+UU.OO.CC. DMO)
	4. Revisione di tutti i processi relativi ai contratti centralizzati (es. noleggio automobili)	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Provveditorato + UOC Sistemi Informativi + UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	5. Sottoscrizione di un nuovo Patto con i MMG	Rispetto Progettualità	DS	Territoriale	UU.OO.CC. Cure Primarie
	6. Sottoscrizione di un accordo con AOUI per governare i consumi di farmaci (File F) e i consumi indotti dai loro centri specialistici (DPC, "Domiciliazione dei pazienti")	Rispetto Progettualità	DS	Farmaceutico	Tutte UU.OO. Farmaceutico
	7. Puntuale e tempestivo monitoraggio mensile	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Contabilità e Bilancio+UOC Controllo di Gestione
	8. Per contratti Global Service, Lavanderia e Pulizia, tempestivo monitoraggio mensile delle variabili che determinano i saldi annuali	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali + UOC DAO (+UOC DAT)
	9. Riorganizzazione dei magazzini	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Provveditorato+UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
Governo Campagne Vaccinali	1. Programmazione delle campagne vaccinali in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo	Rispetto Progettualità	DS	Prevenzione	UOC SISP
Rispetto della programmazione del Fondo per la Non Autosufficienza	1. Mantenimento dei Costi relativi alla residenzialità e semi-residenzialità in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo	Rispetto Progettualità	DSS (+DA)	UOC Sociale	UOC DAT +UU.OO.CC. DIS.NA+UU.OO.CC Distretti
	2. Puntuale suddivisione del Fondo in quote per Distretto e Livello di Assistenza (Anziani, Disabili)	Rispetto Progettualità	DSS (+DA)	UOC Sociale	UOC DAT +UU.OO.CC. DIS.NA+UU.OO.CC Distretti
	3. Negoziazione con i Centri Servizi anziani delle quote per il Case-mix (DGR 465/2024) in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo.	Rispetto Progettualità	DSS (+DA)	UOC Sociale	UOC DAT +UU.OO.CC. DIS.NA
Governo dei costi per nuovi servizi	1. Avvio dell'attività delle Case della Comunità e di nuove strutture intermedie (Hospice, URT, ODC) in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo	Rispetto Progettualità	DSS (+DS)	Territoriale	UOC DAT
	2. Adeguamento della rete di strutture per la Salute Mentale in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo	Rispetto Progettualità	DSS (+DS)	Salute Mentale	UU.OO.CC Psichiatriche
Governo dei costi di gestione delle strutture	1. Puntuale definizione del cronoprogramma e delle risorse previste per l'apertura delle nuove strutture (Case della Comunità, Hospice, URT, ODC).	Rispetto Progettualità	DSS (+DS)	Territoriale	UOC DAT
	2. Riordino del Patrimonio ed	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Servizi Tecnici e

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
	effettuazione delle Alienazioni programmate				Patrimoniali
	3. Ottimizzazione dei costi con graduale sostituzione delle strutture vecchie a fronte delle nuove aperture di strutture territoriali come da Programmazione Aziendale	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali (+DAT)
Governo dei costi per servizi sanitari	1. Mantenimento sui livelli del 2024 del fabbisogno di servizi sanitari da privato anche come conseguenza di specifiche politiche di internalizzazione (ad esempio le guardie anestesologiche).	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO
	2. Sottoscrizione di accordi con Erogatori Privati Accreditati ed AOUI per governare il livello di attività ospedaliera ed ambulatoriale	Rispetto Progettualità	DS	//	UOS Specialistica
	3. Sottoscrizione di un accordo con AOUI per stimare eventuali volumi registrati con ritardo.	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Contabilità e Bilancio+UOC Controllo di Gestione
Mantenimento dell'attività ospedaliera ed ambulatoriale direttamente erogata	1. Mantenimento dell'attività di ricovero direttamente erogata sui livelli di tariffato 2024, con un aumento del valore di mobilità attiva	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO
	2. Mantenimento del valore tariffato dell'attività di specialistica ambulatoriale direttamente erogata sui livelli 2024, aumentando unicamente i volumi delle prestazioni con criticità sui tempi d'attesa	Rispetto Progettualità	DS	Territoriale Ospedaliera +	UO Specialistica
	3. Predisposizione di Piani Operativi Aziendali per la riduzione delle liste d'attesa	Rispetto Progettualità	DS	//	UO Specialistica
Rispetto dei limiti relativi al personale	1. Attuazione della programmazione delle assunzioni in coerenza con il valore previsto nel Bilancio Preventivo	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Gestione Risorse Umane
	2. Valutazione dei tempi e della disponibilità effettiva di candidati per svolgere le attività di reclutamento del personale	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Gestione Risorse Umane
Anticorruzione ed Altri obiettivi di sviluppo Organizzativo					
	Analisi e razionalizzazione degli spazi di lavoro e dei percorsi degli utenti del dipartimento di prevenzione con focus particolare su Palazzo della Sanità	Rispetto Progettualità	DA	Prevenzione	UOC Affari Generali
RPCT1	Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa	Prosecuzione progettualità	DA	//	UOS Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi
RPCT2	Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione	Interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente"	DA	//	UOS Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi
RPCT3	Corretta trattazione delle istanze di	Trasparenza sulle	DA	//	UOS Trasparenza

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
	accesso civico generalizzato	istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni			Anticorruzione e Servizi Ispettivi
RPCT4	Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei processi finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.	Prosecuzione progettualità	DA	//	UOS Trasparenza e Servizi Ispettivi

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2026

Azienda 509 - Scaligera

DIPENDENTI										NON DIPENDENTI									
Macroprofilo	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti1 FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale2	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Recupero di prodotti determinato (T.Dot. DL Calabria 352019 in deroga al limite)	Costo Amministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE3	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale5	Altre Tipologie		
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O+L+M+N	P	Q		R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	121,1	€ 96.474.663,34	€ -	€ 1.114.065,27	€ 2.286.671,00	€ -	€ 9.737.813,44	€ 3.910.057,00	€ 249.610,61	€ -	€ 749.800,00	€ 4.909.467,61	€ -	€ -	€ 3.450.000,00		
	Dirigenza veterinaria	S	2,0	€ 9.601.147,36	€ -	€ 24.333,71	€ -	€ -	€ 207.183,53	€ -	€ 98.533,18	€ -	€ -	€ 98.533,18	€ 764.400,00	€ -	€ -		
	Dirigenza sanitaria	S	133,7	€ 10.820.131,53	€ -	€ 15.783,03	€ -	€ -	€ 1.243.125,12	€ 442.100,00	€ 55.912,99	€ -	€ -	€ 498.012,99	€ 493.073,52	€ -	€ -		
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	28,0	€ 3.213.661,75	€ 257.335,54	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE				135,1	€ 120.109.603,98	€ 257.335,54	€ 1.154.182,00	€ 2.286.671,00	€ -	€ 11.188.122,09	€ 4.352.157,00	€ 404.056,78	€ -	€ 749.800,00	€ 5.506.013,78	€ 1.257.473,52	€ -	€ 3.450.000,00
	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.378,7	€ 106.633.136,78	€ -	€ 34.944,49	€ 138.845,95	€ -	€ -	€ -	€ 441.068,81	€ -	€ -	€ 441.068,81	€ -	€ -	€ 126.472,50		
	Personale tecnico sanitario	S	277,5	€ 10.812.648,07	€ -	€ 63.601,05	€ 250.684,39	€ -	€ -	€ -	€ 80.679,22	€ -	€ 10.500,00	€ 91.179,22	€ 12.150,00	€ -	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	354,4	€ 13.287.035,71	€ 1.520.740,03	€ 15.526,62	€ 61.198,38	€ -	€ -	€ 45.000,00	€ 186.272,71	€ -	€ -	€ -	€ 231.272,71	€ 12.150,00	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	122,7	€ 4.878.017,36	€ -	€ 6.464,84	€ 25.481,28	€ -	€ -	€ -	€ 132.929,17	€ -	€ -	€ -	€ 132.929,17	€ -	€ -	€ -	
PERSONALE COMPARTO																			
PERSONALE COMPARTO	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	967,8	€ 33.753.760,50	€ 2.262.596,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.323.230,00		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS	285,1	€ 8.554.182,92	€ 3.433.369,34	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 47.000,00	€ -	€ 610.000,00		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	575,2	€ 21.216.490,11	€ 506.451,65	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 69.453,20	€ -	€ -	€ -	€ 69.453,20	€ -	€ 4.333.149,80		
TOTALE PERSONALE COMPARTO				170,3	€ 199.135.271,45	€ 7.723.157,30	€ 120.537,00	€ 476.210,00	€ -	€ 45.000,00	€ 910.403,11	€ -	€ 10.500,00	€ 965.903,11	€ 71.300,00	€ -	€ 6.392.852,30		
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE				305,4	€ 319.244.875,43	€ 7.980.492,84	€ 1.274.719,00	€ 2.762.881,00	€ -	€ 11.188.122,09	€ 4.397.157,00	€ 1.314.459,89	€ -	€ 760.300,00	€ 6.471.916,89	€ 1.328.773,52	€ -	€ 9.842.852,30	

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024

Azienda 509 - Scaligera

Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario		Personale dedicato ad attività a carico del Sociale		Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (di cui colonna B)		Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ²		Personale da processi di reinternalizzazione ³	
		A	B	C	D	E					
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica (*)	S	1.014	1	0	0	0	0			
	Dirigenza veterinaria	S	94	0	0	0	0	0			
	Dirigenza sanitaria (**)	S	145	32	0	0	0	0			
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0	0			
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	36	2	2	0	0	0			
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			1.289	35	2	0	0	0			
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.892	43	0	0	0	0			
	Personale tecnico sanitario (***)	S	288	0	0	0	0	0			
	Personale della riabilitazione	S	357	53	48	0	0	0			
	Personale della prevenzione	S	225	0	0	0	0	0			
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0	0			
	OSS/OTAA	SS	1.006	21	124	0	0	0			
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	387	67	63	0	0	0			
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	664	20	15	0	0	0			
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			5.819	204	250	0	0	0		
	TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			7.108	239	252	0	0	0		

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

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

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

(*) incrementata per posti autorizzati per UOC Cure Palliative

(**) incrementata per posto autorizzato Dirigente Prof.San. area riabilitazione

(***) riduzione per esternalizzazione

Il Direttore Generale

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda 509 - Scaligera

PERSONALE DIRIGENTE	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del			Personale dedicato ad attività delegate da Enti			Personale universitario che svolge funzioni	Personale da processi di reinternalizzazione ³	
			A	B	C	A	B	C		D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.014	1	0				0		0
	Dirigenza veterinaria	S	94	0	0				0		0
	Dirigenza sanitaria	S	145	32	0				0		0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0				0		0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	36	2	2				0		0
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			1.289	35	2				0		0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico (*)	S	2.883	43	0				0		0
	Personale tecnico sanitario (*)	S	287	0	0				0		0
	Personale della riabilitazione	S	357	53	48				0		0
	Personale della prevenzione	S	225	0	0				0		0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0				0		0
	OSS/OTAA (*)	SS	985	21	124				0		0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS	387	67	63				0		0
	Personale ruolo amministrativo professionale (*)	PA	645	20	15				0		0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		5.769	204	250				0		0
	TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		7.058	239	252				0		0

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

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

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

(*) riorganizzazione per esternalizzazioni

Il Direttore Generale

Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Antonio Moretto

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i..
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, lì

Il Direttore
UOC Affari Generali
Dott. Maria Leoni

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC Controllo di Gestione
UOS Trasparenza e Anticorruzione e Servizi Ispettivi
UOS Formazione
UOC Gestione Risorse Umane

TRASMESSA PER CONOSCENZA A: