

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 130 DEL 02/02/2023

O G G E T T O

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE - PIAO 2023 2025.

Proponente: UOC CONTROLLO DI GESTIONE
Anno Proposta: 2023
Numero Proposta: 192/23

Il Direttore del “Servizio Controllo di Gestione” riferisce:

Nell’ottica di semplificazione dell’attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge n. 80/2021, convertito in Legge n. 113/2021, all’articolo 6 introduce, lo strumento organizzativo e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione - PIAO, che rappresenta una importante innovazione organizzativa.

Con l’introduzione del PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi documenti 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 D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012.

La programmazione delle attività dell’Azienda si sviluppa lungo linee strategiche diverse ma correlate fra loro, che necessitano di una programmazione e una gestione complessiva e integrata. All’esigenza di omogeneità e integrazione risponde il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che racchiude in uno strumento unico gli adempimenti in materia di performance, gestione delle risorse umane, trasparenza e prevenzione della corruzione.

La Regione del Veneto, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1717 del 30/12/2022 recante “Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l’adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)” ha fornito specifiche indicazioni alle aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale – SSR, al fine di semplificare ed omogeneizzare l’elaborazione di un documento che assorbe una serie di piani già previsti come obbligatori per le pubbliche amministrazioni e che confluiscono, anche in termini di scadenze, nel PIAO.

Il PIAO dell’Azienda ULSS n. 8 Berica è stato coordinato dalla Direzione aziendale, con la collaborazione dei servizi impegnati nella redazione dei documenti di programmazione, in linea con il dettato normativo Nazionale e secondo le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale nel proprio ambito territoriale, impiegando - nei molteplici e quotidiani processi clinici, assistenziali e amministrativi - le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Tutto ciò premesso si propone di approvare il “*Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025*” dell’Azienda Ulss n. 8 Berica quale documento di programmazione e pianificazione.

Il medesimo Direttore ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra,

II DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 predisposto dalla Direzione e che, qui allegato, costituisce parte integrante della presente deliberazione; il Piano è pubblicato nella INTRANET Aziendale e nel sito Aziendale www.aulss8.veneto.it;
2. di riservarsi ulteriori integrazioni nel caso di indicazioni regionali;
3. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario
(dr.ssa Romina Cazzaro)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE
(Maria Giuseppina Bonavina)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

Piano Integrato di Attività e Organizzazione



Anno 2023-2025

Sommario

PREMESSA	1
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	2
1.1 Il Territorio e la Popolazione	3
1.2 L'assistenza ospedaliera	5
1.2.1 – Ricoveri	6
1.2.2 – Pronto Soccorso	6
1.2.3 – Interventi	7
1.3 L'assistenza Specialistica	7
1.4 L'assistenza Distrettuale e Primaria	8
1.4.1 – Assistenza primaria	8
1.4.2 – Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative	9
1.4.3 – Assistenza nelle strutture intermedie	10
1.4.4 – Assistenza alle persone anziane non autosufficienti	10
1.4.5 – Assistenza alle persone con disabilità	11
1.4.6 – Assistenza nell'ambito dell'Infanzia Adolescenza e Famiglia	11
1.4.7 – Assistenza Psichiatrica Territoriale	12
1.4.8 – Servizio per le Dipendenze	13
1.5 La Prevenzione	13
1.6 Il quadro economico e gli investimenti	16
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	19
2.1 Sottosezione <i>Valore pubblico</i>	19
2.2 Sottosezione <i>Performance</i>	24
2.2.1 – Gli Obiettivi Regionali	25
2.2.2 – Gli Obiettivi Strategici Aziendali del Triennio 2023-2025	30
2.2.3 – Il Ciclo della Performance. Il Sistema di Misurazione e Valutazione	41
2.3 Sottosezione <i>Rischi corruttivi e trasparenza</i>	43
2.3.1 – Valutazione di impatto del contesto esterno	44
2.3.2 – Valutazione di impatto del contesto interno	45
2.3.3 – Mappatura dei processi	49
2.3.4 – Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti	52
2.3.5 – Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	52
2.3.6 – Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	57
2.3.7 – Programmazione dell'attuazione della trasparenza	58

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	60
3.1 Sottosezione <i>Struttura Organizzativa</i>	60
3.1.1 – I livelli di responsabilità organizzativa.....	61
3.2 Sottosezione <i>Organizzazione del lavoro agile</i>	63
3.2.1 – Condizionalità e fattori abilitanti	63
3.3 Sottosezione <i>Piano triennale dei fabbisogni di personale</i>	67
3.3.1 – Formazione del personale	68
SEZIONE 4: MONITORAGGIO.....	69

Premessa

Nell'ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, introduce lo strumento organizzativo e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione – PIAO.

Con l'introduzione del PIAO si vuole garantire una visione integrata e complessiva dei diversi documenti 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, e rendicontazione verso l'interno e l'esterno dell'Azienda. Il Piao quindi diventa uno strumento unitario e omnicomprensivo che consente un'analisi completa dell'Azienda e di tutti i suoi obiettivi da pianificare.

Il PIAO raccoglie le informazioni contenute nei seguenti documenti di programmazione:

- Piano della performance
- Piano di prevenzione della corruzione
- Piano organizzativo del lavoro agile
- Piano dei fabbisogni del personale

Il PIAO dell'Azienda ULSS 8 "Berica" è stato coordinato dalla Direzione Aziendale, con la collaborazione dei servizi impegnati nella redazione dei documenti di programmazione, in linea con il dettato normativo e con la propria missione istituzionale che consiste nell'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale nel proprio ambito territoriale, impiegando le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità per l'erogazione delle prestazioni e delle attività assistenziali.

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

L'Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica", costituita con Legge Regionale 25 ottobre 2016 n. 19 è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Ha sede legale in Vicenza, Viale Rodolfi n. 37, CAP 36100, codice fiscale e partita IVA: 02441500242.

L'Azienda, quale organizzazione che opera nel campo dell'assistenza, della riabilitazione e della prevenzione, ha come propria *mission* quella di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dal Piano Sanitario Nazionale e di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale nel proprio ambito territoriale, impiegando, nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali, le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità. Tra i compiti istituzionali si evidenzia la costante analisi e presa in carico dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari e socio sanitari degli assistiti, attraverso l'erogazione, oltre all'acquisto di servizi e prestazioni da soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, complementarietà nell'offerta socio-sanitaria e compatibilità economica.

La visione strategica dell'Azienda è orientata ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

I valori sono l'insieme dei sistemi di riferimento comportamentali e decisionali che l'Azienda ha scelto di adottare in relazione alle proprie finalità e costituiscono il comune ed esplicito stimolo per l'azione quotidiana, per la definizione dell'organizzazione aziendale e per le azioni di verifica periodica dei processi assistenziali. I *valori* sono i seguenti: universalità, solidarietà, equità di accesso, sostenibilità, qualità, trasparenza, responsabilizzazione, equità di genere, dignità e diritto a partecipare ai processi decisionali.

L'Azienda persegue l'impegno a contribuire, con gli obiettivi di efficacia, appropriatezza, sicurezza, efficienza ed economicità, agli obiettivi di sistema definiti dalla programmazione regionale; svolge inoltre funzioni di coordinamento degli erogatori di prestazioni socio-sanitarie all'interno dei vincoli qualitativi e quantitativi regionali promuovendo l'attivazione di sinergie e di collaborazioni, principalmente in ambito provinciale.

L'Azienda assicura alta qualità all'assistenza di base in tutto il territorio di afferenza e sviluppa aree di eccellenza in ambito ospedaliero, oltre a caratterizzarsi per talune specialità, come polo di attrazione provinciale e anche regionale. L'azienda programma le azioni necessarie ai fini della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse con una programmazione strategica di medio-lungo periodo.

1.1 Il Territorio e la popolazione

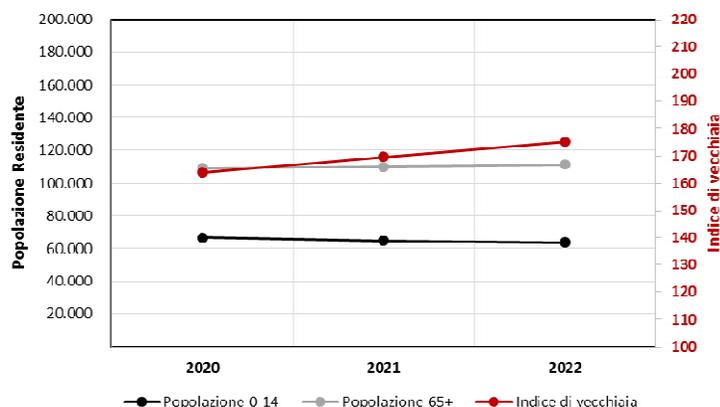
La provincia di Vicenza complessivamente conta una popolazione di 852.139 abitanti, che si estende su un territorio di 2.722 kmq. Vicenza, il Capoluogo di Provincia, ha un'estensione di 80 kmq, pari al 3% della superficie provinciale, ed è il centro più abitato con 111.052 abitanti che corrispondono al 13% della popolazione provinciale. Il territorio della Provincia di Vicenza è così suddiviso: kmq 1.094,25 di montagna (40,2%), kmq 814,25 di collina (30%), kmq 813,70 di superficie pianeggiante (29,8).

	Distretto Ovest	Distretto Est	Ulss 8 Berica
Comuni	22	37	59
Residenti	178.122	314.716	492.838
km2	515,94	722,82	1238,76
Densità	345,24	435,40	397,85

L'Azienda ULSS n. 8 "Berica" copre un territorio di 1.239 kmq, per una popolazione complessiva di circa 493.000 abitanti, suddivisa nei due Distretti (Est ed Ovest)

Indicatori demografici al 31/12/2021	Totale Ulss 8 Berica	Distretto Est	Distretto Ovest
Popolazione residente	492.838	314.716	178.122
Superficie (km ²)	1.239	722,83	515,94
Densità abitativa (abitanti/km ²)	398	435	345
Popolazione 0-14 anni	63.522	39.929	23.593
Popolazione 65 anni e più	111.194	71.550	39.644
Indice di vecchiaia (%)	175,05	179,19	168,03
Nati vivi	3.537	2.176	1.361
Stranieri residenti	53.278	32.301	20.977
Tasso di natalità (per 1000 residenti)	7,18	6,91	7,64
% stranieri residenti	11%	10%	12%

Indicatori demografici	Azienda Ulss 8 Berica			Regione Veneto		
	Pop al 01/01/2020	Pop al 01/01/2021	Pop al 01/01/2022	Pop al 01/01/2020	Pop al 01/01/2021	Pop al 01/01/2022
0-14/popolazione totale (%)	13,4%	13,1%	12,9%	13,0%	12,8%	12,6%
65+/popolazione totale (%)	22,0%	22,3%	22,6%	23,3%	23,5%	23,8%
Indice di vecchiaia (%)	163,9	169,7	175,0	179,2	183,3	189,3
Indice di dipendenza (%)	54,9%	54,9%	54,9%	56,9%	56,9%	57,1%
Totale	495.645	492.968	492.838	4.879.133	4.869.830	4.854.633



Per quanto riguarda il profilo di salute, nell'ULSS n. 8 "Berica", in linea con i dato Regionali, le principali cause di morte sono rappresentate dai tumori maligni a cui si aggiungono dal 2020 patologie di tipo respiratorio. La speranza di vita alla nascita per la Provincia di Vicenza è di 81,4 anni per gli uomini e 85,9 anni per le donne (dato Istat).

	TOTALE		UOMINI		DONNE	
	Totale 2020	Δ % vs. 2018-19	2020	Δ % vs. 2018-19	2020	Δ % vs. 2018-19
TUTTE LE CAUSE	5425	19,14	2628	21,30	2797	17,18
Tumori (C00-D48)	1301	1,13	726	2,83	575	-0,95
COVID-19 (U07.1, U07.2)	714		370		344	
Influenza, polmonite (J09-J189)	96	-16,16	48	-13,51	48	-18,64
Alcune patologie respiratorie (J80, J849, J96*)	30	42,86	11	-8,33	19	111,11
<i>COVID-19+Influenza/pil+Alcune pato.resp</i>	<i>840</i>	<i>519,93</i>	<i>429</i>	<i>535,56</i>	<i>411</i>	<i>504,41</i>
Cardiopatie ischemiche (I20-I25)	458	6,39	254	8,09	204	4,35
Demenza, Alzheimer (F01-F03, G30)	409	8,20	123	-0,81	286	12,60
Malattie cerebrovascolari (I60-I69)	390	8,33	170	19,30	220	1,15
Altre cardiopatie (I30-I52)	344	8,18	146	2,82	198	12,50
Patologie ipertensive (I10-I15)	204	-8,52	61	-15,28	143	-5,30
Traumatismi, avvelenamenti (S00-T98)	176	-2,49	118	9,26	58	-20,00
Diabete (E10-E14)	132	13,30	72	20,00	60	6,19
Sintomi/segni mal definiti (R00-R99)	111	21,98	40	66,67	71	5,97
Fibrillazione atriale (I48)	102	33,33	29	5,45	73	48,98
Asma, BPCO (J40-J47)	99	-16,81	59	-10,61	40	-24,53

Di seguito alcuni dati relativi all'attività erogata dall'Azienda nei diversi livelli di assistenza. Complessivamente nel 2022 l'Azienda ha registrato una ripresa dei volumi di prestazioni erogate, avvicinandosi alla produzione del 2019 (periodo pre -Covid e anno di riferimento).

1.2 L'Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera viene garantita tramite 6 presidi ospedalieri pubblici. Quattro presidi svolgono assistenza per acuti in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso (Vicenza, Noventa, Arzignano, Valdagno e punto di primo soccorso di Lonigo); a questi si aggiungono un presidio ad indirizzo medico-riabilitativo (Lonigo) e un Centro Sanitario Polifunzionale (Montecchio). I sei presidi sono dotati mediamente di 1.205 posti letto in regime ordinario, week surgery e day hospital. Il numero massimo di posti letti dedicati all'emergenza Covid nel corso del 2021 è stato di 260.

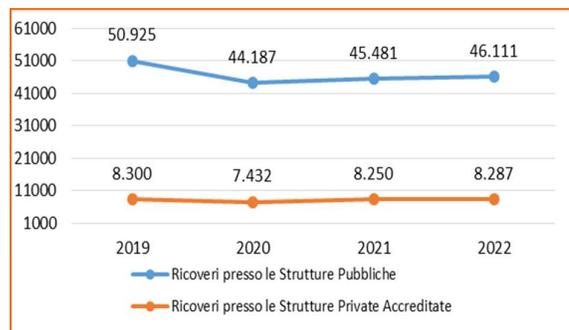


Si aggiungono 3 strutture private accreditate con circa 270 posti letto per le varie specialità.

Denominazione	Luogo	Tipo Struttura	N°Medio PL
Totale dotazione PL Ulss 8 Berica			1205
Ospedale San Bortolo	Vicenza	HUB	789
Ospedale Pietro Milani	Noventa	Nodo di rete	63
Ospedale Cazzavillan e Ospedale Vittorio Emanuele III	Arzignano/ Montecchio	SPOKE	180
Ospedale San Giovanni Battista	Lonigo	Struttura di riabilitazione	47
Ospedale San Lorenzo	Valdagno	Nodo di rete	126
Totale dotazione PL Strutture Private Accreditate			272
CC Eretenia	Vicenza	Struttura privata accreditata	77
CC Villa Berica	Vicenza	Struttura privata accreditata	93
CC Villa Margherita	Arcugnano	Struttura privata accreditata	102

1.2.1 – Ricoveri

I ricoveri prodotti dall'Azienda nel 2022 sono circa 46.000 (+ 1,4% rispetto al 2021)

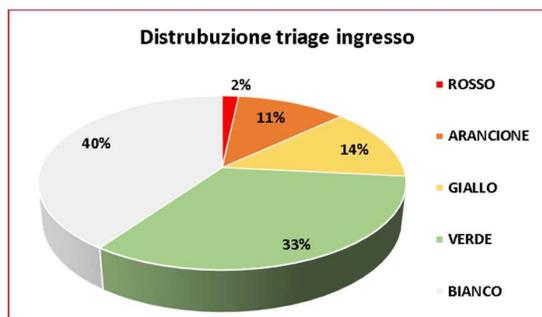
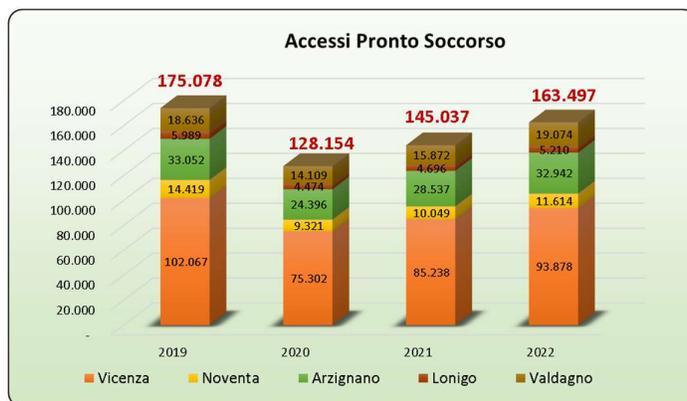


Strutture	2020	2021	2022
OSPEDALE DI VICENZA	26.747	27.579	28.979
OSPEDALE DI ARZIGNANO	8.153	8.371	8.683
OSPEDALE DI VALDAGNO	5.148	5.450	5.519
OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	2.130	2.222	2.140
OSPEDALE DI MONTECCHIO	1.052	1.096	69
OSPEDALE DI LONIGO	957	763	721
Totale pubblico	44.187	45.481	46.111
Totale privato accreditato	7.432	8.250	8.287
Totale azienda	51.619	53.731	54.398

AREA	PUBBLICO			PRIVATO			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AREA MEDICA	14.105	13.905	14.148	782	1.006	889	14.887	14.911	15.037
AREA CHIRURGICA	15.129	16.571	16.892	5.109	5.932	6.166	20.238	22.503	23.058
AREA TERAPIE INTENSIVE	483	487	511				483	487	511
AREA MATERNO-INFANTILE	12.281	12.528	12.632				12.281	12.528	12.632
AREA RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	1.266	934	896	1.378	1.142	1.040	2.644	2.076	1.936
AREA PSICHIATRICA	923	1.056	1.032	163	170	192	1.086	1.226	1.224
Totale azienda	44.187	45.481	46.111	7.432	8.250	8.287	51.619	53.731	54.398

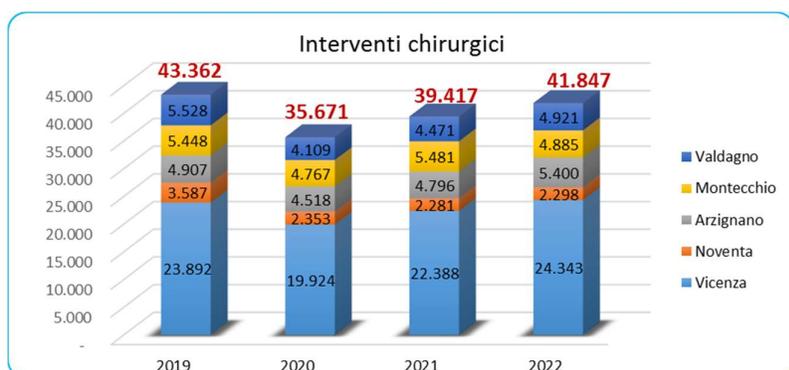
1.2.2 – Pronto Soccorso

L'Azienda ha 5 punti di Pronto Soccorso che complessivamente presentano una frequenza media giornaliera di circa 450 accessi con circa 163.500 accessi annui (+13% rispetto al 2021)



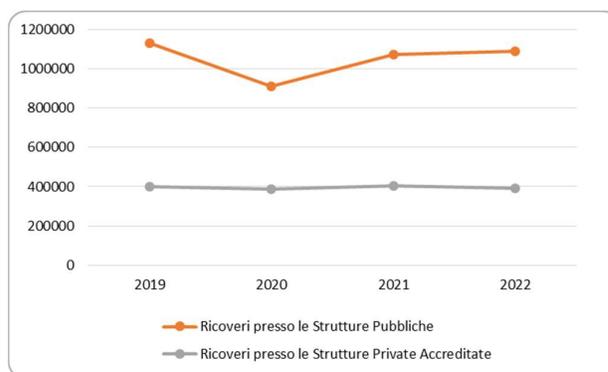
1.2.3 – Interventi

L'attività chirurgica dell'ULSS 8 "Berica" registra nel 2022 un totale di 41.847 interventi (+6% rispetto al 2021)



1.3 L'Assistenza Specialistica

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'Azienda eroga annualmente, tra i 2 distretti, circa 1.100.000 prestazioni di clinica e diagnostica. La patologia clinica dell'intera Ulss 8 dedica oltre il 50% della sua attività ai pazienti interni. L'incremento rilevante di prestazioni di patologia clinica è principalmente imputabile alla produzione dei test per la ricerca del Coronavirus.



Di seguito i volumi erogati per i pazienti esterni:

	STRUTTURE PUBBLICHE ULSS8 BERICA			STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
LABORATORIO	3.316.683	5.103.081	4.951.390	310.401	262.277	255.941	3.627.084	5.365.358	5.207.331
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	136.605	169.621	173.194	152.462	151.064	148.846	289.067	320.685	322.040
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	85.988	103.450	99.863	142.011	154.236	147.890	227.999	257.686	247.753
CLINICA	690.186	801.068	817.550	92.173	100.021	94.489	782.359	901.089	912.039
Totale	4.229.462	6.177.220	6.041.997	697.047	667.598	647.167	4.926.509	6.844.818	6.689.163

1.4 L'Assistenza Distrettuale e Primaria

Fascia di Età	Assistibili	Popolazione
0 - 4 anni	17.390	18.241
5 - 14 anni	44.460	45.281
15 - 24 anni	49.093	50.978
25 - 44 anni	107.046	111.755
45 - 64 anni	152.342	155.389
65 - 74 anni	52.838	53.628
Oltre 75 anni	55.924	57.566
Totale	479.093	492.838

L'Assistenza Territoriale distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dai due Distretti con la funzione fondamentale di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

1.4.1 – Assistenza primaria

Nel 2022 l'Assistenza Primaria è stata assicurata da 276 Medici di Medicina Generale e 51 Pediatri di Famiglia con studi professionali ubicati in tutto il territorio e organizzati in diverse forme aggregative (32 Medicine di gruppo, 8 Medicine di Gruppo Integrate e 11 Associazioni semplici di PLS).

FORME DI ASSISTENZA PRIMARIA	DISTRETTO EST	DISTRETTO OVEST	BERICA
N° MMG	176	100	276
N° MMG afferenti a medicine di gruppo	82	57	139
N° MMG afferenti a Medicine di Gruppo Integrate	34	23	57
N° PLS	31	20	51
N° PLS in Associazione semplice	26	20	46
N° PLS afferenti a medicine di gruppo	4		4
TOTALE MEDICI	207	120	327

1.4.2 – Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative

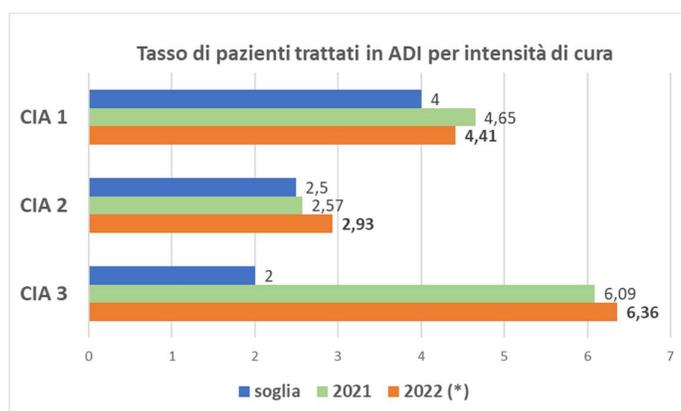
L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stata erogata a circa 11.600 utenti per un totale di circa 144.000 prestazioni da parte di MMG/PLS, infermieri, fisioterapisti, palliativisti e altri specialisti. A ciò va aggiunto anche il contributo dato dai medici USCA, operativi fino alla cessazione dell'emergenza sanitaria, non solo nell'assistenza ai malati Covid e all'attività vaccinale, ma anche a supporto dei pazienti fragili, cronici o affetti da patologie invalidanti. Nella tabella a fianco si riporta il riepilogo dell'attività complessivamente svolta.

FIGURA PROFESSIONALE	2021	2022
Infermiere e terapeuta del dolore	107.768	106.875
Fisioterapista	5.504	5.525
MMG/PLS (adi + adp)	34.917	23.260
Accessi Specialisti (Palliativista e altre figure)	8.266	8.444
Medico USCA	24.502	12.091
Altro soggetto	50	2
TOTALE ACCESSI	181.007	156.197

N. UTENTI	16.158	12.648
-----------	--------	--------

INDICATORI	2021	2022
Numero totale assistiti in ADI	16.158	12.648
Assistiti in ADI 75+ anni	10.133	8.895
% assistiti 75+ anni sul totale assistiti in ADI	62,7%	70,3%
Tasso assistiti x 1000 ab. 75+ anni	182,11	155,08

Analizzando gli assistiti in ADI per livello di intensità assistenziale attraverso il CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale pari a Giornate Effettive di Assistenza su Giornate di Cura), in cui a CIA più elevato corrisponde un maggior impegno assistenziale, emerge quanto rappresentato nel grafico a lato.



Nell'ambito dell'attività della Rete di Cure Palliative, stringente è l'attenzione sui malati oncologici e sull'assistenza nel fine vita.

	2022			2021
	Deceduti a domicilio	Deceduti in Hospice	TOTALE	TOTALE
Distretto Est	253	233	486	489
Distretto Ovest	110	100	210	215
TOTALE UTENTI	363	333	696	704
% su n. deceduti per causa di tumore ultimo triennio	30,7%	28,2%	58,9%	59,6%

Fonte: Cruscotto ADI - Obj. LEA AO.1.2

NB: I dati 2022 sono la stima sugli ultimi 12 mesi con dati fino a settembre

1.4.3 – Assistenza nelle Strutture intermedie

Nel territorio sono presenti Strutture Intermedie per i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione, al suo prolungamento o all'istituzionalizzazione. Questi spazi di accoglimento temporaneo consistono ad oggi in 5 Ospedali di Comunità, 2 Unità Riabilitative Territoriali e 2 Hospice, per un totale di 121 posti letto medi. Nel corso del 2022 le strutture sono state più volte chiuse o convertite a causa della pandemia per accogliere pazienti covid o supportare le richieste di assistenza dai presidi ospedalieri, garantendo comunque assistenza a quasi 1.400 pazienti con un tasso di occupazione che complessivamente ha superato l'80%.

	ANNO 2022						TOTALE BERICA
	OSPEDALI DI COMUNITA'			U.R.T.	HOSPICE		
	DISTRETTO EST Pubblico	DISTRETTO EST Privato	DISTRETTO OVEST Pubblico	DISTRETTO EST Privato	DISTRETTO EST Pubblico	DISTRETTO OVEST Privato	
N. Posti Letto medi	21	15	29	39	10	7	121
N. Utenti dimessi	156	167	334	329	246	148	1.380
N. Giornate di Degenza	6.507	4.866	6.567	12.148	2.595	1.953	34.636
Degenza Media	41,7	29,1	19,7	36,9	10,5	13,2	
Tasso Utilizzo Posti Letto	85,8%	92,7%	82,5%	87,8%	84,3%	81,9%	

1.4.4 – Assistenza alle persone anziane non autosufficienti

Nell'ambito della Non Autosufficienza nel 2022 l'Azienda ha incrementato la risposta ai servizi rilasciando 3.160 impegnative di residenzialità, prevalentemente di 1° e 2° livello, a utenti residenti e spese in centri di servizi accreditati quasi esclusivamente per l'assistenza residenziale. Nel territorio dell'ULSS l'offerta dei Centri di Servizi è stata caratterizzata complessivamente dalla disponibilità di 195 posti autorizzati per attività semiresidenziale e di 3.728 posti per attività residenziale per utenti non autosufficienti con e senza impegnative di residenzialità. Sono stati accolti più di 5.300 utenti con un'età media all'ingresso pari a 82 anni. Il livello di occupazione dei posti si è attestato attorno all'88% per la residenzialità (+3,7%), mentre l'attività diurna è ripresa solo in alcune strutture registrando un livello di occupazione pari al 23%.

	ANNO 2022								
	DISTRETTO EST			DISTRETTO OVEST			BERICA		
	n. POSTI autorizzati	n° utenti (teste)	Livello di occupazione	n. POSTI autorizzati	n° utenti (teste)	Livello di occupazione	n. POSTI autorizzati	n° utenti (teste)	Livello di occupazione
INTERVENTI SEMIRESIDENZIALI (centri diurni)	103	68	14,7	92	123	30,4	195	191	45,1
INTERVENTI RESIDENZIALI	2.150	2.816	1.789,0	1.578	2.403	1.490,2	3.728	5.219	3.279,3
1° livello	1.734	2.297	1.465,5	1.105	1.725	1.124,5	2.839	4.022	2.590,0
2° livello	398	491	306,7	453	643	347,6	851	1.134	654,4
Strutture Alta Protezione Alzheimer (SAPA)	-	0	-	10	22	9,5	10	22	9,5
Stati Vegetativi Permanenti	18	28	16,8	10	13	8,6	28	41	25,4

1.4.5– Assistenza alle persone con disabilità

Nell'ambito della Disabilità sono proseguiti gli interventi di tipo semiresidenziale in strutture a gestione diretta e in convenzione (710 utenti seguiti nel 2022) e attraverso progetti sperimentali fuori dai centri diurni (coinvolti 109 utenti nell'anno), nonché gli interventi di tipo residenziale definitivo o di pronta accoglienza (324 utenti). Di altrettanto rilievo le prestazioni di promozione e integrazione delle persone con disabilità e i progetti a sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale forniti sia direttamente (gruppi di circa 30 utenti) sia mediante l'erogazione di contributi (nel 2022 destinati fondi a più di 260 utenti).

	2022			2021
	DISTRETTO EST	DISTRETTO OVEST	BERICA	BERICA
INTERVENTI SEMI-RESIDENZIALI (n. utenti)	549	270	819	768
<i>di cui presso strutture a Gestione diretta (CEOD)</i>	33	41	74	80
<i>di cui Progetti Sperimentali</i>	100	9	109	93
INTERVENTI RESIDENZIALI (n. utenti)	227	97	324	338
<i>di cui presso strutture a Gestione diretta</i>		26	26	23
PROGETTI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' E DELL'AUTONOMIA PERSONALE - escluse ICD - (n. utenti)	214	79	293	257
<i>di cui Progetti "Dopo di Noi"</i>	62	23	85	70
<i>di cui Progetti Vita Indipendente</i>	123	56	179	147

1.4.6– Assistenza nell'ambito dell'Infanzia, Adolescenza e Famiglia

Nell'area dell'assistenza all'Infanzia, Adolescenza e Famiglia, nel 2022 l'Azienda ha seguito circa 4.630 utenti tramite le équipes dei Consulenti familiari, con attività di prevenzione e sostegno, prestazioni ostetriche ginecologiche e attività psico-sociali e 550 utenti attraverso il Servizio Adozioni per l'attuazione del percorso pre e post adottivo, per un totale di 5.180 utenti. Il Servizio Tutela Minori ha seguito più di 1.200 minori in situazione di disagio socio-psico-familiare; in aumento anche il numero di minori presi in carico dal Centro Regionale di protezione e cura dei minori, ragazzi e famiglie (ARCA) che ha raggiunto i 183 casi. Il Servizio Età evolutiva ha fornito prestazioni psicologiche a circa 2.150 utenti, valutazioni e trattamenti logopedici a quasi 2.100 utenti, nonché altre prestazioni riabilitative. Di rilievo anche l'assistenza scolastica garantita a più di 500 alunni attraverso personale proprio e in convenzione. Nell'ambito delle competenze delegate dalla Regione del Veneto (DGR n. 819/2018), il Servizio si è occupato inoltre di circa 160 disabili sensoriali. Infine, il servizio di Neuropsichiatria infantile ha seguito circa 1.700 utenti.

SERVIZIO/UTENTI	2021	2022
CONSULTORI FAMILIARI E ADOZIONI		
Singoli	3.841	3.676
Coppie	56	107
Famiglie	403	296
TOTALE	5.012	5.182
<i>di cui stranieri</i>	<i>1.361</i>	<i>1.307</i>
TUTELA MINORI		
N. Minori trattati	1.097	1.232
ETA' EVOLUTIVA		
N. utenti	4.639	4.065

1.4.7– Assistenza Psichiatrica Territoriale

L'Assistenza Psichiatrica è garantita con continuità tramite il Dipartimento di Salute Mentale anche sulla base della riorganizzazione attuata dal Piano di massima della residenzialità extraospedaliera (DGR 1673/2018). Il Dipartimento gestisce direttamente, oltre a tre reparti ospedalieri, strutture per l'assistenza semiresidenziale (Centri Diurni e Day Hospital) e residenziale (CTRP, Comunità Alloggio e Gruppi appartamento) e si avvale di alcune strutture gestite dal privato sociale accreditato. Nel 2022 sono stati in carico circa 6.800 utenti; l'analisi delle diagnosi principali dei pazienti seguiti nel territorio ha evidenziato la presenza di disturbi affettivi nel 31% dei casi, schizofrenia e disturbi deliranti nel 25% dei casi e disturbi nevrotici nella misura del 21%.

DIAGNOSI	2021	2022
Disturbi affettivi	1.883	1.890
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	1.374	1.513
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	1.279	1.258
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	329	345
Altre diagnosi psichiatriche	998	996

A seguire una sintesi delle principali tipologie di intervento erogate e degli utenti assistiti.

	BERICA	
	2021	2022
ATTIVITA' AMBULATORIALE DEI CENTRI DI SALUTE MENTALE E DCA		
N. PAZIENTI ATTIVI	6.490	6.776
<i>di cui Centro Disturbi Alimentari</i>	426	466
N. PRESTAZIONI	85.394	87.032
RICOVERI IN SPDC (strutture proprie)		
N. PAZIENTI	806	753
N. GIORNATE DI DEGENZA	14.030	12.614

	BERICA	
	2021	2022
INSERIMENTI SEMIRESIDENZIALI (n. utenti)	435	474
<i>di cui a Gestione Diretta o Mista</i>	311	347
<i>di cui presso Privato Convenzionato</i>	124	127
INSERIMENTI RESIDENZIALI (n. utenti)	320	319
<i>di cui a Gestione Diretta o Mista</i>	177	176
<i>di cui presso Privato Convenzionato</i>	139	139
<i>di cui in REMS</i>	4	4
INTERVENTI DOMICILIARI/ RESIDENZIALITA' LEGGERA (n. utenti)	55	64

1.4.8– Servizi per le Dipendenze

In riferimento all'assistenza a pazienti Tossicodipendenti e Alcolisti, il Dipartimento per le Dipendenze ha seguito circa 2.800 pazienti ambulatorialmente (250 presso il carcere), di cui circa 290 sono stati inseriti in programmi di recupero in comunità terapeutiche. Il Dipartimento, inoltre, è attivamente impegnato in attività di informazione e prevenzione su tutto il territorio.

	2022			2021
	DISTRETTO EST	DISTRETTO OVEST	BERICA	BERICA
UTENTI				
Tossicodipendenti	1.160	565	1.725	1.714
Alcolisti	480	213	693	751
Dipendenza da gioco	107	45	152	149
Tabagisti	61	35	96	96
Altro	138	41	179	215
TOTALE (*)	1.942	860	2.802	2.846

(*) Un utente può avere più dipendenze

	2022			2021
	DISTRETTO EST	DISTRETTO OVEST	BERICA	BERICA

INSERIMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE				
N. UTENTI	197	90	287	297
N. GIORNATE DI PRESENZA	32.252	13.984	46.236	51.244
<i>di cui Semiresidenziali</i>	5.491	1.315	6.806	6.659
<i>di cui Residenziali</i>	26.761	12.669	39.430	44.585

1.5 La Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura tecnico funzionale mediante la quale l'Azienda garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute connessi ad interventi di promozione e di prevenzione relativamente agli stati e comportamenti individuali delle persone, all'ambiente fisico e sociale della comunità di riferimento.

Alcuni dati di sintesi dei diversi servizi del Dipartimento:

Coperture Vaccinali

Copertura Vaccinale	2020	2021	2022	Obiettivo Regionale
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,8 % (rif coorte nati 2018)	94,8 % (rif coorte nati 2019)	95,5% (rif coorte nati 2020)	95%
Vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	94,6 % (rif coorte nati 2018)	94,4 % (rif coorte nati 2019)	94,8% (rif coorte nati 2020)	95%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	50,90%	43,20%	45,4% (in corso)	75%

Screening oncologici

Screening- Copertura	Copertura 2020	Copertura 2021	Copertura 2022	Obiettivo Regionale
Screening mammografico	50,60%	65%	58,20%	65%
Screening cervice uterina	42,30%	61,40%	61%	60%
Screening colon retto	54,20%	71,40%	63,10%	60%

SPISAL (Servizio Prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro)

Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL	2021	2022
Attività produttive sottoposte a controllo di cui:	1.005	1.192
cantieri	292	564
cantieri per bonifica amianto	71	55
aziende agricole	90	102
Copertura attività produttive soggette a controllo	1.386	1.192
Inchieste per infortuni sul lavoro concluse	331	341
Inchieste per malattie professionali concluse	75	37
Visite mediche	760	641
Ore di formazione erogate	60	59
Persone formate:	279	221
medici del lavoro	3	3
tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	16	18
Assistenti sanitari, infermieri, lavoratori/RI	260	200

Sanità pubblico Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Servizio Igiene alimenti e Nutrizione.

Servizio Igiene alimenti e Nutrizione	2020	2021	2022
Nr. controlli/campioni sugli alimenti di origine vegetale	195	250	280
Nr. controlli/campioni sulle bevande, vini ed acque destinate al consumo umano	24	33	27
Nr. controlli negli esercizi del settore di produzione/trasformazione/commercializzazione di alimenti vegetali	614	652	633
Nr. audit presso ristorazioni pubbliche	0	0	1

Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati.

Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati	2020	2021	2022
Nr. ispezioni/controlli negli stabilimenti produttori di alimenti di origine animale	978	867	848
Nr. ispezioni/controlli negli stabilimenti di sottoprodotti di origine animale	78	62	71
Nr. ispezioni in stabilimenti produzione/lavorazione (non ricomprese nei punti precedenti)	128	137	95
Nr. ispezioni in stabilimenti macellazione	11.384	9.784	11.230

Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	2020	2021	2022
Piano Nazionale Alimentazione animale: campioni	138	116	134
Piano Nazionale Residui: campioni	165	193	185
Piano Nazionale Benessere Animale: campioni	102	98	69

Servizio di Igiene Urbana Veterinario

Servizio di Igiene Urbana Veterinario	2020	2021	2022
Lotta al randagismo:cattura cani randagi/vaganti	663	697	826
Lotta al randagismo: colonie feline sterilizzate	75	91	60
Nr. movimentazioni anagrafe canina	12.975	15.110	18.800

Servizio Sanità Animale

Servizio Sanità Animale	2020	2021	2022
Nr allevamenti avicoli controllati: nr prelievi	4.218	3.897	1.404
Capi bovini e ovini controllati per TBC, Brucellosi, Leucosi: nr. capi	TBC bov: 9.658 BRC/LBE bov:7.687 BRC ovice: 3.054	10.192 16.506 476	In linea con il 2021
Capi bovini e ovini controllati per TBC, Brucellosi, Leucosi: nr. allevamenti	TBC bov: 103 BRC/LBE bov: 99 BRC ovice: 146	170 162 39	In linea con il 2021
Gestione anagrafi/capi movimentati (bovina, suina, caprina ecc...)	243.416	253.981	212.461

La situazione pandemica:

Di seguito alcuni dati che rendicontano l'importante attività affrontata per la gestione dell'emergenza da Coronavirus:

- Complessivamente, da inizio pandemia, i ricoveri per Covid gestiti a livello aziendale sono stati circa 5.200;
- l'Azienda ha erogato oltre 3.300.000 test per la ricerca del Covid;
- la campagna vaccinale, iniziata nei primi giorni del 2021 e attualmente in attività ha registrato un numero di vaccinati pari a circa 416.000 persone (oltre l'93% della popolazione over 11 anni con almeno 1 dose somministrata). Le dosi somministrate sono state oltre 1.180.000.

Strumenti di benchmark:

Da alcuni anni sono a disposizione della Regione e delle Aziende Sanitarie importanti strumenti di confronto e di valutazione dei risultati raggiunti. Nello specifico il Ministero della Salute, tramite l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), svolge funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali erogate dalle singole Aziende (PNE - Programma Nazionale Esiti).

Il PNE con l'aggiornamento effettuato nel 2021 analizza 184 indicatori, 164 di questi sono relativi all'assistenza ospedaliera (71 di esito/processo, 78 volumi di attività e 15 indicatori di ospedalizzazione); 21 di questi indicatori concorrono alla definizione del diagramma TREEMAP, adottato anche dalla Regione del Veneto come strumento sintetico di valutazione della performance. Altri 20 indicatori sono relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (2) e accessi impropri in PS (4).

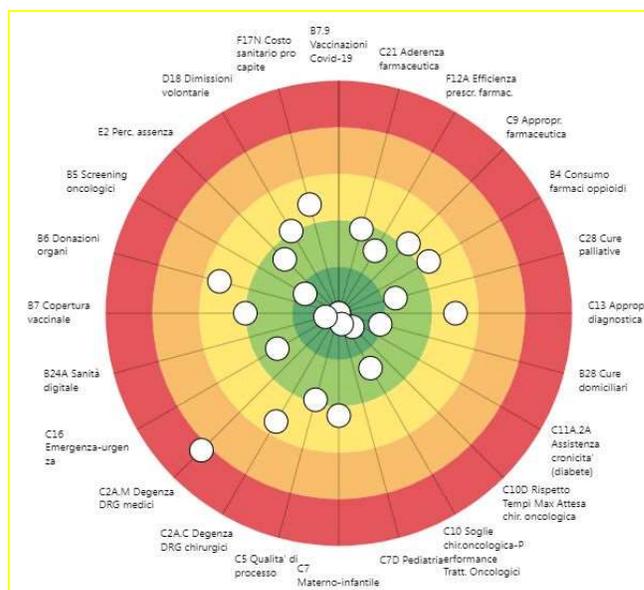
Altro importante strumento di benchmark viene fornito dal Laboratorio MeS, Management e Sanità, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna. E' stato sviluppato un sistema di valutazione della performance di un gruppo di undici Regioni – incluso il Veneto.

Il sistema di valutazione permette il confronto a livello regionale e aziendale su circa 400 indicatori, selezionati tramite un processo di condivisione tra le Regioni.

A circa 160 degli indicatori di cui si compone il sistema, è attribuita una valutazione che varia da 0 a 5, ottenuta attraverso il confronto con standard condivisi, che risultano o da riferimenti riconosciuti a livello internazionale o dal raffronto della performance delle Aziende facenti parte del Network.

Per le aree con risultati non ottimali, l'Azienda intende attivare tutte le azioni necessarie per migliorare la performance.

BERSAGLIO 2021 – ULSS 8 BERICA



1.6 Il quadro economico e gli investimenti

Il quadro economico

La congiuntura attuale, contraddistinta da un lato passaggio della diffusione del Coronavirus da una fase pandemica ad una endemica, ma dall'altro dall'aumento nel costo dell'energia, delle materie prime e del tasso di inflazione in conseguenza della crisi economica scatenata dal conflitto russo/ucraino, rende nuovamente difficile formulare delle previsioni sulla gestione del triennio.

Da un lato vi sono le criticità generate dall'aumento dei costi e dalla difficoltà di reperire le risorse, ed in particolare la risorsa umana. Dall'altro entra nel vivo la fase di rinnovamento tecnologico e gestionale generata dai progetti del PNRR, che passano dalla fase progettuale alla fase esecutiva: le scadenze e gli impegni correlati ai cronoprogrammi dei progetti della Missione 6 - Salute, rappresentano per le strutture tecnico-amministrative e sanitarie una forte sfida.

Piano Investimenti

Il prossimo triennio 2023-2025 sarà quindi caratterizzato dalla programmazione degli interventi previsti nel PNRR e da un attento monitoraggio delle fasi esecutive. I temi che impattano in particolare sul Piano Investimenti sono:

- Attivazione Case della Comunità
- Attivazione COT (Centrali Operative Territoriali)
- Sviluppo degli Ospedali di Comunità
- Ammodernamento del parco tecnologico con riferimento ad Apparecchiature Elettromedicali e Digitalizzazione
- Interventi di adeguamento alla norma antisismica
- Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.

Codifica	Descrizione investimento	Progetti	Finanziamento		
		n.	PNRR	PNC	Risorse proprie
M6.C1.11.1	1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	9	13.392.840,00	-	3.441.880,00
M6.C1.11.2	1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina	10	1.684.062,00	-	-
M6.C1.11.3	1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	3	10.700.000,00	-	-
M6.C2.11.1	1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	22	8.777.963,00	-	1.492.237,00
M6.C2.11.2	1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	4	-	16.915.470,00	-
M6.C2.11.3	1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	2	4.540.983,94	-	-
	Totale		39.095.848,94	16.915.470,00	4.934.117,00

Permane sempre comunque la necessità di garantire l'aggiornamento tecnologico e la messa a norma delle strutture sanitarie, tenendo conto dello stato di obsolescenza delle tecnologie, in particolare sanitarie e informatiche (analisi della frequenza dei guasti e della costosità degli interventi di manutenzione), e delle proposte di aggiornamento che provengono dalle strutture aziendali.

In sintesi il Piano investimenti triennale:

	Edilizia	Informatica	Attrezzature	Altro	Totale investimenti	Di cui finanziamenti acquisiti
Capitalizzato anno 2023	24.911.582,61	5.328.848,61	14.653.038,65	2.630.771,37	47.524.241,24	36.356.851,86
Capitalizzato anno 2024	69.474.651,25	5.892.778,40	19.191.556,00	2.540.000,00	97.098.985,65	51.920.751,38
Capitalizzato anno 2025	117.117.077,38	2.743.178,40	11.800.000,00	2.230.000,00	133.890.255,78	91.785.726,01
Totale capitalizzato	211.503.311,24	13.964.805,41	45.644.594,65	7.400.771,37	278.513.482,67	180.063.329,25

Gli interventi più significativi dei quali si prevede il completamento nel triennio sono:

Anno 2024:

- Intervento di ristrutturazione area ex seminario
- Primo stralcio manutenzione straordinaria laboratori
- Prima tranche interventi correlati al PNRR

Anno 2025:

- Nuovo Ospedale di Montecchio M.
- Seconda tranche interventi PNRR

Equilibrio economico e governo delle risorse

L'Azienda intende perseguire gli obiettivi di rientro economico assegnati dalla Regione del Veneto con DGR 1617/2022 (all. D), perseguendo nel contempo gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi previsti dalla programmazione nazionale e regionale.

Al fine di supportare la razionalizzazione dei percorsi e dei processi l'Azienda sta lavorando per migliorare i sistemi informativi e di supporto, le competenze logistiche e digitali, diffondere l'applicazione delle tecniche di lean management ai processi sanitari. Contestualmente si implementano i sistemi di controllo interno, e si integrano gli obiettivi di trasparenza, anticorruzione e certificabilità nell'operatività delle strutture tecnico/amministrative.

Il controllo della spesa richiede di mantenere alta l'attenzione sulla appropriatezza prescrittiva di farmaci e presidi, implementando una forte integrazione tra i professionisti ospedalieri e territoriali in una logica di sistema. La razionalizzazione dei consumi di Dispositivi Medici richiede un rafforzamento dell'attività di valutazione e HTA, di standardizzazione e di razionalizzazione della logistica ad esempio con la creazione di un magazzino unico del Gruppo Operatorio al fine di migliorare la gestione dei processi di approvvigionamento e ridurre le scorte di Dispositivi.

La riqualificazione degli edifici e delle tecnologie sanitarie dovrebbe permettere di raggiungere obiettivi di efficienza energetica e di riduzione dei costi di manutenzione corrente.

Prosegue il percorso di digitalizzazione dei servizi al cittadino, ed in particolare la diffusione dei pagamenti digitali. Obiettivo dell'azienda è l'automatizzazione dei sistemi di riconciliazione contabile e lo snellimento della comunicazione con il cittadino e con le imprese nella comunicazione legata agli aspetti amministrativi.

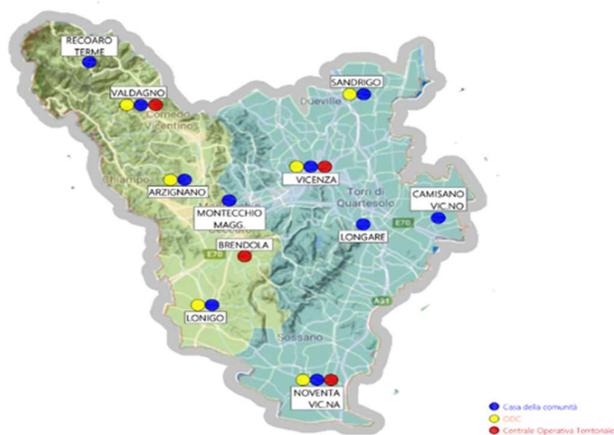
La programmazione Aziendale nella cornice del PNRR

Obiettivo della programmazione aziendale è di garantire un'equa offerta di servizi nel territorio al fine di consentire una presa in carico uniforme dei bisogni della popolazione.

Con questo obiettivo l'ULSS ha inteso interpretare gli indirizzi e le opportunità definite dal PNRR, avviando la programmazione di un modello per l'allocazione sul territorio delle Case della Comunità, basato sul modello Hub&Spoke e sulla definizione dei collegamenti funzionali tra diverse strutture/setting al fine di consentire a tutti gli assistiti medesime condizioni di accesso ai servizi nell'intera ULSS.

In particolare con la Casa della Comunità si intende realizzare un modello organizzativo integrato di assistenza, fondato su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Da un lato è il luogo fisico di prossimità e porta d'accesso al sistema socio-sanitario territoriale; dall'altro costituisce quel nodo della filiera assistenziale in cui si concentrano fisicamente o sono collegati funzionalmente quei servizi e professionisti atti a garantire la presa in carico integrata della persona e della Comunità. La risposta al singolo bisogno e la presa in carico della persona nella sua globalità vengono, pertanto, garantite attraverso un'azione organizzata e fondata sul lavoro in team, valorizzando tutte le professionalità.

All'interno delle Case della Comunità, o in sede contigua, saranno altresì sviluppati ulteriormente gli Ospedali di Comunità, quali strutture sanitarie territoriali, caratterizzate da ricoveri di breve durata, destinati a pazienti che necessitano di interventi a bassa intensità clinica, a gestione prevalentemente infermieristica e che si collocano tra la rete territoriale e quella ospedaliera. Sarà, inoltre, potenziata l'organizzazione delle Cure Domiciliari assicurando una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana, tenendo conto della complessità clinico-assistenziale dei pazienti, prevedendo una forte integrazione con il sociale e soprattutto lo sviluppo del ruolo dell'infermiere di famiglia che facilita e monitora i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio. In questa evoluzione organizzativa andrà anche rivisto il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT) quale modello organizzativo di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, nonché la diffusione della Telemedicina in ogni sua componente, a partire dal rafforzamento delle buone pratiche già messe in atto da alcuni anni in questa Azienda ULSS.



Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 Sottosezione Valore Pubblico

Il concetto di Valore Pubblico, già presente nelle Linee Guida 2017-2022 DFP e nel PNA (Piano Nazionale Anticorruzione) 2019, rappresenta un'innovazione sostanziale all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

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 Pubbliche Amministrazioni e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza."

Un ente crea *Valore Pubblico in senso stretto* quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline.

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) - (PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES).

Il Valore Pubblico che l'Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica" si pone di migliorare viene monitorato utilizzando sia gli indicatori esplicitati sia nel Progetto BES che gli indicatori presenti nei documenti programmatori regionali tra i quali va ricordato il Piano Operativo Regionale che declina gli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Nel PNRR vengono individuate sei Missioni:

- M1 digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- M2 rivoluzione verde e transizione ecologica;
- M3 infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- M4 istruzione e ricerca;
- M5 inclusione e coesione;
- M6 salute.

L'Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica" si pone come obiettivo principale il raggiungimento degli obiettivi previsti nella Missione 6 "Salute" ovvero il rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio, con l'integrazione tra Servizi Sanitari e Sociali e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale. Verrà potenziato il Fascicolo Sanitario Elettronico e continuerà lo sviluppo della telemedicina.

DOCUMENTO	MACRO-AREA INDICATOR	INDICATORE
PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza- Piano Operativo Veneto)	M5-Inclusione e coesione	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
		Eccesso di peso o obesità tra i minori da 3 a 17 anni di età
		Speranza di vita in buona salute alla nascita
	M6-Salute	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata
		Indicatore sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico in costruzione con dati esterni
		Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati
		Probabilità per classi quinquennali d'età di morire per tumori, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie
		Speranza di vita in buona salute alla nascita

Il progetto BES nasce nel 2010 per misurare il Benessere equo e sostenibile, con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

A partire dal 2016, agli indicatori e alle analisi sul benessere si affiancano gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite, scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro di informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori. (<https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0>).

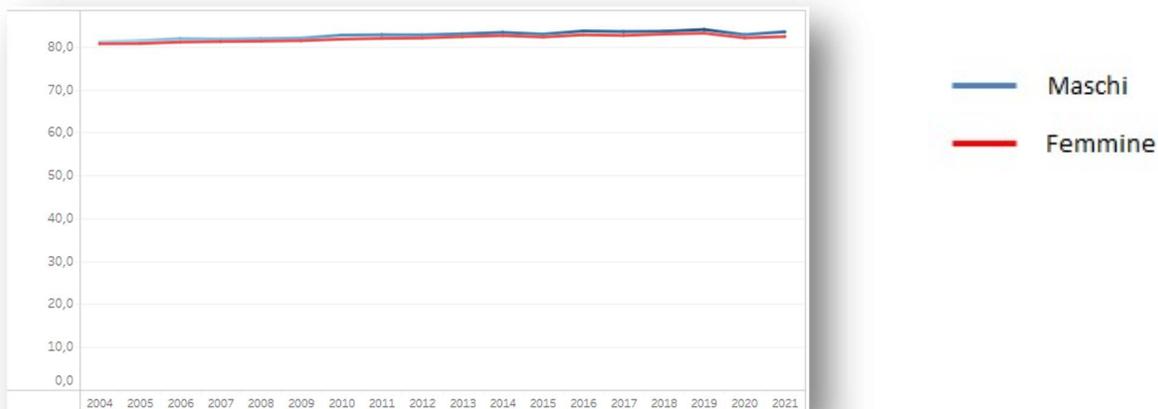
In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore.

Le misure statistiche utilizzate a livello nazionale dall'ISTAT per monitorare l'avvicinamento ai 17 Goal ONU (SDGs) hanno ampi punti di contatto con il sistema degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES): i due set di indicatori – BES e SDGs, infatti, seppure parzialmente sovrapponibili, risultano certamente complementari. Si rileva al riguardo che l'ISTAT utilizza nelle sue misurazioni 58 indicatori BES, di cui alcuni replicati per più di un Goal, per un numero complessivo di 67 misurazioni ISTAT realizzate attraverso indicatori BES.

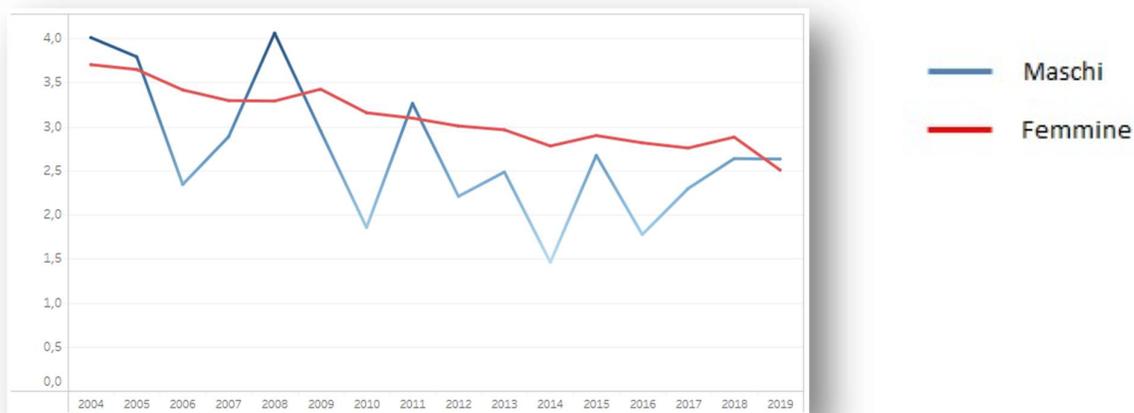
Indicatore Sulla Salute	Fonte / Anno riferimento	Provincia Vicenza	Veneto	Italia
Speranza di vita alla nascita <i>Numero medio in anni</i>	BES2022 Istat / 2021	83,5	83,2	82,4
Mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	BES2022 Istat / 2019	2,6	2,6	2,5
Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) <i>Tasso standardizzato per 10.000 residenti</i>	BES2022 Istat / 2021	0,3	0,9	0,6
Mortalità per tumore (20-64 anni) Tasso standardizzato per 10.000 residenti	BES2022 Istat / 2019	6,6	7,3	8,1
Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (> 64 anni) <i>Tasso standardizzato per 10.000 residenti</i>	BES2022 Istat / 2019	39,9	39,2	34,0

ANALISI DELLE SERIE STORICHE DEI PRINCIPALI INDICATORI ANALIZZATI

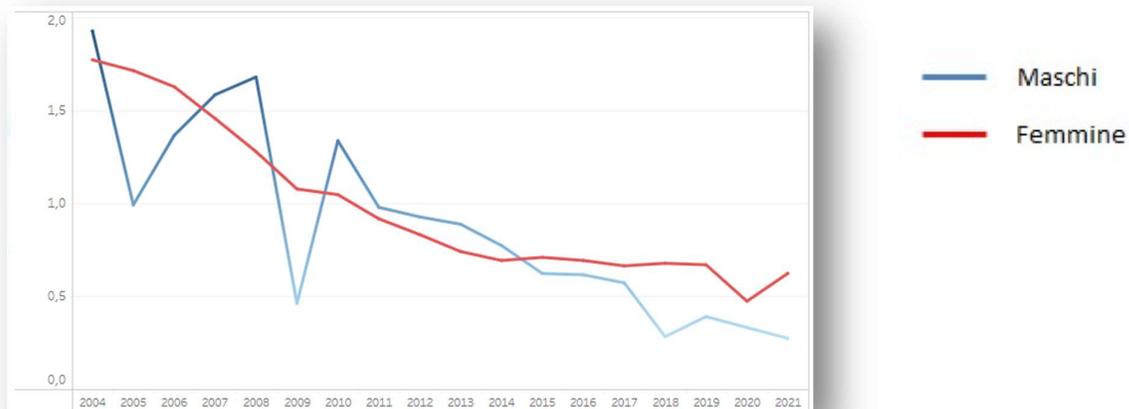
Speranza di vita alla nascita - Provincia di Vicenza (2004 - 2021) per genere



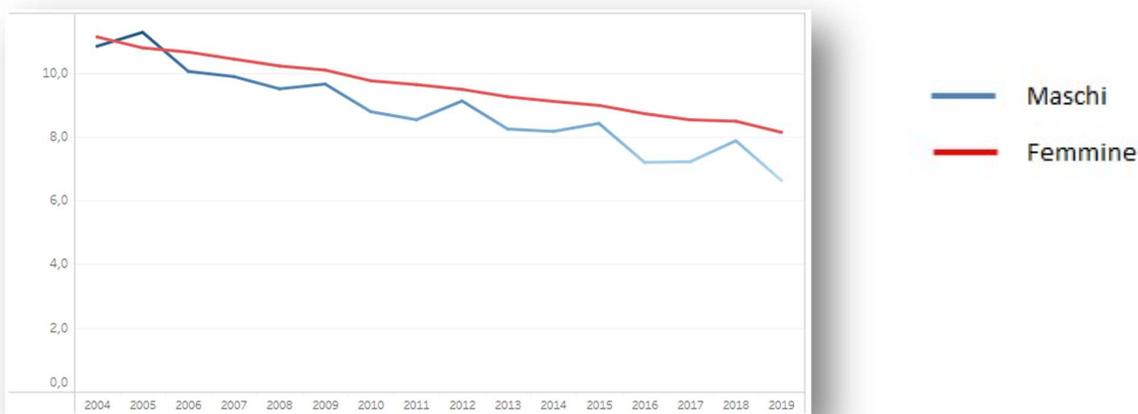
Mortalità infantile - Provincia di Vicenza (2004 - 2019) per genere



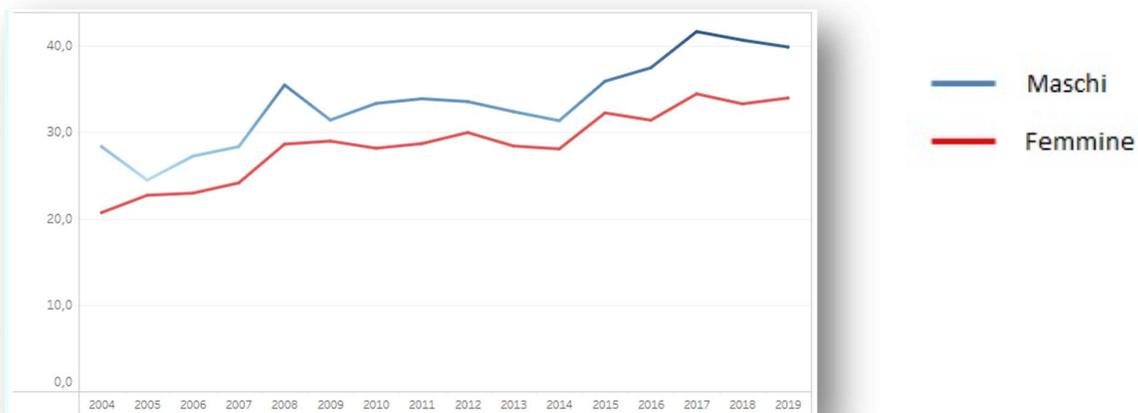
Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) - Provincia di Vicenza (2004 - 2021) per genere



Mortalità per tumore (20-64 anni) - Provincia di Vicenza (2004 - 2019) per genere



Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) - Provincia di Vicenza (2004 - 2019) per genere



Indicatori relativi alla Qualità dei Servizi Ospedalieri	Fonte / Anno riferimento	Veneto	Italia
Emigrazione ospedaliera in altra regione	BES2022 Istat / 2020	5,3 %	7,3 %
Posti letto negli ospedali (per 10.000 abitanti)	BES2022 Istat / 2020	33,1	33,3
Posti letto per specialità ad elevata assistenza (per 10.000 abitanti)	BES2022 Istat / 2020	3,9	3,0
Medici specialisti (esclusi MMG e PLS in attività nel SSN per 10.000 ab)	BES2022 Istat / 2020	25,7	30,2

Un altro set di indicatori utilizzati per monitorare la salute pubblica utilizza i dati raccolti nell'ambito del **Sistema di sorveglianza PASSI**.

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è promosso e finanziato dal 2007 dal Ministero della Salute (quale azione centrale del CCM - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) ed è a regime dal 2008. PASSI è uno strumento interno al sistema sanitario nazionale, in quanto condotto dai

Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, coordinate dalle Regioni che si avvalgono del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il sistema caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e sui fattori di rischio comportamentali della popolazione italiana adulta (18-69 anni) connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e di adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la prevenzione delle stesse.

Di seguito si elencano i principali indicatori oggetto di monitoraggio.

Indicatore Sullo Stile di Vita (Progetto PASSI)	Fonte / Anno riferimento	Ulss 8 Berica	Veneto	Italia
% di persone con una percezione dello stato di salute buono o molto buono	PASSI 2018-2021	74,43 %	73,92 %	75,9 %
% di persone in sovrappeso / obese	PASSI 2018-2021	38,17 %	40,89 %	42,2 %
% di fumatori	PASSI 2018-2021	19,09 %	22,55 %	24,5 %
% di bevitori a "maggior rischio"	PASSI 2018-2021	27,3 %	26,19 %	15,0 %

L'Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica" si pone dunque come obiettivo quello di aumentare il Valore Pubblico in tutti gli ambiti sanitari e socio-sanitari attraverso il massimo impegno a garantire a tutti gli assistiti la migliore offerta per l'erogazione di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, recupero e reinserimento sociale con le risorse disponibili.

Nel dettaglio i principali obiettivi ed indicatori sono rappresentati nella sezione Performance del presente documento.

2.2 Sottosezione Performance

L'Azienda annualmente predispone un sistema integrato di **Pianificazione Strategica** e di Programmazione a medio-lungo periodo. La Pianificazione rappresenta il processo attraverso il quale l'Azienda, nell'ambito di una progettualità pluriennale, definisce i propri obiettivi, le azioni strategiche da realizzare e le azioni per conseguirle gli obiettivi.

Il processo di pianificazione è articolato nelle seguenti fasi:

- Recepimento delle direttive Nazionale e Regionali;
- Formulazione degli obiettivi;
- Valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

La **Programmazione** rappresenta il processo con il quale l'Azienda individua, con riferimento ad un arco temporale annuale, le azioni per il raggiungimento degli obiettivi individuati nella pianificazione strategica.

Il processo di programmazione può essere articolato sinteticamente nelle seguenti fasi: · Definizione degli obiettivi annuali coerenti con quelli della pianificazione strategica; Elaborazione di indicatori, individuazione di target.

La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso il **Budget**.

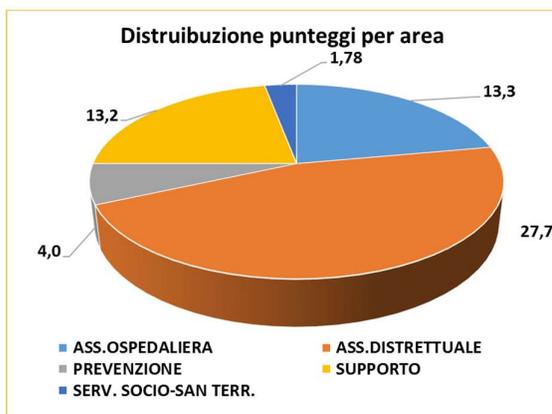
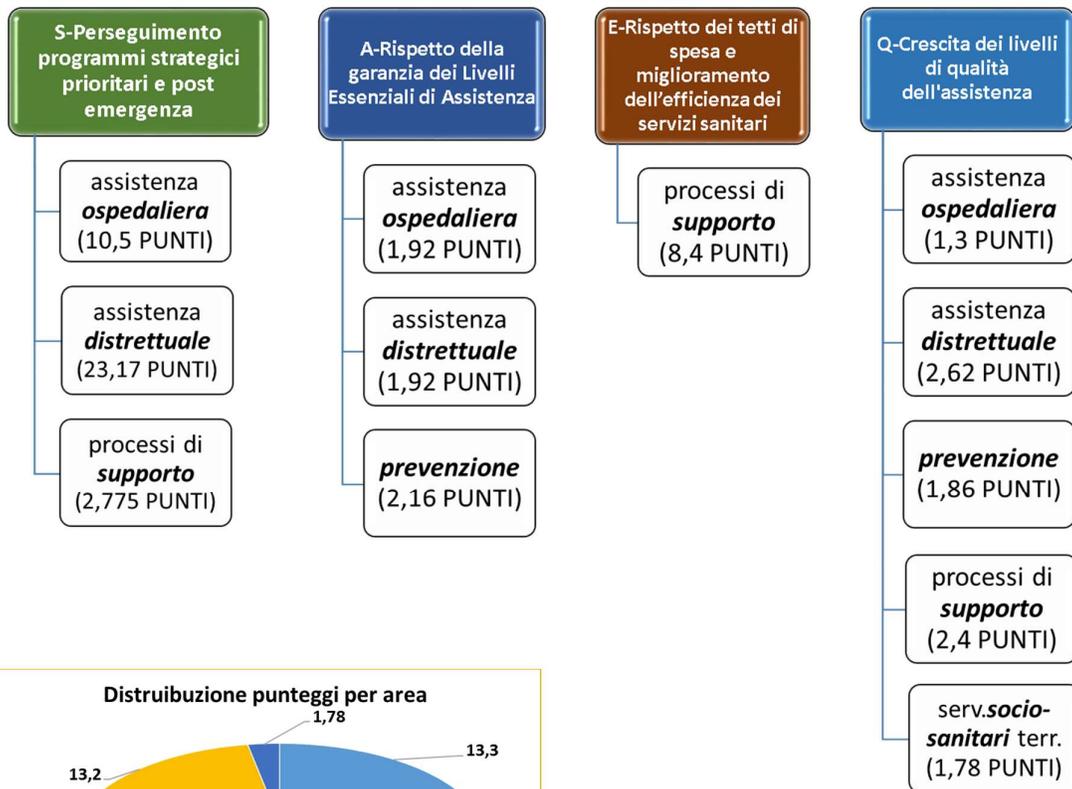
Il Budget rappresenta lo strumento che consente di tradurre i piani ed i programmi aziendali pluriennali, frutto della pianificazione, in obiettivi annuali, assegnati a specifici centri di responsabilità (C.d.R.).

2.2.1 - Gli Obiettivi Regionali

Una parte rilevante della programmazione strategica e operativa discende inoltre dalla programmazione Regionale che annualmente assegna alle Aziende **Obiettivi di Salute e di Funzionamento** specifici e dettagliati. In attesa della DGR che definirà gli obiettivi per l'anno 2023, l'Azienda fa riferimento alla DGR 1702/2022 in cui vengono esplicitati gli obiettivi con evidenza delle aree di maggiore miglioramento di performance e le aree di maggiore criticità aziendali.

La DGR definisce nel dettaglio obiettivi e indicatori di performance che vengono monitorati e verificati nel corso dell'esercizio attraverso puntuali valutazioni periodiche dei singoli indicatori.

Obiettivi di salute e di funzionamento delle aziende Ulss del Veneto - anno 2023 DGR 1702/2022



Cod Ob.	Obiettivo	Cod Ind.	INDICATORE	AREA	60
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza					36,0
S.1	Miglioramento dei tempi di attesa	S.1.D.1	% prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)	DISTRETTO	15,6
		S.1.D.2	% prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022	DISTRETTO	6
		S.1.O.1	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici	OSPEDALE	8,4
S.2	Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34	OSPEDALE	0,3
		S.2.O.2	Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022; Avvio lavori bunker di radioterapia IOV - PO Castelfranco	OSPEDALE	0,3
S.3	Perseguimento PNRR M6	S.3.O.1	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024	OSPEDALE	0,525
		S.3.O.2	M6 C2 intervento 1.2 Verso un OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T3 e T4 2023 e avanzamento attività T2 2026 PNRR-PNC	OSPEDALE	0,525
		S.3.D.1	M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	DISTRETTO	0,525
		S.3.D.2	M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023	DISTRETTO	0,525
		S.3.D.3	M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	DISTRETTO	0,525
		S.3.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	SUPPORTO	0,525
		S.3.S.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	SUPPORTO	0,525
		S.3.S.3	Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt	SUPPORTO	0,525
S.4	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.4.S.1	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR	SUPPORTO	1,2
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza					6,0
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.P.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 1	PREVENZIONE	0,42
		A.1.P.2	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 2	PREVENZIONE	0,42
		A.1.P.3	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 3	PREVENZIONE	0,42
		A.1.P.4	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione 4	PREVENZIONE	0,42
		A.1.D.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 1	DISTRETTO	0,48
		A.1.D.2	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 2	DISTRETTO	0,48
		A.1.D.3	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto 3	DISTRETTO	0,48
		A.1.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1	OSPEDALE	0,48
		A.1.O.2	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2	OSPEDALE	0,48
		A.1.O.3	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 3	OSPEDALE	0,48
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.P.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Prevenzione	PREVENZIONE	0,48
		A.2.D.1	Indicatore specifico per ulss (vedi All A2) Distretto	DISTRETTO	0,48
		A.2.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale	OSPEDALE	0,48

ALLEGATO A2**ASSISTENZA OSPEDALIERA**

H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	A.1.O.1
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	A.1.O.2
H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	A.1.O.3
H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	
Volumi interventi di colecistectomia laparoscopica	
Volumi interventi di PTCA	
Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	
C10.3.1 - Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni	
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.	
Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale (*)	A.2.O.1

ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA

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	A.1.D.1
D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	A.1.D.2
B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	A.1.D.3
Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto (*)	A.2.D.1

PREVENZIONE

P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	A.1.P.1
P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	A.1.P.2
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	A.1.P.3
A.P._P12Z_Copertura delle principali attività 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	
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	A.1.P.4
Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione (*)	A.2.P.1

- (*) Misurato sugli ulteriori indicatori "core" del NSG per il 2023, salvo altre modifiche o integrazioni ministeriali e sui seguenti indicatori:
- C2A.M Indice di performance degenza media- drg medici e indicatori area trapianti
 - (per IOV) PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è
 - P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e

E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari					8,4
E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023	SUPPORTO	1,6
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023	SUPPORTO	1
		E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023	SUPPORTO	0,8
		E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023	SUPPORTO	0,6
		E.1.S.6	Costi Sperimentazioni cliniche	SUPPORTO	0,3
E.2	Rispetto dei vincoli di costo del personale	E.2.S.1	Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area	SUPPORTO	1
		E.2.S.2	Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017	SUPPORTO	0,4
E.3	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.3.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	SUPPORTO	1,5
E.4	Efficientamento dei processi amministrativi	E.4.S.1	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	SUPPORTO	0,18
		E.4.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	SUPPORTO	0,18
		E.4.S.3	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023	SUPPORTO	0,3
		E.4.S.4	Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche	SUPPORTO	0,18
		E.4.S.6	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	SUPPORTO	0,18
		E.4.S.7	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	SUPPORTO	0,18

Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza					9,6
Q.1	Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	Q.1.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	PREVENZIONE	0,3
		Q.1.P.2	Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico	PREVENZIONE	0,3
		Q.1.P.3	Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale	PREVENZIONE	0,18
Q.2	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.2.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	PREVENZIONE	0,3
		Q.2.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	PREVENZIONE	0,3
Q.3	Estensione del programma di screening per HCV	Q.3.P.1	Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti	PREVENZIONE	0,3
Q.4	Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria	Q.4.P.1	% di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021	PREVENZIONE	0,18
Q.5	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1	Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali	DISTRETTO	0,36
		Q.5.D.2	% anziani >= 65 anni trattati in ADI	DISTRETTO	0,48
		Q.5.D.3	COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali	DISTRETTO	0,4
		Q.5.D.4	Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale	DISTRETTO	0,4
		Q.5.D.5	Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77	DISTRETTO	0,5
		Q.5.D.6	Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%	DISTRETTO	0,48
Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer	SOCIO-SAN TERR.	0,4
		Q.6.T.2	Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda	SOCIO-SAN TERR.	0,4
		Q.6.T.3	Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini	SOCIO-SAN TERR.	0,2
		Q.6.T.4	Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini	SOCIO-SAN TERR.	0,3
		Q.6.T.5	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	SOCIO-SAN TERR.	0,3
		Q.6.T.6	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	SOCIO-SAN TERR.	0,18
Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	OSPEDALE	0,18
Q.8	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.8.O.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	OSPEDALE	0,24
		Q.8.O.2	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero	OSPEDALE	0,24
Q.9	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.9.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	OSPEDALE	0,24
Q.10	Miglioramento della presa in carico del paziente	Q.10.O.4	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	OSPEDALE	0,4
Q.11	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.11.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	SUPPORTO	0,6
Q.12	Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie	Q.12.S.1	Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM	SUPPORTO	0,24
Q.13	Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	Q.13.S.1	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	SUPPORTO	0,48
Q.15	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.15.S.1	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRS)	SUPPORTO	0,72

2.2.2 - Gli Obiettivi Strategici Aziendali del Triennio 2023-2025

Le linee strategiche aziendali sono prioritariamente derivate dalle disposizioni regionali che indicano obiettivi di salute e di funzionamento miranti sia a garantire un elevato livello di qualità dei servizi e di ottimizzazione del governo clinico, sia a produrre una razionalizzazione dei costi di produzione, nonché dall'assegnazione alle aziende sanitarie di obiettivi annuali ai fini della valutazione delle attività. L'Azienda promuove inoltre altri obiettivi di rilevanza aziendale ad integrazione di quanto derivante dalla programmazione regionale, prioritari per garantire un'offerta sanitaria di eccellenza correlata ad una gestione efficiente delle risorse a disposizione.

Di seguito gli Obiettivi Strategici / Aree di azione e le linee di indirizzo.



Gli obiettivi strategici sono annualmente tradotti in obiettivi operativi e piani specifici di attività, formalizzati dalla Direzione Strategica, e declinati attraverso il percorso di budget che di norma si conclude entro i primi mesi di ogni anno. La declinazione di tali obiettivi, gli indicatori e i relativi target, sono riportati nel loro dettaglio nelle schede di budget contrattate con le singole strutture.

1. MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO

- Revisione modelli organizzativi - Team specialistici - Specializzazione e omogeneizzazione dei servizi - Perseguimento PNRR - Piano di zona

2. INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE

- Telemedicina - SIO - SIT - Fascicolo Sanitario, Sistemi informativi - Sviluppo tecnologico biomedicale - Cybersicurity - Nuovi Flussi

3. SICUREZZA, MIGLIORAMENTO QUALITÀ E APPROPRIATEZZA PROCEDIMENTI E SERVIZI AZIENDALI

- Adozione RAO - Presa in carico - Gestione rischio clinico e strumenti operativi per la sicurezza del paziente - Trend - Coperture vaccinali - Screening - Adeguamento ai modelli organizzativi previsti dai provvedimenti regionali di area Territoriale

4. PERFORMANCE SANITARIE

- Volumi attività - Tempi d'attesa - Indicatori di esito - Aderenza alle indicazioni operative di PS

5. EQUILIBRIO ECONOMICO E GOVERNO DELLE RISORSE

- Equilibrio economico e finanziario - Governo risorse umane - Appropriata prescrizione

6. ACCESSIBILITÀ DELL'AMMINISTRAZIONE, COMUNICAZIONE, SEMPLIFICAZIONE E QUALITÀ PERCEPITA

- Nuovo sito Web - Standardizzazione Procedure Aziendali - Prens - Indagine sul clima - Proms - Paris - Trasparenza - Privacy - Misure anticorruzione

Area 1 – Miglioramento Organizzativo

Proseguono per tutte le aree Aziendali i processi di omogeneizzazione dei percorsi e delle procedure: di particolare rilevanza l'uniformità dei processi in tutte le aree e in tutti i livelli di assistenza erogati dall'Azienda, con l'obiettivo di omogeneizzare l'offerta di prestazioni fornite agli utenti nei diversi ambiti aziendali (ospedale – territorio) eliminando eventuali differenze esistenti.

In particolare per l'anno 2023 vengono attuati **revisioni organizzative** nei blocchi operatori, in alcune aree di degenza, nei week surgery multidisciplinari ricercando anche modalità di **integrazione del personale** in più ambiti di attività, al fine di favorire la crescita professionale multispecialistica e l'ottimizzazione le risorse.

L'Azienda ritiene importante proseguire nella creazione e arricchimento di un sistema di specializzazione dell'attività prodotta, con la realizzazione di **Team specialistici** in particolare in ambito pediatrico, mammografico e radiologico.

Nel corrente anno l'Azienda si impegna nella realizzazione del **Piano di Zona 2023-2025** quale strumento primario di ricognizione dei bisogni per assicurare l'integrazione socio-sanitaria e sociale • per la ricomposizione e l'ottimizzazione delle risorse provenienti dalle reti istituzionali e non del territorio.

Trattasi di una programmazione «ponte» per accompagnare il sistema sociale e sociosanitario nell'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) previsti dal Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO		AREE INTERESSATE	INDICATORE
1.MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO	1.1	Revisione modelli organizzativi/Team specialistici/Specializzazione e omogeneizzazione dei servizi	1.1.1	Revisione modelli organizzativi aziendali	Ospedale/Territorio/Dipartimento Prevenzione/Amministrativi	Nuovo ospedale di Montecchio/ Nuova TIPO (Ob. S.2.O.1) / WS multidisciplinare/ Revisioni organizzative nei blocchi operatori e alcune aree degenza/ NPI area degenza/ Riorganizzazione attività Oncologia Territoriale/Revisione modalità organizzative.
			1.1.2	Sviluppo reti cliniche e di Team specialistici	Ospedale/Territorio	Team Radiologia Pediatrica
	1.2	Perseguimento PNRR	1.2.1	Progettazione e avvio lavori strutture e impianti e attività e servizi previsti	Ospedale/Territorio/Amministrativi	Dm77 (PNRR)/ Progettazione lavori/ Obiettivi DGR 1702/2022 - S.3.O.2-S.3.D.1-S.3.D.2-S.3.D.3
	1.3	Piano di zona	1.3.1	Piano di Zona	Territorio	A regime con la programmazione delle attività

Area 2 – Innovazione e Digitalizzazione

L'Azienda ricerca una attenta politica di gestione degli investimenti che bilanci le necessità di ripristino dell'ottimale funzionalità delle strutture e degli impianti con le fonti di finanziamento a disposizione. In particolare il rispetto dei tempi di approvvigionamento dei beni e dei lavori garantisce la coerenza tra la programmazione e la realizzazione degli interventi previsti. Si prosegue nell'impegno finalizzato allo sviluppo tecnologico della Sanità digitale e dei sistemi informativi a più livelli e trasversale a tutta l'Azienda. In particolare con l'implementazione del nuovo **SIO** (Sistema Informativo Ospedaliero), con ulteriori sviluppi del SIT (Sistema Informativo Territoriale).

Prioritarie anche per il triennio 2023-2025 le azioni previste per l'implementazione del **Fascicolo Sanitario Regionale** con un'importante azione formativa e la messa a sistema dei documenti/referti sanitari (referti, verbali operatori, lettere di dimissione).

L'azienda intende proseguire nelle azioni di monitoraggio sul sistema informatico intraprese nel 2022 e destinare adeguate risorse per la Cybersecurity. Come è noto il tema della sicurezza informatica riveste un ruolo sempre più importante in considerazione anche dei crescenti tentativi di "intrusione" nelle banche dati aziendali. Vista la complessità e la continua evoluzione del sistema informatico/informativo, si ritiene necessario: aumentare e mantenere la sicurezza mediante opportuni investimenti tecnologici (sia di HW che di SW); attivare nuovi servizi/sistemi di monitoraggio sulla rete; aggiornare le strategie aziendali in tema di Cybersecurity.

Le iniziative più rilevanti da sviluppare nel triennio, e in particolare nel 2023, in continuità con quello già fatto nel 2022, riguardano: il consolidamento dei sistemi di Backup dei dati; l'implementazione di un sistema per la sicurezza degli elettromedicali; l'estensione della raccolta e l'analisi dei log dei sistemi critici; la periodica attività di penetration test e il Gap Assessment; la formazione degli utenti contro il rischio di cyber security; l'installazione di un sistema MDM (mobile devices management) sui dispositivi mobili aziendali.

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), anche al fine di maggiore integrazione tra i servizi sanitari nei diversi ambiti assistenziali, pone come obiettivo promuovere e rendere strutturali nel SSN servizi e prestazioni di telemedicina con soluzioni avanzate a sostegno dell'assistenza territoriale e migliore supporto ai pazienti con malattie croniche.

L'azienda sviluppa e promuove per il triennio 2023-2025 tutte le azioni già attuate e da attuare per un pieno sviluppo della Telemedicina come strumento fondamentale di integrazione e potenziamento dei servizi assistenziali offerti.

AREA STRATEGICA	OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	AREE INTERESSATE	INDICATORE
2.INNOVAZIONE E DIGITALIZZAZIONE	2.1 Nuove Adozioni/Sviluppo/completamento delle risorse strutturali, tecnologiche e dei sistemi informativi	2.1.1 Sviluppo Sanità Digitale e Azioni per implementazione dei Sistemi informativi Ospedalieri e Territoriali	Ospedale/Territorio/Dip.Prevenzione/Amministrativi	Obiettivi DGR 1702/2022 - S.3.S.1-S.4.S.1-Q.5.D.1-Q.6.T.3, Sviluppo Telemedicina, SIO, Fascicolo Sanitario, Software dedicati (SIT), Nuovi flussi
		2.1.2 Potenziare l'infrastruttura informatica, gli applicativi aziendali e loro interconnessioni, sicurezza	Ospedale/Territorio/Dip.Prevenzione/Amministrativi	Dm77 (PNRR), Obiettivi DGR 1702/2022 - S.3.O.1, Sviluppo tecnologie biomedicale, Sicurezza Informatica, Cybersecurity
		2.1.3 A regime tutte le acquisizioni/interventi previsti nel piano degli investimenti	Ospedale/Territorio/Dip.Prevenzione/Amministrativi	% Acquisti e Lavori previsti nel Piano Investimenti

Area 3 – Sicurezza, miglioramento qualità e appropriatezza dei procedimenti e servizi aziendali

Obiettivo dell’Azienda è mantenere una forte attenzione verso il miglioramento della qualità dei servizi resi agli utenti, promuovendo il miglioramento dei processi interni.

Il tema dell’Appropriatezza in un’azienda sanitaria è prioritario e riguarda tutte le attività sia dal lato della domanda che dell’offerta. In particolar modo gli obiettivi per il triennio e specifici per il 2023 riguarderanno l’applicazione dei **RAO** (Raggruppamenti Omogenei di Attesa), l’efficientamento **nell’utilizzo dei posti letto** dedicati all’urgenza riferiti all’area medica e all’area chirurgica.

L’azienda promuove e valorizza il tema della **presa in carico del paziente** in tutti le fasi del percorso di diagnosi e cura con azioni mirate in ambito ospedaliero, di assistenza specialistica e territoriale (strutture e domicilio del paziente) in piena integrazione anche con i Medici Convenzionati.

Nel corso del 2023 verranno sviluppati due filoni legati all’assistenza in particolare l’Azienda si concentrerà sulla gestione del paziente ortopedico geriatrico e sulla gestione del paziente fragile in Pronto Soccorso.

In tema di Prevenzione rimangono prioritarie per l’Azienda tutte le azioni atte a promuovere la massima adesione alle Campagne Vaccinali e agli Screening per la popolazione individuata.

Rilevante rimane inoltre la tematica della gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente. In particolare il tema delle infezioni correlate all’assistenza con l’esigenza di mappare i processi decisionali, gestionali e di sorveglianza. Proseguono le azioni mirate a politiche di sicurezza delle trasfusioni, buon uso del sangue e degli emoderivati e stewardship antibiotica.

Nel territorio prosegue lo sviluppo di percorsi per adeguare l’organizzazione aziendale ai modelli previsti dai provvedimenti regionali riferiti in particolare alle Cure domiciliari, alle Cot, ai Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze, alle Unità funzionali distrettuali Adolescenti (UFDA).

3. SICUREZZA, MIGLIORAMENTO QUALITA' E APPROPRIATEZZA PROCEDIMENTI E SERVIZI AZIENDALI	3.1	Migliorare la presa in carico del paziente e gli esiti delle cure	3.1.1	Migliorare la presa in carico del paziente	Ospedale	Azioni per risposta agli obiettivi regionali/ Applicazione RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) / Programmazione e gestione degli appuntamenti per i follow up/ Gestione paziente ortopedico geriatrico e del paziente fragile in PS/ Patient Blood Management/ Progetto gravidanza BRO/ Presa in carico assistenziale dei pazienti "In appoggio"
	3.2	Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale	3.2.1	NAC: Nucleo Aziendale di controllo - Migliorare appropriatezza clinica e amministrativa della codifica	Ospedale	Sviluppare azioni per migliorare l'appropriatezza delle codifiche
			3.2.2	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014); DR 119/2018 - TREND	Ospedale	Garanzia dei posti letto in area medica e chirurgica
	3.3	Sviluppo assistenza Territoriale	3.3.1	Adeguamento ai modelli organizzativi previsti dai provvedimenti regionali/ COT/Cure Domiciliari/Centri disturbi cognitivi e demenze/Unità funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA)/Attuazione Piano Operativo per il Gioco D'azzardo patologico	Territorio	Obiettivi regionali Q5 - Q6- (Distretto)/ Obiettivi regionali A1 (Distretto)
	3.4	Promuovere la Prevenzione	3.4.1	Raggiungere i target previsti : Screening e Vaccinazioni	Ospedale/Territorio	Obiettivi regionali A1 (Prevenzione) Q.2-Q.3/ % di adesione
			3.4.2	Adozione e attuazione Piani di Prevenzione	Ospedale/Territorio	Obiettivi regionali DGR 1702/2022 Q.1
	3.5	Migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	3.5.1	Infezione correlate alle pratiche assistenziali: Sicurezza trasfusioni e buon uso del sangue e degli emoderivati; PNCAR MINISTERIALE 2017/2020 (report mensili germi sentinella, antimicrobial stewardship, percorso sepsi, consumo antibiotici in ddd)	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivi DGR 1702/2022 S.3.S.2 (Sviluppo competenze tecnico-professionali in ambito di infezioni)/ Procedure e azioni per il governo delle infezioni

Area 4 – Performance sanitarie

L’Azienda nel 2022 ha ottenuto buoni risultati in merito alla ripresa parziale dei volumi di attività che negli anni 2020 e 2021 è stata inevitabilmente rallentata dal sopraggiungere della pandemia.

L’esercizio 2023 avrà come obiettivo prioritario il recupero completo dell’offerta sanitaria dichiarata rimandabile e che ha comportato la sospensione di volumi importanti di prestazioni con il contestuale riallineamento dei volumi di produzione al periodo pre-covid.

Oltre al ripristino dei volumi l’Azienda intende portare a conseguimento le azioni per il governo delle liste di attesa e il pieno recupero delle prestazioni che a seguito della sospensione dell’attività ordinaria non sono state erogate (interventi chirurgici, screening e prestazioni ambulatoriali).

Rimane l’attenzione aziendale al mantenimento e al miglioramento delle performance rispetto agli indicatori di esito nazionali e regionali.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	AREE INTERESSATE	INDICATORE	
4. PERFORMANCE SANITARIE	4.1	Indicatori di esito	4.1.1 Mantenere e migliorare le performance sanitarie rispetto agli indicatori di esito nazionali e/o regionali (PNE, Agenas, MES) - Appropriatezza delle cure ospedaliere (Indicatori qualità DGR 1702/2022), Aderenza alle Disposizioni Operative per l’Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014); DR 119/2018	Ospedale/Territorio	Obiettivi regionali A1 (Ospedale)-Q.8.O.1-Q.8.O.2-Q.9.O.1-Q.10.O.4, Aderenza agli standard previsti in particolar modo nelle aree considerate nel PNE e nella DGR 1702/2022 (Obiettivi Salute e Funzionamento servizi delle Aziende).	
	4.2	Volumi attività prodotta	4.2.1	Tempi di Attesa prestazioni ambulatoriali e Interventi Chirurgici (Oncologici/Altri)	Ospedale	% tempi di attesa garantiti nei termini previsto, Obiettivi regionali DGR 1702/2022
			4.2.2	Garantire i volumi attività	Ospedale	Obiettivi regionali DGR 1702/2022, ripristino volumi attività ante-pandemia

Area 5 – Equilibrio economico e governo delle risorse

L’Azienda intende perseguire il sostanziale equilibrio economico-finanziario nel bilancio in linea con quanto previsto dalla programmazione Regionale. Nello specifico con il rispetto dei vincoli di bilancio e dei tetti di spesa previsti dalla Regione ma anche come ricerca continua di efficienza e di economicità nelle proprie azioni.

La dimensione, la complessità e l’estensione territoriale dell’Azienda (oltre 6.400 dipendenti, un valore della Produzione pari a circa 1 mld di euro) richiede di consolidare i sistemi amministrativi di programmazione delle acquisizioni (personale, beni, investimenti, lavori) e la realizzazione degli stessi.

Obiettivo specifico per l’Area Amministrativa è dotarsi di strumenti per il governo, la rendicontazione dell’attività e il monitoraggio dei tempi di risposta per l’acquisizione delle risorse utili per il funzionamento della produzione aziendale.

Rimane prioritario inoltre perseguire l’obiettivo anche per il 2023 di migliorare il saldo di Mobilità intra ed extra Regione vista la grande potenzialità produttiva aziendale, anche considerando l’importante offerta complementare del privato accreditato presente nel territorio di riferimento.

L’impiego di ingenti risorse economiche per l’acquisizione di Beni Sanitari (Farmaci e Dispositivi) sia tramite acquisto diretto che tramite strutture Convenzionate con tassi di crescita rilevanti nel corso degli anni impone una particolare attenzione ad intraprendere tutte le azioni possibili per ottimizzare l’appropriatezza prescrittiva e la scelta dei prodotti da utilizzare.

Nel corso del 2022 l’Azienda ha intrapreso un attento monitoraggio del prescrittivo in ambito farmaceutico per migliorare l’appropriatezza prescrittiva. Al fine di rispettare i vincoli di spesa assegnati dalla programmazione regionale in ambito farmaceutico attraverso un efficientamento delle risorse allocate, l’Azienda si è dotata di uno strumento che permette il monitoraggio di indicatori di appropriatezza prescrittiva, progettati per coniugare opportunità terapeutica (miglioramento dello stato di salute del paziente) e sostenibilità economica (rispetto dei vincoli di spesa assegnati). Gli indicatori, valutando l’aderenza delle prescrizioni in pratica clinica rispetto a standard terapeutici predefiniti (indicazioni d’uso, evidenze scientifiche, linee guida, note AIFA, piani terapeutici), offrono una prospettiva più completa rispetto ai tradizionali indicatori di consumo, in quanto sono correlati agli esiti clinici, consentono una spiegazione della variabilità prescrittiva e una riduzione dell’eterogeneità, supportano la commisurazione del fabbisogno e la razionalizzazione delle risorse, forniscono un indirizzo del cambiamento e la prioritizzazione degli interventi.

Viene riproposto l’obiettivo aziendale per l’esercizio 2023 dello sviluppo di un piano di internalizzazione delle prestazioni sanitarie acquisite all’esterno. In particolare le strutture aziendali afferenti all’area della diagnostica di laboratorio sono interessate da un progressiva riorganizzazione dell’attività atta a centralizzare e ricondurre all’interno le prestazioni richieste dai vari reparti a strutture esterne all’Azienda.

In ambito amministrativo, correlato alla gestione efficiente delle risorse, l’Azienda prosegue lo sviluppo di percorsi di innovazione e digitalizzazione dei Servizi.

Obiettivi specifici per l’Azienda sono digitalizzazione dei servizi ai cittadini, la diffusione dei pagamenti digitali, la semplificazione della comunicazione con i cittadini e le imprese anche per gli ambiti amministrativi.

Da alcuni anni l’Azienda ha intrapreso un potenziamento del Sistema di Audit interno per individuare i processi prioritari da sottoporre all’attività di Audit (attività di risk scoring), valutare i rischi e svolgere audit sui processi analizzati e ritenuti prioritari.

In base al Piano Aziendale di Audit proseguirà anche nel 2023 l’implementazione e il monitoraggio di alcuni processi aziendali con particolare attenzione ai rischi corruttivi eventualmente presenti.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	AREE INTERESSATE	INDICATORE
5. EQUILIBRIO ECONOMICO E GOVERNO DELLE RISORSE	5.1 Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo	5.1.1 Migliorare il processo di programmazione dei fabbisogni dei beni e servizi e le procedure di approvvigionamento	Amministrativi	Revisione regolamenti-procedure/ Obiettivo regionale DGR 1702/2022 E.4
		5.1.2 Miglioramento gestione risorse umane	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Dare attuazione agli accordi integrativi aziendali/ Recupero percentuale ferie pregresse/ Obiettivo regionale DGR 1702/2022 Q.12.S.1 (Formazione ECM)
		5.1.3 Migliorare il Saldo di mobilità Intra ed Extra regione	Ospedale	Obiettivo regionale DGR 1702/2022 Q.7.O.1
		5.1.4 Equilibrio Economico-Finanziario e rispetto dei limiti di costo	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivo regionale DGR 1702/2022 E.1-E.2-E.3
		5.1.5 Indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ospedale/Territorio	Obiettivo regionale DGR 1702/2022 Q.13: % di appropriatezza prescrittiva: Farmaci alto costo, Biologici, Farmaci onco-Ematologici, Insulina, PPI, EPBM....
		5.1.6 Sviluppare il Sistema di Controllo Interno	Amministrativi	A regime in base al di piano di attività Aziendale/Regionale
		5.1.7 Qualità dei Flussi aziendali	Ospedale/Territorio /Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivi regionali DGR 1702/2022 Q.11
		5.1.8 Percorsi di innovazione e digitalizzazione dei Servizi Amministrativi	Amministrativi	Implementare della digitalizzazione dei servizi al cittadino/ favorire la diffusione dei pagamenti digitali/ semplificare la comunicazione con il cittadino e con le imprese per gli ambiti amministrativi. Obiettivi regionali DGR 1702/2022 Q.4

Area 6 – Accessibilità dell’amministrazione, comunicazione, semplificazione e qualità percepita

L’azienda ritiene prioritario lo sviluppo della **comunicazione interna ed esterna** anche attraverso l’implementazione di strumenti che favoriscano un effettivo esercizio del diritto di accesso alle informazioni concernenti ogni aspetto dell’organizzazione da parte dei soggetti interessati, al fine di migliorare la trasparenza dell’azione amministrativa anche in ottemperanza alle recenti normative sull’amministrazione aperta.

Viene confermato per il 2023 l’obiettivo dello sviluppo di uno strumento dinamico di comunicazione attraverso il quale l’Azienda rende nota ed implementa la qualità dei servizi erogati secondo un **Format** condiviso Aziendale. Il Format definito nel 2022 verrà utilizzato dalle diverse Aree aziendali per una progressiva omogeneizzazione delle rendicontazioni delle attività e delle informazioni da rendere disponibili all’utenza.

Di particolare rilevanza nel triennio e in particolare nel 2023 saranno lo sviluppo dei progetti riferiti alla qualità percepita: l’azienda dovrà favorire la più ampia partecipazione dell’utenza e del personale alle rilevazioni

(Premis, Promis, Paris e indagine clima organizzativo) e in particolar modo per alcune rilevazioni analizzare i risultati, identificare e mettere in atto eventuali azioni di cambiamento/miglioramento.

AREA STRATEGICA	OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO		AREE INTERESSATE	INDICATORE
6.ACCESSIBILITA' DELL'AMMINISTRAZIONE, COMUNICAZIONE, SEMPLIFICAZIONE E QUALITA' PERCEPITA	6.1	Sviluppare la comunicazione interna ed esterna e garantire l'accesso alle informazioni	6.1.1	Sviluppare strategie di comunicazione	Ospedale/Territorio/ Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Nuovo sito web/ Standardizzazione procedure aziendali/ Format procedure e processi condiviso a livello aziendale
			6.1.2	Applicare la normativa sulla privacy	Ospedale/Territorio/ Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base al piano di attività
	6.2	Sviluppo progetti qualità percepita	6.2.1	Sviluppo progetti qualità percepita: favorire la partecipazione dell'utenza e del personale	Ospedale/Territorio/ Dip.Prevenzione/ Amministrativi	Obiettivi regionali DGR 1702/2022 Q.15 Indagine clima organizzativo/ Premis (Azioni di miglioramento)/ Promis/ Paris
	6.3	Migliorare la trasparenza delle attività aziendali e l'immagine dell'azienda nel territorio	6.3.1	Applicare la normativa sulla trasparenza	Ospedale/Territorio/ Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a quanto previsto nel PIAO Sezione 2 sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione/ Obiettivi regionali DGR 1702/2022 E.4.S.7
	6.4	Adottare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi	6.4.1	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (D.Lgs. 190/2012)	Ospedale/Territorio/ Dip.Prevenzione/ Amministrativi	A regime in base a quanto previsto nel PIAO Sezione 2 sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

In tema di trasparenza e anticorruzione si rimanda alla sezione dedicata, evidenziando come obiettivi dettagliati vengono declinati nella scheda di budget di tutte le UU.OO interessate.

AZIONI GENERALI	OBIETTIVO DI PERFORMANCE
Formazione in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza	Realizzazione formazione
Codice di comportamento	Revisione del Codice di Comportamento
Trasparenza e obblighi di pubblicazione	Alimentazione "Amministrazione Trasparente"
Analisi aree di attività e mappatura dei processi	Revisione mappatura processi aziendali
Accesso civico	Monitoraggio richieste
Whistleblower	Gestione segnalazioni
Art. 53 comma 16 ter del d.lgs. 165/2001 - Pantouflage	Sottoscrizione dichiarazione
Verifica di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto di interessi	Controlli a campione
AZIONI SPECIFICHE	OBIETTIVO DI PERFORMANCE
Acquisti e contratti	Utilizzo strumenti di controllo e analisi
Nomine ed incarichi	Utilizzo strumenti di controllo e analisi
Rotazione del personale	Monitoraggio rotazione
Rapporti con i soggetti erogatori accreditati	Controllo accordi contrattuali e contratti
Alienazione degli immobili	Esiti nuovo regolamento
Affidamento servizi legali	Monitoraggio affidamenti
Trasparenza liste di attesa e libera professione	Rispetto obblighi di trasparenza
Decesso in ambito intraospedaliero	Esiti nuovo regolamento
Gestione sinistri e rischio clinico	Rispetto obblighi di trasparenza
Contabilità e Bilancio	Adozione regolamento donazioni

Obiettivi di Efficientamento energetico

L'Azienda promuove soluzioni per accrescere l'efficienza energetica e il contenimento dei consumi energetici attraverso azioni e soluzioni innovative che in via prioritaria sono orientate agli interventi di ristrutturazione in corso (Ospedale di Montecchio, San Bortolo 2, Ex Scuola Infermieri).

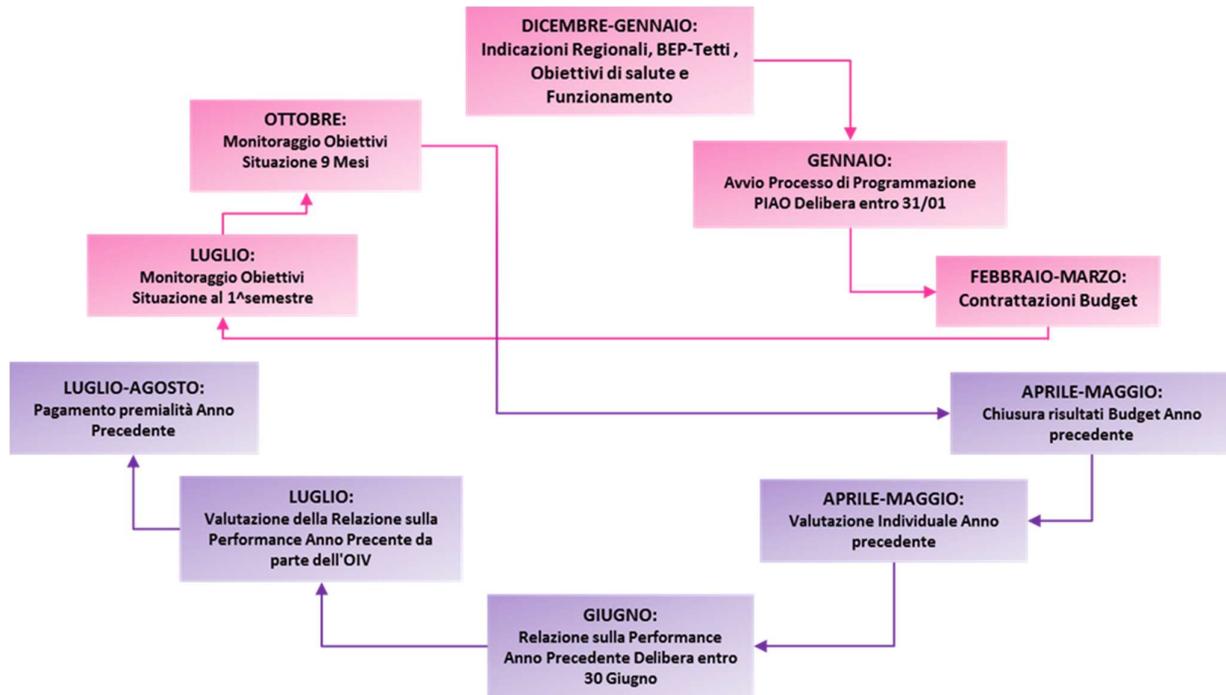
Visti gli elevati consumi energetici tipici delle strutture ospedaliere, per i nuovi interventi vengono installate apparecchiature ad elevatissima efficienza energetica. In particolare, i gruppi frigoriferi di nuova installazione sono del tipo con quattro compressori e doppio circuito frigorifero, con compressori comandati da inverter, così come i ventilatori assiali. Tale configurazione permette la massima parzializzazione possibile della potenza erogata e quindi il minimo consumo energetico. Inoltre, i gruppi sono dotati di freecooling, per poter produrre acqua refrigerata senza l'impiego dei compressori quando le condizioni ambientali sono favorevoli.

Tutte le unità trattamento aria sono dotate di recuperatori di calore ad elevata efficienza. L'adozione di terminali di emissione a bassa temperatura consente di limitare le sovraturetemperature in locale, con conseguente incremento delle dispersioni termiche, mentre la scelta di salti termici elevati e di sistemi di regolazione a due vie permette di ridurre le spese energetiche delle pompe di circolazione grazie alla riduzione della portata circolante, adattata ai reali fabbisogni dell'edificio. I terminali ventilconvettori di nuova installazione, necessari per il raffrescamento dei locali ad elevato contenuto tecnologico, sono dotati di motori a magneti permanenti comandati da inverter.

Il risparmio di energia è legato anche alle moderne tecnologie d'illuminazione. Le lampade e gli apparecchi moderni riducono drasticamente i consumi pur migliorando in modo sostanziale la qualità della luce. Negli interventi di rifacimento degli impianti elettrici e speciali dei locali viene prevista la riqualificazione dell'impianto di illuminazione, con installazioni di apparecchi a LED. Nella scelta della tipologia degli apparecchi presta particolare attenzione ai consumi. L'installazione dei corpi illuminanti a LED riduce la potenza installata, ciò comporta oltre a un minor consumo, un minore sovraccarico delle linee, riduzione della caduta di tensione e minor surriscaldamento per effetto termico degli interruttori sul quadro elettrico e delle linee ad essi sottesi. Si prevede l'installazione di apparecchi illuminanti al LED dotati di reattore elettronico DALI e possibilità di regolare il flusso luminoso attraverso la dimmerizzazione del flusso luminoso.

2.2.3 - Il Ciclo della Performance: Il Sistema di Misurazione e Valutazione

Il Ciclo della Performance con l'evidenza di tutte le fasi che lo caratterizzano viene rappresentato nella tabella seguente.



Nell'Azienda Ulss 8 "Berica" la Performance viene misurata a livello aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici complessivi aziendali (**performance aziendale**), principalmente derivati dagli obiettivi regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale, a livello di singola Unità Operativa, individuata come centro di responsabilità (**performance organizzativa**) e a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (**performance individuale**) secondo le procedure ed i criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, al fine dello sviluppo professionale e anche ai fini del riconoscimento della premialità.

Il ciclo della Performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- Pianificazione e Programmazione: definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il bilancio aziendale;
- Controllo: monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Rendicontazione dei risultati;
- Utilizzo dei sistemi premianti.

Il ciclo della Performance, quale processo aziendale, prevede quindi:

La definizione e la negoziazione degli obiettivi strategici ed operativi che devono essere raggiunti dalle strutture aziendali con relativi indicatori e valori attesi, nonché la definizione e l'assegnazione degli obiettivi individuali da raggiungere da parte dei singoli professionisti (**Sottosezione Performance**).

Il monitoraggio nel corso dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi degli indicatori stessi, con conseguente eventuale adozione di azioni correttive nonché eventuali valutazione individuali infra-annuali (**Monitoraggio infra-annuale della Performance**).

La misurazione e la valutazione a chiusura dell'anno del grado di raggiungimento degli obiettivi sia delle strutture (**Valutazione Performance Organizzativa**) che dei singoli professionisti (**Valutazione Performance Individuale**) e correlata distribuzione degli incentivi.

La valutazione del personale dipendente - dirigenza e comparto - risponde ai criteri previsti, dalla normativa e dal quadro contrattuale nazionale e locale su specifici obiettivi predeterminati, tra i quali quelli economici di centro di responsabilità e di Azienda. Il personale Dirigente è altresì soggetto a verifica con le cadenze temporali (valutazione degli incarichi dirigenziali) previste dalle normative e dai regolamenti aziendali vigenti.

Elemento di particolare valore nella gestione del ciclo della performance è dato dalla sua stretta integrazione col ciclo della programmazione economico-finanziaria e di bilancio anche al fine di correlare quanto prodotto in termini di impiego delle risorse con i relativi risultati raggiunti.

Il budget è lo strumento con il quale, annualmente, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi articolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative ed economiche interne. Gli obiettivi in esso contenuti vengono definiti nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione strategica ed annuale aziendale. Gli obiettivi di budget sono riferiti alle risorse finanziarie, umane e strumentali gestite dall'Azienda e sono coerenti con la programmazione economico-finanziaria.

Gli indicatori di risultato previsti dalla metodica di budget consentono di misurare il contributo delle singole unità operative.

La sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso.

In Azienda questo passaggio avviene attraverso la responsabilizzazione anche dei gestori di spesa, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo. Questo per garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'azienda per renderne possibile la realizzazione.

Il monitoraggio infra-annuale attivo su entrambe le dimensioni consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei Gestori di Fabbisogno.

2.3 Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Quando parliamo di “fenomeno corruttivo” non ci riferiamo, ovviamente, alla corruzione come reato penale, ma alla corruzione in senso ampio, che i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) hanno cercato di definire in diversi modi:

- “L’abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati” (PNA 2013);
- “Decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell’interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari” (PNA 2015, 2016, 2017 e 2018);
- “Caduta dell’imparzialità” (PNA 2019)

Dal report “Il valore pubblico dell’integrità”, pubblicato da Transparency International Italia, emerge che per i dipendenti delle strutture sanitarie italiane intervistati la corruzione è ancora molto diffusa, sia a livello nazionale (94%) che nella propria regione (79%). Anche rispetto all’ente di appartenenza i dati non sono confortanti: 1 dipendente su 4 (28%) ritiene ci sia corruzione all’interno della propria azienda sanitaria.

La pandemia sembra aver aumentato i rischi: il 70% degli intervistati reputa che l’attuale emergenza sanitaria abbia fatto crescere il rischio di corruzione nella sanità italiana ed il 39% ritiene che il rischio sia aumentato anche nel proprio ente.

L’attività di prevenzione della corruzione dell’Azienda ULSS n. 8 Berica recepisce dinamicamente ogni sviluppo normativo ed è lo strumento attraverso il quale l’Azienda si impegna a strutturare un processo finalizzato al raggiungimento dei seguenti principali obiettivi:

- Ridurre la possibilità che si manifestino casi di corruzione
- Aumentare la capacità del sistema aziendale di intercettare e prevenire casi di corruzione
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione
- Favorire il miglioramento del sistema, valorizzando i principi fondamentali di eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, legalità e imparzialità

La “spesa sanitaria” incide per il 70% dell’intero bilancio regionale e i casi di malasanità, pur non frequenti in Veneto, hanno un clamore mediatico particolarmente incisivo ed indignano il cittadino che tende ad immedesimarsi con la vittima dell’atto corruttivo, inteso in tutte le sue accezioni.

A causa della mancanza di vittime dirette, risulta difficile misurare l’impatto della corruzione sulle risorse disponibili, sulla qualità e sulla quantità del servizio, sui costi degli appalti e dei servizi erogati, sulla concorrenza tra le aziende, sul merito nelle carriere, sull’imparzialità e sul buon andamento della Pubblica Amministrazione verso i cittadini. Tanto più difficile è misurare l’impatto indiretto, cioè le conseguenze finali sulla salute dei cittadini, che sono gli utenti del settore sanità.

La fase emergenziale ha responsabilizzato gli operatori nei confronti della collettività, ma le procedure semplificate per aumentare il livello di efficacia delle misure introdotte, soprattutto per quanto riguarda l’acquisizione di personale e gli approvvigionamenti hanno sicuramente acuito il potenziale rischio corruttivo.

L’Azienda, attraverso i propri servizi e strumenti deputati al controllo interno, la diffusione di buone prassi e la formazione in materia di etica del dipendente pubblico, cerca di mitigare il rischio ed affrontare le eventuali problematiche riscontrate in sinergia ed adottando la più ampia condivisione come metodologia standardizzata.

I rischi di corruzione non devono essere sottovalutati in una situazione, come quella attuale, in cui alla diffusione del Covid-19 si accompagnano un perenne stato di urgenza, concentrazioni di potere, semplificazioni burocratiche e procedurali e ingenti somme di denaro immesse nel circuito economico per alleviare la crisi.

Il rischio corruzione interessa soprattutto il settore sanitario, pubblico o privato, e può riguardare il sistema di aggiudicazione degli appalti, i servizi legati al settore medico, la ricerca e sviluppo di nuovi prodotti e nuovi farmaci, la commercializzazione di dispositivi medici per la protezione da Covid-19.

Anche l’OCSE sottolinea come la corruzione possa travalicare, così come il nuovo virus, i singoli confini nazionali. La necessità porta all’approvvigionamento da nuovi fornitori che, vista la situazione di emergenza, possono non subire il tradizionale processo di accreditamento tramite verifiche reputazionali e anti-corruzione, incrementando in questo modo il rischio, ad esempio, di pagamenti illeciti per facilitare il trasporto e la spedizione dei prodotti. Ecco, quindi, che in un momento storico in cui i rischi di compromissione dei processi decisionali e di spesa sono innegabilmente più elevati rispetto a condizioni di “normalità”, trasparenza, responsabilità e controlli, oltre al rispetto delle normative sovranazionali e nazionali anti-corruzione, rappresentano gli antidoti per combattere la corruzione. Oggi più che mai la società, anche se alle prese con una difficile ripartenza, è chiamata a non abbassare la guardia e a non ammorbidire i controlli per contribuire alla diffusione di un sistema di business etico. È fondamentale dunque che i vertici aziendali si facciano portavoce del principio di “tolleranza zero” nei confronti della corruzione, sostenendo il ruolo della compliance aziendale e dell’importanza dei controlli. In un momento storico eccezionale in cui le imprese devono confrontarsi non solo con le evidenti difficoltà determinate dalla pandemia ma anche con un rischio corruzione straordinario le aziende potranno dare un contributo, e proteggersi, con l’adeguata attenzione.

2.3.1 – Valutazione di impatto del contesto esterno

Dalla relazione semestrale del Ministro dell’Interno al Parlamento emergono le forti ripercussioni determinate nell’ultimo triennio dalla pandemia da Covid-19 sul sistema economico nazionale sembrerebbero non aver intaccato significativamente il tessuto economico- imprenditoriale del Veneto. Questa si conferma infatti una delle 3 regioni settentrionali che maggiormente contribuisce alla formazione del PIL nazionale attraverso una ricchissima e variegata realtà economica incentrata sull’industria manifatturiera, sul commercio (settore meccanico, moda e agroalimentare), sul turismo e l’edilizia grazie anche alla presenza di numerose infrastrutture quali interporti, aeroporti e porti che conferiscono al territorio il ruolo di strategico crocevia per i traffici commerciali verso i Balcani e il Nord Europa. La dotazione infrastrutturale e logistica della Regione risulta la più sviluppata dell’intero Nord Est e oltre a contemplare il porto di Venezia e i due maggiori interporti italiani di Padova e Verona verrà prossimamente implementata dalle Grandi Opere della superstrada Pedemontana veneta e dalla nuova linea AV/AC Verona – Padova.

Un bacino di interessi economici così importante connotato da una ricchezza territoriale destinataria di ingenti fondi in grado di polarizzare investimenti sia statali, sia esteri potrebbe rappresentare dunque terreno fertile per la criminalità organizzata e affaristica allo scopo di estendere i propri interessi e infiltrarsi nei canali dell'economia legale tanto attraverso complesse attività di riciclaggio e reimpiego di capitali illecitamente accumulati, quanto nella gestione delle risorse pubbliche.

Dalla relazione sullo stato dell'economia vicentina della Camera di Commercio di Vicenza si evince che la provincia Berica, per quanto riguarda i servizi per la salute, riguadagna terreno e sale dal 40° posto al 23°. La sanità mantiene la sua attrattività ed è al 17° posto per la bassa emigrazione ospedaliera, con solo il 4,9% di degenti vicentini dimessi da strutture di altre regioni. Non elevato il consumo di farmaci, che vale a Vicenza il 17° posto. Tuttavia, appare alto il ricorso agli antidepressivi con 18,8 pillole pro capite, in linea comunque con la media nazionale. Il valore peggiore è dato dalla scarsità di medici specialisti: Vicenza è centoduesima con 19,8 unità ogni 10.000 abitanti, e non brilla nemmeno per i medici di famiglia, 8,4 ogni 10.000 abitanti (75°).

2.3.2 – Valutazione di impatto del contesto interno

L'Azienda persegue l'obiettivo di coniugarsi, nel metodo e negli strumenti, con gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché con la mission di qualità del sistema tracciata dalla programmazione regionale; l'Azienda svolge funzioni di coordinamento degli erogatori socio-sanitari all'interno dei vincoli qualitativi e quantitativi regionali promuovendo l'attivazione di sinergie e di aree vaste, principalmente in ambito provinciale, che producano economie di scala ed economie di condivisione.

L'Azienda ULSS 8 Berica si è dotata degli strumenti normativi a disposizione per mitigare il rischio corruttivo ed, in generale, il rischio di maladministration, istituendo un sistema dei controlli interni composto da:

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

L'Azienda ha seguito le indicazioni riportate nel PNA 2019 di ANAC in merito alla scelta del RPCT, e del sostituto garantendo l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza del funzionamento dell'amministrazione, sia scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva e che non svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

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

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

Ufficio Trasparenza e Anticorruzione

Proprio in considerazione dell'importanza e dell'ampiezza interdisciplinare delle funzioni attribuite al RPCT, il D.Lgs. n. 97/16 ha stabilito, ai fini del rafforzamento del ruolo di tale figura, che il RPCT deve essere munito di "funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività", funzioni e poteri da attribuire anche "disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie". Il RPCT deve pertanto essere assistito da un'adeguata struttura di supporto, dedicata in via esclusiva a tale funzione pur con il possibile avalimento di personale addetto anche ad altre mansioni quale quello che si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (es. controlli interni, strutture di audit, strutture che curano la predisposizione del piano della performance).

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

L'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione è posto in staff alla Direzione Generale e cura:

a) L'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D.Lgs. n. 39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia quali:

- L'elaborazione del PIAO per l'area di competenza
- Definizione degli indirizzi strategici in materia
- Vigilanza sull'osservanza delle indicazioni contenute nel PIAO - Area Trasparenza e Anticorruzione, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del PIAO
 - La segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza
 - L'indicazione agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare dei nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza
 - L'individuazione del soggetto Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)
 - Verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione
 - Vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità, promozione della diffusione della conoscenza del codice di comportamento, monitoraggio annuale della sua attuazione, pubblicazione sul sito istituzionale e comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione

b) L'adempimento degli obblighi posti dalla normativa in materia di trasparenza e in specie gli adempimenti in materia di pubblicità degli atti e di accesso civico, quali regolati dal D.Lgs. n. 33/13.

Referenti aziendali del RPCT

L'elevata complessità organizzativa dell'Azienda, la sua articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT sono individuati referenti della prevenzione della corruzione tutti i direttori di unità operativa complessa, semplice a valenza dipartimentale e semplice, sotto la supervisione, a seconda della struttura di appartenenza, del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, del Direttore del Dipartimento Amministrativo, del Direttore della Funzione Ospedaliera e dei Direttori di Distretto.

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

Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

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

Il PNA 2016 prevede poi l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, considerando questa come un'importante misura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocazione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione.

Ufficio Internal Audit

L'Ufficio, in staff alla Direzione Amministrativa, svolge un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione assistendo la stessa nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance. La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'Institute of Internal Auditors (I.I.A) ed opera sulla base delle indicazioni contenute in un regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto dall'Azienda Zero. La funzione di Internal auditing collabora e si coordina con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale (RPCT).

Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

Con delibera n. 389 del 5.4.2017, poi modificata con delibera n. 1611 del 28.11.2018, è stato istituito l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), per l'esercizio delle funzioni previste dall'art. 15 comma 3 del codice generale emanato con d.p.r. n. 62/2013. L'UPD, sulla scorta di quanto previsto dal proprio regolamento, è l'unico organismo aziendale competente per tutti i procedimenti disciplinari che prevedono l'applicazione di una sanzione superiore ai dieci giorni di sospensione dal servizio con privazione della retribuzione, afferenti al personale del Comparto, della Dirigenza Medico-Veterinaria e della Dirigenza dell'Area Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa.

L'UPD:

- Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis d.lgs. 165/2001)
- Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1, comma 3, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.)
- Opera in raccordo con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.p.r. 62/2013 "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici"
- Aggiorna l'RPCT sui procedimenti disciplinari e l'esito degli stessi

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'azienda si avvale di un organismo indipendente di valutazione, ex comma 7 dell'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, nominato dal Direttore Generale e composto da tre componenti esterni all'amministrazione. L'organismo resta in carica tre anni e l'incarico dei suoi componenti può essere rinnovato una sola volta. Il ruolo principale dell'OIV è quello di supportare l'Azienda per rendere efficace e funzionale la gestione del Ciclo della Performance ed equo e trasparente il sistema di valutazione. Compito dell'OIV è quindi quello di verificare l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale.

Esso svolge le seguenti funzioni:

- Monitora il funzionamento complessivo il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance di ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso
- Valida la relazione sulla Performance, predisposta dal Direttore Generale
- Promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità previsti dal D.Lgs 150/2009 e dal D.Lgs 33/2013

L'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale è supportato dalla UOC Controllo di Gestione..

Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)

Il Nucleo Aziendale di Controllo è in staff alla Direzione Sanitaria ed esercita le funzioni attribuite dalla normativa vigente, ed in particolare:

- Monitora e vigila sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie prodotte e sulla loro codifica e tariffazione, sia sulle strutture Aziendali che sulle Strutture Private accreditate presenti nel territorio di riferimento
- Predisporre i Piani annuali dei controlli interni ed i Piani annuali dei controlli esterni di cui alla normativa vigente
- Monitora e verifica il rispetto dei tempi massimi di attesa con particolare riferimento alla separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale
- Coordina l'unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP)

2.3.3 – Mappatura dei processi

La fase dell'analisi del contesto risulta fondamentale per passare alla fase successiva, denominata mappatura dei processi, che consente di individuare i processi svolti, i loro collegamenti e le relazioni interconnesse. Attraverso la mappatura dei processi l'immagine dell'amministrazione da statica e articolata si trasforma in un corpo sociale in movimento al cui interno le persone cooperano per realizzare i processi e l'interesse collettivo.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

Una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati, e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Nell'ambito di attuazione della legge 190/2012, la gestione del rischio rappresenta la finalità principale.

L'aggiornamento al PNA introdotto dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28.10.2015, il PNA 2016 e l'allegato 1 al PNA 2019 esaltano l'approccio generale che è necessario mantenere nell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione. Tutte le aree di attività devono essere analizzate ai fini della individuazione e valutazione del rischio corruttivo e del relativo trattamento.

L'Azienda ha in corso un'attività di revisione della mappatura dei processi con la prospettiva di adeguarla alle indicazioni dell'ANAC. L'attività è coordinata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dall'Ufficio Internal Auditing.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha inviato una nota ai servizi tecnico-amministrativi in cui chiede di implementare l'elenco dei processi già pubblicato in "Amministrazione Trasparente" con le relative schede di attività al fine di giungere ad un elenco completo dei processi aziendali e la compilazione in autovalutazione della scheda "Probabilità/Impatto" per individuare i processi con il più alto rischio corruttivo e quindi oggetto di successiva analisi.

Nell'individuazione delle criticità è necessario, inoltre, porre particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi volti ad incrementare il Valore pubblico e la Performance aziendale.

Contestualmente, l'Ufficio Internal Auditing, con la supervisione di Azienda Zero, è impegnato nell'individuazione di un elenco di processi, condiviso con le altre Aziende ULSS della Regione del Veneto, che servirà di supporto alla mappatura delle singole Aziende. Si prevede di completare l'attività nel primo semestre dell'anno in corso.

**MAPPATURA DEL RISCHIO CORRUTTIVO:
SCHEMA DI VALUTAZIONE "PROBABILITA'/IMPATTO"**

Indicare la U.O. di riferimento: ...

Indicare l'area di attività/processo: ...

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'		INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO	
VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITA'		VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO	
nessuna probabilità	0	nessun impatto	0
improbabile	1	marginale	1
poco probabile	2	minore	2
probabile	3	medio	3
molto probabile	4	serio	4
altamente probabile	5	superiore	5
Discrezionalità		Impatto organizzativo	
Il processo è discrezionale ?		Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.), quale percentuale di personale è impiegata nel processo ? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)	
No, è del tutto vincolato	0	Fino a circa il 20%	1
E parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2	Fino a circa il 40%	2
E parzialmente vincolato solo dalla legge	3	Fino a circa il 60%	3
E parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4	Fino a circa il 80%	4
E altamente discrezionale	5	Fino a circa il 100%	5
Rilevanza esterna		Impatto economico	
Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione ?		Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti dell'amministrazione per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe ?	
No, ha come destinatario finale un ufficio interno	1	No	1
Si, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni all'amministrazione (comprese altre p.a.)	5	Si	5
Complessità del processo		Impatto reputazionale	
Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato ?		Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi, determinati all'interno dell'amministrazione ?	
No, il processo coinvolge sola l'amministrazione	1	No	0
Si, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3	Non ne abbiamo memoria	1
Si, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5	Si, sulla stampa locale	2
		Si, sulla stampa nazionale	3
		Si, sulla stampa locale e nazionale	4
Valore economico		Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	
Qual è l'impatto economico del processo?		A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	
Ha rilevanza esclusivamente interna	1	Fino alla categoria D	1
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es. concessione di borsa di studio per studenti)	3	Posizione Organizzativa	2
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi soggetti esterni (es. affidamento di appalto)	5	Dirigente	3
		Direttore di struttura complessa	4
		Direzione aziendale	5
Frazionabilità del processo		valore complessivo impatto	
Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es. pluralità di affidamenti ridotti) ?			
No	1		
Si	5		
Controlli		VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO =	
Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?		valore complessivo probabilità x valore complessivo impatto	
No, il rischio rimane indifferente	5		
Si, ma in minima parte	4		
Si, per una percentuale approssimativa del 50%	3		
Si, è efficace	2		
Si, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1		
valore complessivo probabilità			0

2.3.4 – Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

L'identificazione e la valutazione dei rischi sono le fasi di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive e azioni di miglioramento.

Come detto precedentemente, l'attività di valutazione è supportata in una prima fase, ancora in corso, dalla scheda "Probabilità/Impatto", compilata per ciascun processo e propedeutica alla fase di valutazione.

I vari servizi aziendali tecnico-amministrativi hanno riscontrato la citata nota del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza confermando generalmente le aree di attività con un rischio corruttivo più elevato, alcune delle quali sono state già oggetto di valutazione e monitoraggio.

In particolare le aree dei contratti pubblici, del decesso intraospedaliero, della formazione e dell'assistenza protesica sono state oggetto di audit specifici nel corso del 2022 con la conseguente applicazione di misure di mitigazione del rischio che saranno monitorate nell'anno in corso.

2.3.5 – Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013 e nel PNA 2019, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e nella programmazione delle modalità della loro attuazione.

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

Oltre alle misure generali per prevenire fenomeni di corruzione indicate dal PNA 2013 e successivi, possono rendersi necessarie misure specifiche di contenimento per i rischi da trattare con maggiore priorità, preferendo quelle con minore impatto organizzativo e finanziario connesso alla relativa implementazione. Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità.

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

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

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

Le misure generali di prevenzione del rischio di corruzione che vengono di seguito declinate sono già inserite nel sistema organizzativo della ULSS 8 Berica, sono implementate dai responsabili dei diversi servizi aziendali, monitorati dal RPCT e dai Sistemi di Controllo Interno aziendali, in modo particolare dall'Ufficio Internal Auditing che agisce di concerto con il RPCT, oltre all'autonoma attività del Piano di Audit e/o su impulso della Direzione aziendale.

Trattasi di:

1. Formazione in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza
2. Codice di comportamento
3. Trasparenza e obblighi di pubblicazione
4. Analisi aree di attività e mappatura dei processi
5. Accesso civico
6. Whistleblower
7. Art. 53 comma 16 ter del d.lgs. 165/2001
8. Verifica di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto di interessi
9. Rotazione degli incarichi
10. Diffusione di linee guida e buone pratiche

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

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

La tabella che segue descrive le attività di carattere generale previste, con i rispettivi responsabili ed il raccordo con gli obiettivi di performance aziendali.

AZIONI GENERALI (G)

Azione	Attività	Responsabili	Valore atteso	Tempi
Azione G1	Formazione in tema di anticorruzione e trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane Responsabile UOS Formazione	Realizzazione formazione Documento sui risultati della formazione attivata	Entro 31 Dicembre
Azione G2	Codice di comportamento	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza Direttore UOC Affari Generali Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Revisione del Codice di Comportamento in vigore con le indicazioni contenute nello schema di decreto legge del CdM in collaborazione con l'UPD	Entro 31 Dicembre
Azione G3	Trasparenza e obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Dirigenti responsabili della pubblicazione	Alimentazione di dati e informazioni nelle sezioni di "Amministrazione trasparente"	Secondo le scadenze e/o tempestivo
Azione G4	Analisi delle aree di attività e mappatura dei processi	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Responsabile Servizio Internal Auditing Dirigenti responsabili dei processi aziendali	Revisione della mappatura dei processi aziendali, secondo le indicazioni contenute nell'allegato 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019 e di Azienda Zero	Entro 31 Dicembre
Azione G5	Accesso Civico Generalizzato Accesso Civico Accesso Documentale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Affari Generali Responsabile URP	Monitoraggio delle richieste, gestione del registro degli accessi e pubblicazione periodica del registro	Secondo le scadenze e/o tempestivo
Azione G6	Whistleblower	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane Dirigenti coinvolti	Gestione delle segnalazioni	Tempestivo
Azione G7	Art. 53 comma 16 ter decreto legislativo 165/2001	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Misure di controllo e verifica segnalazioni Conferma dell'introduzione di una dichiarazione da far sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico	Tempestivo
Azione G8	Verifica di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto di interesse	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Introduzione misure di controllo "a campione" per affidamenti incarichi extraistituzionali e nomina in commissioni di gara Consegna informativa per le nuove assunzioni	Tempestivo
Azione G9	Rotazione degli incarichi	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane Direzione aziendale	Verifica della possibilità della rotazione per l'area amministrativa	Entro 31 Dicembre
Azione G10	Diffusione delle linee guida e buone pratiche	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e dirigenti interessati	Informazioni in materia di anticorruzione e trasparenza, con particolare attenzione alle linee guida e direttive ANAC da condividere	Tempestivo

Oltre agli obiettivi generali sono considerati gli obiettivi specifici in Sanità con una sezione apposita. L'approfondimento, a suo tempo dedicato dal Piano Nazionale Anticorruzione, ha considerato la peculiarità dell'area e indicato linee chiare e precise circa gli strumenti da adottare per un migliore controllo e riduzione degli eventi corruttivi. L'Azienda ha colto le indicazioni dell'Autorità ed intende perseguire le azioni specifiche avviate, migliorare i percorsi e implementarle con ulteriori misure preventive.

Anche per le aree specifiche ogni azione di miglioramento è raccordata con gli obiettivi di performance e coordinata dai responsabili dei servizi aziendali.

La tabella che segue descrive le attività di carattere specifico per la sanità previste.

AZIONI SPECIFICHE (S)

Azione	Attività	Responsabili	Valore Atteso	Tempi
Azione S1	Acquisti in ambito sanitario	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Utilizzo degli strumenti di controllo per l'analisi del rischio e sviluppo di azioni di miglioramento e collegamento con il RASA	Entro 31 Dicembre
Azione S2	Nomine in ambito sanitario	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Utilizzo degli strumenti di controllo per l'analisi del rischio e sviluppo di azioni di miglioramento	Entro 31 Dicembre
Azione S3	Rotazione del personale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Monitoraggio rotazione di dirigenti tecnico-amministrativi e incarichi di funzione	Entro 31 Dicembre
Azione S4	Rapporti con i soggetti erogatori di servizi accreditati	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttori delle UUOCC Disabilità e Non Autosufficienza	Applicazione delle modalità di controllo degli accordi contrattuali e contratti Conferma attività del team di verifica per controllo qualità dell'area disabili e istituzione team per l'area anziani	Entro 31 Dicembre
Azione S5	Misure per l'alienazione degli immobili	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Responsabile UOS Patrimonio Impianti e Manutenzioni	Controllo su procedimenti di in seguito all'approvazione del nuovo regolamento	Entro 31 Dicembre
Azione S6	Misure per l'affidamento dei servizi legali	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Affari Generali Responsabile Ufficio Legale	Monitoraggio affidamento dei servizi legali Pubblicazione, almeno semestrale, dell'elenco di professionisti	Entro 31 Dicembre
Azione S7	Misure per la trasparenza, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Coordinatore Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)	Rispetto degli obblighi in tema di anticorruzione e trasparenza in collaborazione con il NAC e certificazione ai sensi della DGR 2174/2016	Entro 31 Dicembre
Azione S8	Misure per la trasparenza, il governo e la gestione dell'attività libero professionale intra moenia	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Direzione Amministrativa dell'Ospedale Dirigenti interessati	Attività istituzionale e attività libero-professionale Verifica del rapporto dei tempi dedicati e ed esame risultanze Rispetto degli obblighi in tema di anticorruzione e trasparenza in collaborazione con il NAC	Entro 31 Dicembre
Azione S9	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Medicina Legale Direttori UUOCC Direzioni Mediche	Monitoraggio degli esiti del nuovo regolamento	Entro 31 Dicembre
Azione S10	Gestione Sinistri e rischio clinico	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Affari Generali Responsabile UOS Rischio Clinico	Rispetto degli obblighi in tema di anticorruzione e trasparenza	Entro 31 Dicembre
Azione S11	Contabilità e Bilancio	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Rispetto degli obblighi in tema di anticorruzione e trasparenza Adozione regolamento sull'utilizzo dei fondi provenienti da donazioni	Entro 31 Dicembre

2.3.6 – Monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure

Come ogni ciclo di gestione, anche nell' anticorruzione è previsto il monitoraggio che risulta essenziale sia al fine di verificare l' efficacia delle misure di prevenzione del rischio adottato e del sistema nel suo complesso, sia per rendicontare le scelte effettuate e per attuare decisioni e strategie più puntuali.

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l' attuazione e l' adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate. Il monitoraggio è un' attività continuativa di verifica dell' attuazione e dell' idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un' attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Il monitoraggio di primo livello è attuato in autovalutazione dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell' effettiva adozione della misura.

Il monitoraggio di secondo livello, dunque, dovrà essere attuato dal RPCT, in collaborazione con l' Ufficio Internal Auditing, rispetto alle misure di mitigazione del rischio corruttivo adottate dall' Azienda.

Il monitoraggio di secondo livello dovrà essere realizzato sulla totalità delle misure di prevenzione programmate.

L' obiettivo è quello di verificare il funzionamento del sistema e la sua efficacia: i risultati delle verifiche interne, delle azioni di monitoraggio e delle valutazioni di efficacia possono fornire un quadro dettagliato dello stato di attuazione del sistema e quindi permettere di stabilire ulteriori azioni necessarie.

Per quanto riguarda le attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto dell' attività di valutazione del rischio per individuare i processi maggiormente vulnerabili sui quali concentrare l' attenzione, definisce la tempistica del monitoraggio e fornisce alla Direzione aziendale e al responsabile del processo oggetto di monitoraggio il relativo rapporto.

Il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti per l' attuazione delle misure attraverso la richiesta di adeguata documentazione e svolge audit specifici, con verifiche che consentono il più agevole reperimento delle informazioni e con un confronto aperto con i responsabili dei processi al fine della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate in un' ottica di dialogo e miglioramento continuo, per identificare eventuali azioni di miglioramento condivise, quindi attuabili e, a loro volta, verificabili.

Anche l' OIV, come detto in precedenza, collabora nell' attività di monitoraggio promuovendo ed attestando l' assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all' integrità previsti dal D.Lgs 150/2009 e dal D.Lgs 33/2013.

2.3.7 – Programmazione dell’attuazione della trasparenza

Nell'ambito delle politiche di prevenzione della corruzione, la trasparenza ha assunto, negli ultimi anni, un ruolo centrale. Il Codice della trasparenza delle pubbliche amministrazioni ha riordinato ed integrato le disposizioni in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte dei soggetti pubblici.

L’Azienda ULSS 8 Berica si pone nell’ottica di un miglioramento continuo rispetto alla correttezza, alla qualità e tempistica di pubblicazione di dati e informazioni, come richiesto indicati nel d.lgs. n. 97 del 25.5.2016, monitorando dati e informazioni inseriti nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Sono state coinvolte nel processo tutte le Unità Operative dell’Area Amministrativa, dell’Area Ospedaliera, Territoriale (Distretto, Dipartimento per le Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale) e del Dipartimento di Prevenzione, che hanno dimostrato sensibilità ed applicazione.

Particolare attenzione è rivolta alla trasparenza nella pubblicazione di dati e informazioni che riguardano l’area dei contratti pubblici, della selezione del personale e delle liste di attesa.

Lo strumento guida per assicurare il rispetto degli obblighi è l’allegato 1 ai PTPC precedente adottati, di cui al link www.aulss8.veneto.it/nodo.php/4088, recante indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 e che contiene l’indicazione dei nominativi o la funzione dei responsabili degli Uffici e dei Servizi dell’Azienda ULSS 8 Berica, responsabili dei dati e delle informazioni, nonché della loro pubblicazione.

L’ANAC con il “Documento tecnico sui criteri di qualità della pubblicazione dei dati” ha indicato le caratteristiche essenziali in modo che i dati e le informazioni siano a prova di controllo sulla trasparenza:

1. la **completezza**: “L’Autorità, ai fini della propria attività di vigilanza e di controllo, ritiene che un dato sia da ritenersi pubblicato in modo completo se la pubblicazione è esatta, accurata e riferita a tutti gli uffici, ivi compresi le eventuali strutture interne e gli uffici periferici”
2. l’**aggiornamento**: “Le pubbliche amministrazioni sono dunque tenute a controllare l’attualità e l’esattezza delle informazioni pubblicate e a modificarle, ove sia necessario, anche nei casi in cui l’interessato ne richieda l’aggiornamento, la rettificazione e l’integrazione ai sensi dell’art. 16 del Regolamento (UE) 2016/679”
3. il **formato aperto dei dati**: “L’ 1, co. 1, lett. l-bis) del d.lgs. n. 82/2005 definisce il formato aperto come un formato di dati reso pubblico, documentato esaustivamente e neutro rispetto agli strumenti tecnologici necessari per la fruizione dei dati stessi”. Precisamente, per “formato aperto” si intende il formato PDF o il formato ODF, in modo da garantire a tutti gli interessati la facile lettura dei file

Il RPCT svolge stabilmente un’attività di controllo sull’adempimento da parte dei responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, sollecitando la puntuale pubblicazione, richiamando alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Tra le misure legate alla trasparenza l’istituto dell’accesso civico assume un’importanza rilevante e sempre più preso in considerazione dalla cittadinanza e dai portatori di interessi, particolari e diffusi.

Le norme sulla trasparenza che introducono una legislazione sul modello del Freedom of Information Act (FOIA) sono entrate in vigore il 23.12.2016. L'accesso civico generalizzato consiste nella possibilità che qualunque cittadino possa richiedere documenti, dati o informazioni ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare. 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. Attraverso le linee guida ANAC si individuano gli ambiti in cui i cittadini hanno il diritto di conoscere atti e documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, anche senza un interesse diretto. Spetta poi alle amministrazioni e agli altri soggetti individuati dalla legge valutare, caso per caso, eventuali eccezioni. L'ANAC, in collaborazione con il Garante per la Privacy, provvede a monitorare l'applicazione della legge.

L'accesso civico generalizzato si differenzia dall'accesso civico semplice e dall'accesso documentale poiché:

- L'accesso civico generalizzato, come detto, è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico

- L'accesso civico semplice è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che le pubbliche amministrazioni non hanno pubblicato pur avendone l'obbligo

- L'accesso documentale è il diritto di accesso (richiesta di presa visione o di rilascio copia) a provvedimenti dell'Azienda, nei termini e nelle modalità previste dalla normativa vigente (legge 241/1990 e dpr 184/2016). Possono fare domanda tutti i cittadini portatori di un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l'accesso (art. 22, legge 241/1990)

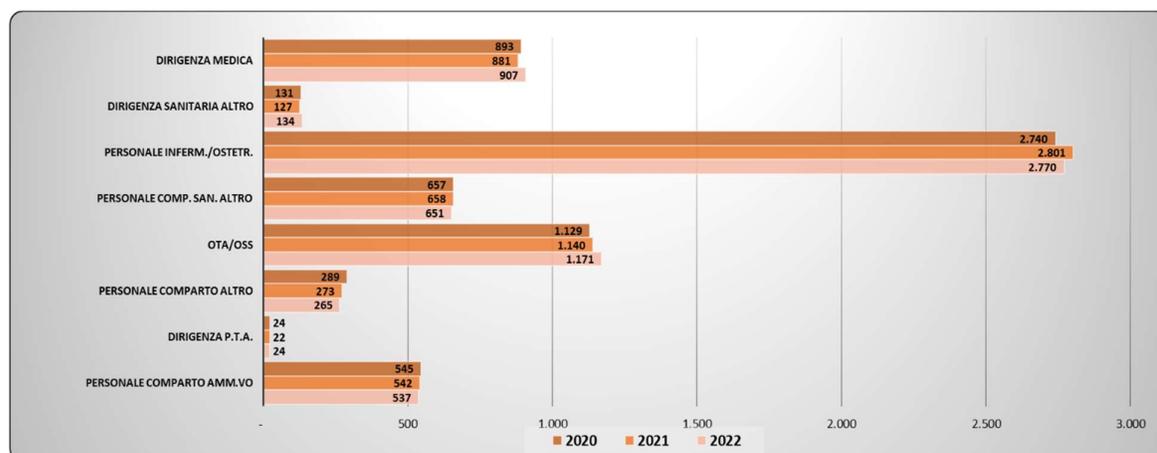
Sono pubblicate nell'apposita sezione di "Amministrazione trasparente" le modalità di accesso ed i relativi modelli aziendali per la richiesta. L'Azienda con delibera n. 1475 del 31.10.2018 ha adottato il "Regolamento aziendale per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato" conformemente alle linee guida ANAC e, contestualmente, ha attivato il registro delle richieste rispetto a tutte le modalità di accesso, con la responsabilità della tenuta dello stesso affidata all'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione in collaborazione con i servizi coinvolti nei diversi procedimenti.

Nel corso del 2023 l'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione continuerà a monitorare l'andamento delle richieste e la tempestività dei riscontri dei servizi aziendali coinvolti nei vari procedimenti, come previsto dal regolamento aziendale. L'Ufficio continua ad avere la responsabilità dell'aggiornamento e della pubblicazione semestrale del registro degli accessi.

Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

Il personale dipendente dell’Azienda al 31.12.2022 ammontava a 6.459 unità, in linea con l’anno precedente.

I Dirigenti rappresentano il 17% del personale dipendente. Dal punto di vista della composizione per ruolo, il 69% del personale dipendente appartiene al ruolo sanitario, il 22% a quello tecnico, il 9% appartiene al ruolo amministrativo e il restante 0,1% al ruolo professionale.



3.1 Sottosezione Struttura Organizzativa

L’Azienda, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa, ha adottato l’Atto Aziendale quale strumento di “autogoverno”, contenente le norme di organizzazione e di funzionamento dell’Azienda (deliberazione del Direttore Generale n. 135 del 27 gennaio 2021).

L’Atto Aziendale infatti costituisce e definisce il modello organizzativo e le relative linee strategiche generali, nonché il modello funzionale, cioè gli aspetti dinamici della gestione aziendale.

In esso sono inoltre disciplinati i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa, anche con riferimento agli obiettivi di valore pubblico che l’Azienda persegue.

Si veda la pubblicazione:

- Atto aziendale e organigrammi: <https://www.aulss8.veneto.it/oggetto.php/2500>
- Organigramma – Articolazione degli uffici: <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3589>

3.1.1 - I Livelli di responsabilità organizzativa

Il modello di gestione operativa dell'Azienda è di tipo dipartimentale, secondo quanto previsto dall'art. 17 *bis* del D.Lgs. 502/1992.

L'organigramma di struttura organizzativa, oltre al livello dipartimentale, prevede diversi livelli di responsabilità di tipo gestionale (incarichi di Struttura) e di tipo professionale (incarichi Professionali) dei **dirigenti** che corrispondono alle diverse tipologie di incarico conferibili. Le diverse tipologie di incarico prevedono al loro interno differenti attribuzioni di funzioni con corrispondente valorizzazione economica (livelli).

INCARICHI STRUTTURALI di Area Sanitaria

- Incarico di Direttore di Dipartimento Strutturale/Funzionale
- Incarico di Direttore di Unità Operativa Complessa: articolato su 3 livelli
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale: articolato su 3 livelli
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice articolazione di UOC/di Staff: articolato su 3 livelli

INCARICHI PROFESSIONALI di Area Sanitaria

- Incarico di Altissima professionalità Dipartimentale: articolato su 3 livelli
- Incarico di Altissima professionalità articolazione di Unità Operativa Complessa: articolato su 3 livelli
- Incarico di Alta specializzazione: articolato su 2 livelli
- Incarico di Natura professionale, studio/ricerca – consolidato (dirigenti con più di 15 anni di anzianità di servizio): articolato su 2 livelli
- Incarico di Natura prof., studio/ricerca – formato (dirigenti con più di 5 anni di anzianità di servizio): articolato su 2 livelli
- Incarico di Natura prof. di base (dirigenti con anzianità di servizio inferiore a 5 anni): articolato su un unico livello

INCARICHI STRUTTURALI di Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

- Incarico di Direttore di Dipartimento Funzionale
- Incarico di Direttore di Unità Operativa Complessa: articolato su 2 livelli
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale: articolato su 2 livelli
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice articolazione di UOC/di Staff: articolato su 3 livelli

INCARICHI PROFESSIONALI di Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

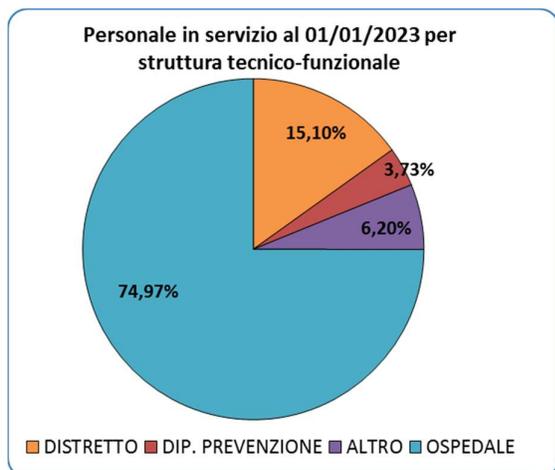
- Incarico di alta specializzazione: articolato su 2 livelli (altissima e alta specializzazione)
- Incarico professionale: articolato su 2 livelli (dirigente formato e incarico di base)

Anche per il personale del **comparto**, in conformità a quanto previsto dalla contrattazione collettiva, sono previste diversi livelli di responsabilità, organizzativa e professionale, che corrispondono alle diverse tipologie di incarico previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro sottoscritto il 02.11.2022 e prevedono al loro interno diversi livelli economici in corrispondenza alle diverse funzioni attribuite.

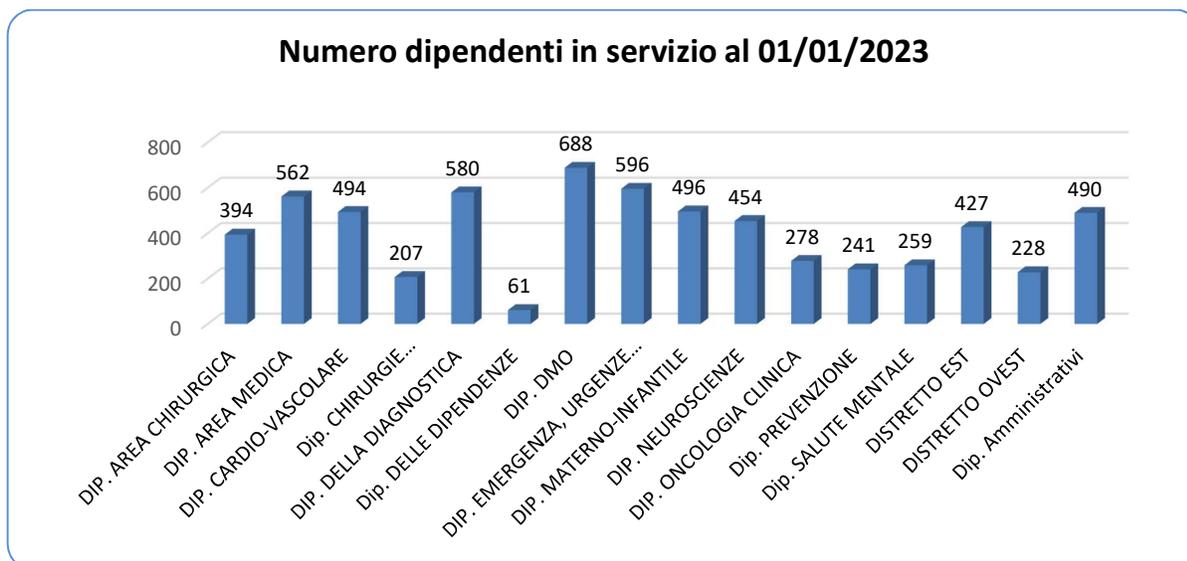
- Incarichi di funzione organizzativa, che per il personale sanitario possono comprendere anche le funzioni di coordinamento: articolati su 6 livelli
- Incarichi di funzione professionale: articolati su 5 livelli

Ampiezza media delle Unità Organizzative

Le macro unità organizzative dell'Azienda sono le strutture tecnico-funzionali Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione, cui si affianca l'apparato delle strutture amministrative di supporto. La distribuzione del personale afferente a tali macro unità organizzative presenta una netta prevalenza del personale ospedaliero, seguita dalle aree dei servizi territoriali afferenti al Distretto. Le minori percentuali sono relative al personale del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi amministrativi di supporto.



Le sedici Unità Organizzative Dipartimentali dell'Azienda hanno una consistenza media di personale dipendente di circa 403 unità, con un minimo di 61 unità nel Dipartimento per le Dipendenze ed un massimo di 688 unità nel Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale.



3.2 *Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile*

3.2.1 - *Condizionalità e fattori abilitanti*

Misure Organizzative

Il lavoro agile in nelle Aziende Sanitarie ed in particolare nell’Azienda ULSS n. 8 Berica ha necessariamente delle caratteristiche peculiari, non solo per la specifica tipologia di attività, ma anche per le dimensioni e la complessità organizzativa che la caratterizzano e che sono state già descritte nelle precedenti sezioni di questo documento.

Dopo la fase emergenziale, che ha visto, nel periodo di maggior utilizzo di tale istituto, lo svolgimento del lavoro in modalità agile da parte di circa 280 dipendenti, è oggi il momento di mettere a regime il lavoro agile come una delle modalità ordinarie di svolgimento dell’attività lavorativa.

Il nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto Sanità, sottoscritto il 2 novembre 2022, ha definito in modo più compiuto la disciplina del lavoro agile, contribuendo a dare un ulteriore impulso all’implementazione dello stesso nelle Aziende Sanitarie.

L’Azienda ULSS n. 8 Berica vede nel lavoro agile un’opportunità, una leva organizzativa per il miglioramento dell’attività amministrativa, in coerenza con la volontà di valorizzare il lavoro per obiettivi, in continuità con il processo di budget.

Un ruolo fondamentale nella definizione dello sviluppo del lavoro agile quale innovazione del sistema organizzativo aziendale è ricoperto dai dirigenti: a loro viene chiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull’accrescimento della fiducia reciproca, spostando l’attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

Il lavoro agile, inoltre, è considerato come un’innovazione organizzativa che può avvicinare la nuova generazione di giovani lavoratori agli impieghi nella pubblica amministrazione, che oggi paga il prezzo di una diffusa visione di un’ambiente di lavoro poco stimolante e decisamente non al passo con i tempi e con le innovazioni che hanno invece investito l’organizzazione del lavoro in molte realtà dell’impresa privata. Il lavoro per obiettivi risulta stimolante e sfidante per i lavoratori in quanto impone un’autonoma organizzazione del lavoro sulla base di risultati da raggiungere in tempi programmati, con evidente responsabilizzazione rispetto al conseguimento degli stessi.

I tratti maggiormente significativi del lavoro agile, che sono anche quelli che lo rendono ulteriormente attrattivo, sono la mancanza di specifici vincoli di luogo e di orari di servizio, anche se è prevista una prevalente presenza nella sede di lavoro.

La mancanza di vincoli orari è però condizionata dalla necessaria previsione di fasce di contattabilità dalle quali non si può prescindere ai fini dell’efficienza dell’attività lavorativa.

In relazione al luogo di lavoro, l’Azienda ritiene che sia tutelante per il lavoratore e per l’Azienda stessa, prevedere alcuni correttivi all’assenza totale di vincoli, in linea con le disposizioni contrattuali vigenti per il personale del Comparto: la natura dei dati e delle informazioni trattate impongono l’opportunità di escludere alcune tipologie di luogo di lavoro come i luoghi pubblici o aperti al pubblico. L’Azienda, in considerazione

dell'articolazione del suo territorio anche in zone pedemontane dove la copertura di rete è a volte scarsa, al fine di ampliare la possibilità di accedere al lavoro agile, potrà anche valutare la possibilità di organizzare aree di co-working da rendere disponibili al proprio personale che, in accordo con il proprio responsabile e con il responsabile della struttura ospitante, scegliesse di lavorare da sede diversa da quella della struttura di afferenza.

L'Azienda, al fine di mettere a regime il lavoro agile, aprirà nel corso del primo trimestre del corrente anno 2023 il tavolo di confronto con le Organizzazioni Sindacali al fine di condividere/modificare le Aree di attività che possono essere interessate dal lavoro agile, che devono essere comunque pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione del risultato, e che l'Azienda ha identificato – allo stato attuale - nelle seguenti:

- Segreteria non di reparto
- Gestione agende
- Gestione/smistamento protocollo della Unità Operativa/Servizio
- Formazione/aggiornamento/studio/ricerca del dipendente
- Riunioni da remoto
- Stesura note/atti
- Stesura protocolli/regolamenti
- Attività di programmazione
- Inserimento dati
- Liquidazioni

L'Azienda intende pertanto consentire a tutti i lavoratori del Comparto impiegati nelle citate aree di attività di presentare domanda di accesso al lavoro agile.

L'accesso al lavoro agile sarà consentito ai lavoratori che ne facciano richiesta secondo i criteri di priorità previsti dalla vigente normativa, tenuto conto inoltre delle caratteristiche personali del singolo lavoratore (capacità di lavorare in autonomia e per obiettivi, affidabilità, competenze digitali), che saranno valutate dal diretto Responsabile.

In ciascuna Unità Operativa/Servizio non sarà comunque consentito lo svolgimento contemporaneo dell'attività lavorativa in modalità agile a più del 20% del personale in servizi (massimo un operatore nelle Unità Operative/Servizi con un 3-4 lavoratori). La percentuale va applicata per difetto. Rimane tuttavia escluso dalla possibilità di effettuare la prestazione lavorativa in modalità agile il personale che, seppur impiegato nelle aree di attività sopra descritte, svolge esclusivamente attività di sportello e di ricevimento utenti (front office).

In sede di confronto sindacale, secondo quanto previsto dall'art. 77, comma 3 del CCNL 02.11.2022, sarà altresì possibile individuare criteri di priorità ulteriori rispetto a quelli previsti dalla L. 81/2017, così come da ultimo modificati dall'art. 4, comma 1, lett. b) n. 1 del D.Lgs. 30/06/2022, che così dispone: *"I datori di lavoro (...) sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici e dai lavoratori con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104. La stessa priorità è riconosciuta da parte del datore di lavoro alle richieste dei lavoratori con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 o che siano caregivers ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205"*.

A seguito del confronto sindacale, entro il primo semestre 2023, l'Azienda adotterà il Regolamento aziendale in materia di lavoro agile nel quale saranno definite le modalità di accesso e la disciplina dell'istituto in parola ed il relativo schema di accordo individuale.

Piattaforme tecnologiche

L'Azienda dispone di una piattaforma tecnologia idonea a consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa amministrativa in modalità agile. Per garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile, l'Azienda ha messo a disposizione un portale di accesso WAF (Web Application Firewall) tramite il quale il lavoratore potrà accedere in modo sicuro alle procedure aziendali. Le Unità Operative/Servizi sono dotate, su richiesta, di PC portatili da utilizzare, anche a rotazione, da parte dei lavoratori c.d. agili, con caratteristiche tali da rendere possibile l'accesso alle varie procedure aziendali attraverso lo strumento WAF. La connettività rimane a carico del lavoratore. Non sarà consentito collegarsi da remoto alle proprie postazioni di lavoro. Il lavoratore pertanto, nell'organizzare la propri attività in modalità agile, dovrà preventivamente migrare i file archiviati nel proprio PC nella piattaforma Drive.

Competenze professionali e formazione

Il personale impiegato nelle attività che fanno capo alle aree sopra individuate e assegnato alle mansioni da almeno sei mesi, è di norma in possesso delle competenze digitali necessarie per l'uso delle procedure aziendali per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile.

Il Piano formativo aziendale annuale prevede inoltre:

- un percorso formativo sull'utilizzo della piattaforma GSUITE quale strumento di lavoro in condivisione ed in tempo reale;
- un percorso formativo sul cambiamento organizzativo e di sviluppo delle capacità di lavoro in autonomia attraverso un percorso che aumenta il consolidamento delle competenze;
- un percorso formativo sulla valutazione della performance individuale con lo scopo di aumentare le competenze dei valutatori anche con riferimento all'attività svolta in modalità agile (individuazione chiara di obiettivi ed indicatori di risultato).

Gli obiettivi interni dell'amministrazione.

Gli obiettivi perseguiti con l'implementazione del lavoro agile sono di due tipi: obiettivi dell'Azienda (misurabili unitamente agli ulteriori obiettivi di **performance organizzativa**) e obiettivi individuali di attività (misurabili in sede di valutazione della **performance individuale**).

Gli obiettivi di performance organizzativa

Il lavoro agile è ritenuto uno strumento per il perseguimento del benessere lavorativo in termini di *work life balance* che è in sé un obiettivo, ma è esso stesso anche uno strumento che consente, attraverso la soddisfazione dei bisogni del lavoratore, di aumentarne la produttività e conseguentemente l'efficienza dell'azione amministrativa. La misurazione del miglioramento del benessere organizzativo avviene mediante il confronto degli esiti delle indagini che periodicamente vengono effettuate in Azienda (indagine svolta nel 2017/indagine attualmente in corso).

Gli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità che consentono di misurare l'impatto del lavoro agile sulla performance amministrativa dell'Azienda potranno essere definiti, come sotto esemplificato, andando anche ad integrare il set di indicatori associati ad altri obiettivi aziendali:

DIMENSIONE	INDICATORE
EFFICIENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuzione del tasso di assenza delle Unità Operative/Servizi con lavoratori c.d. agili; • Aumento della produttività (quantità di servizi erogati, miglioramento nella percentuale di conseguimento degli obiettivi di struttura definiti in sede di negoziazione di budget, ecc).
EFFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> • Quantità di pratiche concluse/servizi erogati, con ottimizzazione del lavoro anche in termini di riduzione di ore di lavoro straordinario; • Qualità delle prestazioni erogate (percentuale di customer satisfaction di utenti serviti da dipendenti in lavoro agile)
ECONOMICITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Razionalizzazione degli spazi; • Riduzione dei costi dell'Unità Operativa/Servizio individuato con specifico centro di costo (ad es. alle stampe, cancelleria, ecc); • Riduzione dei costi per buoni pasto/accessi alla mensa aziendale.

Obiettivi di performance individuale

E' necessario individuare gli indicatori di performance individuale, con riferimento agli obiettivi assegnati e definiti nell'accordo individuale, quali ad esempio:

- numero di pratiche completate dal lavoratore nelle giornate di lavoro agile/numero di pratiche completate nelle giornate in presenza;
- qualità del lavoro/pratica affidata, in termini di completezza, approfondimento, ecc;
- variazione del tasso di assenza del lavoratore rispetto ad uno stesso periodo di lavoro in presenza;
- tempi di completamento delle pratiche affidate rispetto alle scadenze in lavoro agile ed in presenza, ecc.

Gli obiettivi di performance individuale ed i relativi indicatori dovranno essere esplicitati nell'accordo individuale sottoscritto dal lavoratore e dal Responsabile di Unità Operativa/Servizio. Contribuiranno inoltre alla valutazione annuale effettuata secondo il sistema di valutazione vigente in Azienda.

Gli obiettivi esterni all'amministrazione e gli impatti del lavoro agile

L'implementazione del lavoro agile, in prospettiva ed in ottica di progressivo ampliamento anche ad altre aree di attività, ma anche ad una filiera più ampia che coinvolge altre amministrazioni, dovrebbe portare ad impatti positivi esterni e ad ampio spettro: riduzione, ad esempio, degli spostamenti casa-lavoro e minor necessità di spostamento degli utenti con la digitalizzazione di procedure oggi offerte solo da sportelli fisici, con conseguente diminuzione delle emissioni di Co2, miglioramento delle competenze e della cultura digitale, ripopolamento delle aree urbane periferiche, migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, ecc.

3.3 Sottosezione: Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), introdotto dall'articolo 6, comma 2, del Decreto Legislativo n. 165/2001, ha valenza triennale, con aggiornamento annuale e viene redatto sulla base di Linee guida nazionali che vengono attualizzate annualmente a livello regionale.

Si compone di tabelle che proiettano le esigenze di fabbisogno di personale (dipendenti, lavoratori autonomi, personale c.d. convenzionato), con riferimento anche alla relativa spesa. Si compone inoltre di tabelle relative alla dotazione organica e di una relazione sintetica del Direttore Generale che rappresenta le strategie di sviluppo del personale nel triennio di riferimento.

Il fabbisogno di personale viene definito tenuto conto del criterio dell'effettiva presenza (FTE).

Il Piano viene approvato con apposito atto amministrativo, dopo che i contenuti sono stati validati dall'Amministrazione Regionale.

Il Piano costituisce l'atto di programmazione che le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad adottare allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Il Piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente.

In coerenza a quanto suindicato, l'Azienda ha quindi adottato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il periodo 2022 – 2025, approvato dalla Regione Veneto con nota del 18/01/2023 prot. n. 32347/2023.

Si veda la Delibera n°86 del 26/01/2023.

Assorbimento del Piano triennale dei Fabbisogni di Personale nel PIAO

L'art. 6, comma 1, del D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, prevede che, per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, entro il 31 gennaio di ogni anno le Pubbliche Amministrazioni adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Con riferimento all'adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni di personale, per effetto del predetto articolo, esso è confluito nel Piano integrato di attività e di organizzazione quale strumento unico di coordinamento che mette in correlazione la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla programmazione strategica dell'ente e alle strategie di valorizzazione del capitale umano.

La Sezione 3.3. parte dalla rappresentazione della consistenza di personale al 31.12 dell'anno precedente, per passare alla programmazione "strategica" delle risorse umane, finalizzata all'ottimizzazione necessaria ai servizi offerti ai cittadini, calcolata sulla base della capacità assunzionale legata ai vigenti limiti di spesa, cessazioni, evoluzione dei bisogni, puntando ad obiettivi di trasformazione dell'allocazione delle risorse, alle "strategie" di copertura del fabbisogno, alla "formazione" del personale, diventato ormai strumento di incremento dell'efficienza del capitale umano. Si conferma quindi che la programmazione del fabbisogno di personale è determinata sulla base di una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente, professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, compatibilmente con gli obiettivi previsti dalla normativa vigente e sulla base del Piano della Performance, nel rispetto della compatibilità economico-finanziaria e dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione.

3.3.1 - Formazione del Personale

La Formazione e l'aggiornamento professionale rappresentano la leva strategica fondamentale per il consolidamento e lo sviluppo delle conoscenze e delle abilità professionali nonché della qualità delle relazioni degli operatori; costituiscono inoltre lo strumento indispensabile di sostegno ai processi di sviluppo organizzativo e di realizzazione degli obiettivi programmati per una tutela della salute dei cittadini che sia sempre migliore.

La formazione del personale rientra tra i compiti istituzionali dell'Azienda ULSS 8 Berica, la quale riveste un ruolo attivo nella definizione dei programmi di formazione e nell'organizzazione delle attività di aggiornamento professionale. Attraverso la formazione l'Azienda coinvolge il personale in un percorso di crescita coerente con gli obiettivi strategici aziendali e con quanto previsto dal programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) introdotto dal Ministero della Salute e dalla Regione del Veneto.

Nelle politiche del personale, l'Azienda intende quindi promuovere e valorizzare la formazione permanente, perseguendo in particolare:

- una formazione che sviluppi e valorizzi le risorse umane promuovendo le conoscenze, le competenze, le abilità, in coerenza con le linee strategiche, la programmazione aziendale e i livelli del sapere che contribuiscono alla promozione della salute;

- una formazione consapevole di dimensioni non solo specialistiche di ambito clinico ma anche relazionali/comunicative, gestionali e manageriali, di sicurezza sul lavoro orientate anche alla valorizzazione dell'esperienza ed al contesto specifico del lavoro;

- una formazione che sostenga le fasi della pianificazione strategica, accompagni le riflessioni e lo sviluppo delle competenze dei professionisti operando in modo interdisciplinare per il raggiungimento degli obiettivi;

- le buone pratiche di promozione delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Così come esplicitato nell'Atto Aziendale, allo sviluppo di tali politiche è preposta l'Unità Operativa Semplice Formazione, in staff al Direttore Generale.

L'Azienda approva annualmente il Piano di Formazione per il personale dipendente, come esito di un processo di rilevazione dei fabbisogni formativi trasversali e specifici espressi in termini di apprendimenti attesi considerando sia gli obiettivi assegnati dalla Regione, sia quelli individuati dall'Azienda che le esigenze espresse dai diversi contesti operativi sulla base delle rispettive mission.

Si riporta una tabella di sintesi delle iniziative inserite a Piano Formativo Aziendale 2022, distinte per aree di riferimento:

AREE	N° EVENTI	N° EDIZIONI	di cui Eventi ECM
AREA TRASVERSALE	44	338	42
AREA SANITARIA-CLINICA OPEDALIERA	61	187	61
AREA DISTRETTO SS	10	18	10
AREA SALUTE MENTALE	5	12	5
AREA DIPARTIMENTO PREVENZIONE	6	7	6
AREA SICUREZZA	37	250	35
AREA TECNICO-AMMINISTRATIVA	4	8	1
TOTALE	167	820	160

Per quanto riguarda il Piano di Formazione Aziendale 2023, si rimanda alla Delibera del Direttore Generale n. 2153 del 22 dicembre 2022.

Sezione 4: Monitoraggio

E' obiettivo dell'Azienda addivenire progressivamente ad un sistema il più possibile integrato di monitoraggio di tutto il sistema del Piano.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre per il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" si rimanda alla specifica area.

In relazione alla sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Tutte le attività inserite nel PIAO sono dunque soggette a monitoraggio costante, tuttavia è comunque prevista una consultazione intermedia, al termine del primo semestre, volta a raccogliere eventuali segnalazioni particolari in merito all'andamento del percorso e nell'eventualità di un riposizionamento degli obiettivi.