AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA



DELIBERAZIONE N. 653 DEL 28/04/2022

OGGETTO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2022-2024.

Proponente: UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Anno Proposta: 2022 Numero Proposta: 641/22 Il Direttore del "Servizio Controllo di Gestione" riferisce:

Premesso che nell'ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 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 assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 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 nuovo Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), che racchiude in uno strumento unico gli adempimenti in materia di performance, gestione delle risorse umane e prevenzione della corruzione.

Il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione.

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 – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnatale secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

La prospettiva aziendale tende 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.

Tutto ciò premesso si propone di approvare il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024" 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) 2022-2024, che, qui allegato, costituisce parte integrante della presente deliberazione predisposto dalla Direzione: il Piano è pubblicato nella INTRANET Aziendale e nel sito Aziendale www.ulssvicenza.it alla voce TRASPARENZA VALUTAZIONE E MERITO;
- 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. Salvatore Barra)			
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			





2022-2024

INDICE

Premessa

Scheda anagrafica dell'amministrazione

Sezione valore pubblico, performance e anticorruzione

Sezione organizzazione e capitale umano

Sezione monitoraggio

Premessa

Nell' ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 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 assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

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

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

Il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione.

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 – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnatale secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

La prospettiva aziendale tende 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.

L'azione complessiva dell'Azienda è orientata a sostenere e sviluppare nella comunità la promozione della salute mediante un'azione intersettoriale delle diverse componenti della società civile, la partecipazione ed il coinvolgimento delle persone e della comunità stessa. Quest'ultima non solo è destinataria degli interventi, ma è anche realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare proposte, di selezionare le priorità di intervento e di partecipare al controllo dei risultati.

Scheda anagrafica dell'amministrazione

L'Azienda U.L.SS. n. 8 Berica è stata costituita con Legge Regionale 25 ottobre 2016 n. 19 ("Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"), a decorrere dal 1° gennaio 2017.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1-bis, del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii., 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 ente strumentale della Regione del Veneto e quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, 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.

<u>La visione</u> strategica è quella di un'Azienda 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.

<u>I valori</u> 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 ha come obiettivi, intesi quali risultati concreti e misurabili da raggiungere per realizzare la propria missione in un determinato arco temporale, quelli definiti ed approvati dalla Giunta Regionale ed assegnati all'Azienda.

In tal senso 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 e di condivisione. 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.

Il patrimonio dell'Azienda ULSS n. 8 Berica è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

La consistenza del patrimonio è rappresentata nello stato patrimoniale allegato all'ultimo Bilancio di esercizio approvato, i cui dati sono esposti nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente – Beni immobili e gestione del patrimonio.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del comma 2 dell'art. 5 del d.lgs. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento per un'adeguata qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi e, in tale prospettiva, ha la possibilità di ricorrere a tutte le possibili forme di finanziamento, incluse quelle più recenti a carattere innovativo, quali project financing, global service, sponsorizzazioni, accettazione di donazioni e altro, nei modi stabiliti dalla legge.

L'organizzazione aziendale

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall' Atto Aziendale adottato con delibera n. 79 del 18 gennaio 2018 e successive modifiche, nel rispetto dei principi stabiliti dalla Regione del Veneto. L' Atto Aziendale disciplina i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa, definisce modalità di decentramento e di delega di poteri, compiti e funzioni; comporta, oltre che una semplificazione dell'organigramma, la ridefinizione di un modello produttivo in grado di governare funzionalmente i percorsi operativi aziendali al fine di favorire lo sviluppo di soluzioni organizzative innovative.

Contribuisce inoltre allo sviluppo delle professioni presenti in Azienda, omogeneizza e integra l'offerta sanitaria dei due distretti aziendali formulando un'offerta globale che assicura gli stessi standard di assistenza in tutto il territorio afferente all'Azienda.

L'azienda programma le azioni necessarie ai fini della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse con una programmazione strategica di medio-lungo periodo e ha avviato un processo di rinnovamento che investe, oltre alle sue tecnologie, anche le sue strutture:

- Il Dipartimento di Prevenzione con all'interno un Dipartimento funzionale di Sanità Pubblica, Veterinaria e Sicurezza Alimentare
- L'Area Territoriale con due Distretti (Est ed Ovest) in grado di attivare una presa in carico globale dei bisogni socio-sanitari della popolazione di riferimento, con funzioni di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi offerto dall'Azienda
- L'Area Ospedaliera con 6 presidi che offrono assistenza, ricovero e prestazioni specialistiche

Sono istituiti 10 Dipartimenti Strutturali Ospedalieri, costituiti da Unità Operative omogenee, affini o complementari, aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie e complete, perseguendo finalità e obiettivi comuni pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

L'Azienda ha inoltre definito 4 Dipartimenti Funzionali di collegamento tra competenze ospedaliere e strutture socio-sanitarie del territorio per quanto attiene alcune aree di attività particolarmente complesse che richiedono una forte integrazione Ospedale - Territorio.

Completano la nuova organizzazione il Dipartimento Amministrativo Unico, i Servizi di Staff e i Servizi Amministrativi Generali e quelli a supporto del Territorio e dell'Ospedale.

Sono presenti nel territorio 3 strutture private accreditate per l'erogazione di ricoveri e 30 strutture ambulatoriali con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale; l'azienda Ulss n.8 collabora con gli ospedali privati accreditati e le strutture ambulatoriali presenti nel proprio territorio stipulando accordi secondo principi di trasparenza, sviluppo delle qualità, ricerca dell'appropriatezza, implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Alcune funzioni aziendali, soprattutto nelle aree di reclutamento del personale e appalti/gare sono in corso di ridefinizione a seguito della nascita dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero, l'ente di governance della sanità regionale veneta, che ha avocato molte attività tecnico/amministrative fino ad ora gestite autonomamente dalle singole Aziende ULSS.

L'Azienda, inoltre, si sta adeguando agli standard richiesti dal "Piano socio-sanitario regionale 2019-2023", che intende offrire una guida per sviluppare e consolidare i principali tratti evolutivi del sistema sanitario regionale, sviluppando ed aggiornando quelli già introdotti con il Piano precedente, al fine di conciliare le misure atte a garantire la sostenibilità dell'universalità di cure con i nuovi bisogni di salute.

Si veda la pubblicazione:

- Atto aziendale link www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3575
- Organigramma Articolazione degli uffici link www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3589

- Analisi del Contesto Esterno ed Interno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera con riferimento a variabili culturali, sociali ed economiche del territorio sul quale insiste, influenzino la domanda di assistenza socio-sanitaria.

La provincia di Vicenza complessivamente conta una popolazione di 853.542 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 111.145 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).

L'Azienda ULSS n. 8 "Berica" copre un territorio di 1.240 kmq, per una popolazione complessiva di circa 496.000 abitanti, suddivisa nei due Distretti (est ed Ovest)

Per quanto riguarda il profilo di salute ULSS n. 8 Berica, come anche nel Veneto, le principali cause di morte sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai tumori maligni. La speranza di vita alla nascita per la Provincia di Vicenza è di 80,5 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne (dato Istat). L'indice di vecchiaia è in costante aumento e si attesta al 1,7

	Distretto Ovest	Distretto Est	Ulss 8 Berica
Comuni	22	37	59
Residenti	178.411	314.557	492.968
km2	515,94	722,82	1239
Densità	345,80	435,18	397,88

Area	Indice di vecchiaia	Indice di Natalità	% Stranieri
Distretto Ovest	1,62	7,73	10%
Distretto Est	1,74	6,73	12%
Ulss 8 Berica	1,70	7,09	11%

Il 2021, così come l'anno precedente, è stato un anno caratterizzato dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, che ha occupato tutti servizi aziendali in attività specifiche nella cura dei pazienti e nel contrasto alla diffusione del virus.

La Direzione Aziendale ha dovuto rapidamente riorganizzare spazi, attività e gestione del personale per far fronte ad un'emergenza che quotidianamente ha presentato sviluppi e prospettive mutabili ed aleatorie, con una continua revisione delle attività in atto, in base a provvedimenti nazionali e regionali, legati agli indicatori epidemiologici.

Il presente documento nasce in un periodo di incertezza, dovuta all'emergenza sanitaria in atto da un anno che ha condizionato in modo significativo tutto l'assetto aziendale. La pandemia ha richiesto una riorganizzazione delle attività e una rivisitazione dei percorsi e dei processi in modo globale e trasversale in tutte le aree aziendali e per tutti gli ambiti aziendali, dall'attività ospedaliera

a quella territoriale, dalla prevenzione alle attività di supporto amministrativo.

La pandemia ha imposto una rivisitazione delle priorità dell'Azienda e inevitabilmente anche l'intera produzione ha risentito in maniera inevitabile della pandemia da COVID-19 che ha portato ad una rimodulazione dell'attività svolta. Le ondate che si sono succedute sono state affrontate con riduzioni delle attività di ricovero, ambulatoriale e operatoria. Anche l'assetto aziendale, soprattutto ospedaliero, ha visto e numerosi cambiamenti che si sono manifestati con la riorganizzazione di molti reparti e servizi e con la nascita di nuove strutture atte a supportare le nuove necessità

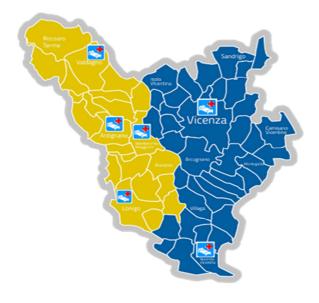
La previsione sui volumi di attività per il 2022 risulta, a tutt'oggi, particolarmente complessa data appunto la situazione emergenziale ancora attiva. Si stima per il 2022 un trend simile al 2021, che ha visto un susseguirsi di mesi di attività erogata in condizioni pandemiche (trimestre/semestre) e mesi nei quali è stato possibile registrare una ripresa di attività.

L'azienda alla data attuale, visto il perdurare della situazione, ritiene di confermare per il triennio 2022-2024 le linee di indirizzo aziendali in atto, orientando tutte le risorse per gestire con efficacia il piano vaccinale previsto, presupposto necessario per garantire un ritorno alla "normalità" nell'erogazione dei livelli assistenziali recuperando se possibile le prestazioni programmate sospese.

In sintesi l'Azienda nel 2022 avrà come obiettivi prioritari la gestione della pandemia e del piano vaccinale e il recupero dell'offerta sanitaria che è stata dichiarata rimandabile e che ha comportato la sospensione di volumi importanti di prestazioni. Recuperare le prestazioni sanitarie in termini di cura e diagnosi è la sfida per il 2022.

- L'Azienda in cifre

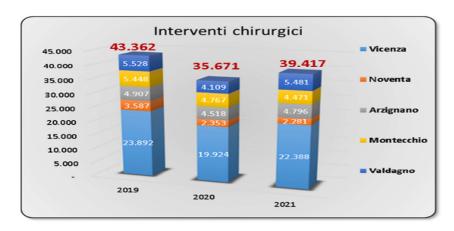
L'assistenza ospedaliera viene garantita tramite 6 presidi ospedalieri che offrono soccorso, ricovero e prestazioni specialistiche. Quattro presidi svolgono assistenza per acuti in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso (Vicenza, Noventa, Arzignano, Valdagno 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 1.184 posti letto in regime ordinario, week surgery e day hospital (752 posti letto nel P.O. San Bortolo di Vicenza, 59 posti letto nel P.O. Pietro Milani di Noventa Vicentina, 178 posti letto Ospedale di Arzignano, 49 Ospedale di Lonigo, 28 ospedale di Montecchio, 117 Ospedale di Valdagno). Il numero massimo di posti letti dedicati all'emergenza Covid nel corso del 2021 è stato di 260.

Nell'arco annuale vengono eseguiti circa 50.800 ricoveri tra ordinari, week surgery e diurni. Nell'anno 2021 i ricoveri sono stati circa 45.000 in leggera ripresa rispetto alla riduzione significativa del 2020.

L'attività chirurgica dell'ULSS Berica registra una capacità produttiva di circa 43.300 interventi chirurgici. Nel 2021 gli interventi sono stati 39.417, in ripresa (+10%) rispetto al 2020.



Il tasso di ospedalizzazione per la popolazione assistita cala, coerentemente con la riduzione dei ricoveri, assestandosi su 97 ricoveri per mille abitanti. Il tasso di ospedalizzazione in epoca pre-Covid risultava al 114 per mille.

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'Azienda eroga annualmente, tra i 2 distretti, Est e Ovest, circa 1.120.000 prestazioni di clinica e diagnostica. La patologia clinica dell'intera Ulss 8 dedica oltre il 50% della sua attività ai pazienti esterni con circa 4.000.000 di prestazioni prodotte (2.500.000 erogate dal distretto Est e 1.500.000 dal distretto Ovest). Circa 3.600.000 prestazioni sono erogate per pazienti interni. Il 2021 ha visto un incremento di circa 1 milione e mezzo di prestazioni di patologia clinica (principalmente Microbiologia) per effetto dei tamponi per la ricerca del virus Covid.

Anche nel 2021 l'emergenza Covid-19 ha costretto ad una riorganizzazione e rimodulazione dell'attività ambulatoriale programmata, per alcuni periodi, privilegiando urgenze e prestazioni non differibili. L'Azienda registra una ripresa dei volumi di prestazioni erogate, avvicinandosi alla produzione del 2019.

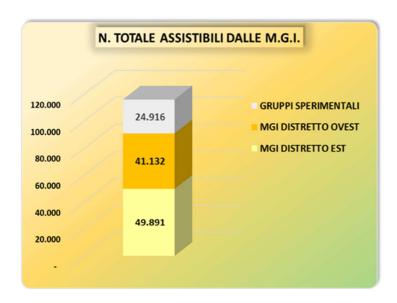
L'Azienda ha 5 strutture di Pronto Soccorso con una frequenza media giornaliera di circa 480 accessi e complessivamente circa 170.000 accessi/anno. Nel 2021 il numero di accessi si è attestato attorno ai 145.000 (circa 400 accessi giornalieri), in ripresa (+13%) rispetto al 2020.

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.

L'emergenza sanitaria protrattasi anche nel 2021 ha continuato a produrre effetti rispetto alla capacità di risposta dei servizi aziendali alle esigenze della popolazione. Tuttavia, si è assistito ad una ripresa generalizzata dell'attività, di fatto mai interrotta data la particolare tipologia di utenti, in alcuni casi imposta quale conseguenza dell'emergenza stessa.

L'Assistenza Primaria è assicurata da 390 Medici di Medicina Generale e 54 Pediatri di Famiglia con studi professionali ubicati in tutto il territorio al servizio di circa 478.000 assistibili.

Per favorire una effettiva continuità dell'assistenza e presa in carico degli utenti sono attualmente attive 8 Medicine di Gruppo Integrate (M.G.I.), dislocate 5 nel Distretto Est e 3 nel Distretto Ovest, e ulteriori tre gruppi sperimentali al servizio complessivamente di 116.000 assistibili.



Il servizio di Continuità assistenziale è garantito attraverso 5 sedi operative nell'area del Distretto Est e 3 nell'area del Distretto Ovest con circa 75 operatori e un'attività annua che nel 2021 si è concretizzata in circa 105.000 contatti con uno spostamento dell'assistenza da ambulatoriale/domiciliare a telefonica pari a circa il 75% dei contatti.

Nell'ambito della continuità ospedale-territorio è in corso un processo di riorganizzazione volto a ridefinire, anche alla luce del PNRR, attori e funzioni che meglio rispondano alla presa in carico del paziente dopo la fase acuta della malattia.

La Centrale Operativa Territoriale (COT), già attiva in azienda quale struttura in rete con i Servizi preposti alla raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, per l'attivazione delle risorse più appropriate, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro, nel corso del 2021 ha visto ridisegnare le proprie funzioni a seguito dell'attivazione dei Nuclei Bed Management (NBM) nei due distretti. In particolare la COT ha focalizzato i suoi obiettivi sulla mappatura continua delle risorse della rete assistenziale, sulla tracciabilità dei percorsi attivati, grazie al nuovo Sistema Informativo Territoriale (SIT) e sulla collaborazione nella definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali. In relazione alla pandemia da Covid SARS 2, la COT, inoltre, ha collaborato con il SISP e con le UUOO di Cure Primarie nell'organizzazione della campagna vaccinale del Dipartimento di Salute mentale, Disabilità e Non autosufficienza, IAF e Dipendenze e ha raccolto una serie di dati per tracciare le attività svolte durante questa fase.

I Nuclei Bed Managament, in staff alle Direzioni Mediche Ospedaliere, a loro volta si occupano di gestire l'assistenza nelle cosiddette Strutture Intermedie per i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione, al suo prolungamento o all'istituzionalizzazione. Questi spazi di accoglimento temporaneo consistono ad oggi in 5 Ospedali di Comunità e 2 Unità Riabilitative Territoriali per un totale di 107 posti letto. Nel corso dell'anno le strutture, più volte chiuse o convertite durante l'anno 2020 a causa della pandemia, hanno ripreso la loro attività, garantendo assistenza a quasi 800 pazienti con un tasso di occupazione che complessivamente ha superato 1'80%.

	ANNO 2021			
	OSPEDALI DI COMUNITA' U.R.T.		TOTALE	
	DISTRETTO EST	DISTRETTO	DISTRETTO	BERICA
	(*)	OVEST	EST	BERICA
N. POSTI LETTO	38	32	37	107
N. UTENTI DIMESSI	240	256	282	778
N. GIORNATE DI DEGENZA	7.456	7.217	9.721	24.394
DEGENZA MEDIA	31,1	28,2	34,5	31,4
TASSO UTILIZZO POSTI LETTO	71,8%	88,5%	84,8%	

L'Assistenza Domiciliare Integrata viene erogata a circa 13.600 utenti per un totale di circa 156.000 prestazioni da parte di MMG/PLS, infermieri, fisioterapisti, palliativisti e altri specialisti. L'attività ha evidenziato una ripresa importante con un incremento negli accessi pari al 6,5% rispetto all'anno precedente. A ciò si aggiunge anche il fondamentale contributo dato dai medici USCA non solo nell'assistenza ai malati Covid e all'attività vaccinale, ma anche a supporto dei pazienti fragili, cronici o affetti da patologie invalidanti, come riportato in seguito.

Fondamentale anche il servizio di telesoccorso e telecontrollo messo a disposizione della Regione Veneto tramite le aziende socio-sanitarie e rivolto in particolare a tutti gli over 60 anni o comunque ai soggetti fragili, anche se più giovani. Nel 2021 sono stati assistiti più di 1.900 utenti.

Nell'ambito della Non Autosufficienza nel 2021 l'azienda ha incrementato la risposta ai servizi rilasciando 2.960 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; il livello di occupazione dei posti si è attestato attorno all'84% per la residenzialità, mentre l'attività diurna è ripresa solo in alcune strutture lasciando di fatto i livelli di occupazione in linea con l'anno precedente.

Per garantire l'assistenza ai Malati terminali, sono attive in aziende due strutture Hospice, dotate complessivamente di 19 posti letto, che nel corso dell'anno hanno subito tuttavia diversi spostamenti e flessioni in ragione delle esigenze organizzate legate alla gestione dei reparti covid. Nel 2021 sono stati seguiti 355 pazienti con un tasso di occupazione dei posti letto superiore all'80%.

	ANNO 2021 HOSPICE		
	DISTRETTO DISTRETTO EST OVEST		TOTALE BERICA
N. POSTI LETTO	9	7	16
N. UTENTI DIMESSI	242	113	355
N. GIORNATE DI DEGENZA	2.304	1.559	3.863
DEGENZA MEDIA	9,5	13,8	10,9
TASSO UTILIZZO POSTI LETTO	82,4%	79,4%	

Nell'ambito della Disabilità sono proseguiti, nonostante la pandemia e grazie ai programmi di screening e di vaccinazione, gli interventi di tipo semiresidenziale in strutture a gestione diretta e in convenzione (675 utenti seguiti nel 2021) e attraverso progetti sperimentali fuori dai centri diurni

(coinvolti 93 utenti nell'anno), nonché gli interventi di tipo residenziale definitivo o di pronta accoglienza (338 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 40 utenti) sia mediante l'erogazione di contributi (nel 2021 destinati fondi a 217 utenti).

	BERICA	% 2021- 2020
INTERVENTI SEMI-RESIDENZIALI (n. utenti)	768	-5,0%
di cui presso strutture a Gestione diretta (CEOD)	80	
di cui Progetti Sperimentali	93	
INTERVENTI RESIDENZIALI (n. utenti)	338	-8,3%
di cui presso strutture a Gestione diretta	23	
PROGETTI A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' E DELL'AUTONOMIA PERSONALE - esluse ICD - (n. utenti)	257	-8,5%
di cui Progetti "Dopo di Noi"	70	
di cui Progetti Vita Indipendente	147	

Nell'area dell'assistenza all'Infanzia, Adolescenza e Famiglia, nel 2021 l'Azienda ha seguito circa 4.450 utenti tramite le equipes dei consultori, con attività di prevenzione e sostegno, prestazioni ostetrico ginecologiche e attività psico-sociali. E' proseguita l'attività sui minori con un incremento degli utenti in carico al Servizio Adozioni per l'attuazione del percorso pre e post adottivo (più di 560 utenti) e dei casi seguiti dal Servizio Tutela Minori per la gestione delle situazioni di disagio socio-psico-familiare (+2,5%). In aumento anche nel 2021 il numero di minori presi in carico dal Centro Regionale di protezione e cura dei minori, ragazzi e famiglie (ARCA) che ha raggiunto i 177 casi (+17%).

	BERICA	% 2021- 2020
CONSULTORI FAMILIARI		
N. UTENTI TOTALI	4.449	-5,4%
di cui stranieri	1.361	-2,4%
di cui IVG	296	-8,1%
N. UTENTI area psicologico-sociale	1.668	19,7%
N. UTENTI area ostetrico-ginecologica	3.855	-5,9%
SERVIZIO ADOZIONI (Servizio unico aziendale)		
N. UTENTI TOT.	563	23,2%
TUTELA MINORI		
N. MINORI TRATTATI	1.097	2,5%
N. MINORI inseriti in struttura o con assistenza educativa domiciliare	296	-29,9%
N. MINORI IN AFFIDO	137	-7,4%

Il Servizio Età evolutiva ha fornito prestazioni psicologiche a circa 2.500 utenti, valutazioni e trattamenti logopedici a 2.040 utenti, nonché altre prestazioni riabilitative a più di 1.500 utenti. Di rilievo anche l'assistenza scolastica garantita a più di 500 alunni attraverso personale proprio e in convenzione. Nell'ambito delle competenze provinciali il Servizio si è occupato inoltre di circa 160 disabili sensoriali.

	BERICA	% 2021- 2020
ETA' EVOLUTIVA (n. utenti)		
N. UTENTI TOTALI	4.639	
PSICOLOGIA DISTRETTUALE	2.466	42,8%
LOGOPEDIA DISTRETTUALE	2.040	27,7%
ALTRE FIGURE (assist. Sociale, educatore, fisioterapista, psicomotricista)	1.531	22,3%
ASSISTENZA SCOLASTICA	511	5,6%
DISABILI SENSORIALI (attività provinciale)	164	-16,8%

Infine, il servizio di Neuropsichiatria infantile ha seguito circa 2.100 utenti, con un incremento significativo di casi insorti quale conseguenza del contesto incerto e restrittivo generato dalla pandemia.

L'Assistenza Psichiatrica è garantita con continuità tramite il Dipartimento di Salute Mentale che gestisce direttamente 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. Nel 2021 sono stati in carico 6.485 utenti assistiti mediante interventi di tipo ambulatoriale (circa 83.300 prestazioni annue), semiresidenziale (435 pazienti trattati, di cui 311 nelle strutture a gestione diretta), residenziale (320 pazienti, di cui 177 nelle strutture a gestione diretta) e progetti a sostegno della domiciliarità (21 utenti) anche con forme di residenzialità leggera (31 utenti). E' in corso il processo di revisione e riconversione dei posti letto disponibili per tipologia di struttura necessario per dare attuazione al Piano di massima della residenzialità extraospedaliera, come da DGR 1673/2018.

	BERICA	% 2021- 2020
ATTIVITA' AMBULATORIALE DEI CENTRI DI SALUT	E MENTALE	E DCA
N. PAZIENTI ATTIVI	6.485	4,6%
N. PRESTAZIONI	83.335	-0,6%
RICOVERI IN SPDC (strutture proprie)		
N. PAZIENTI	806	14,0%
N. GIORNATE DI DEGENZA	14.030	12,7%

	BERICA	% 2021- 2020
INSERIMENTI SEMIRESIDENZIALI (n. utenti)	435	-0,7%
di cui a Gestione Diretta o Mista	311	-2,8%
di cui presso Privato Convenzionato	124	5,1%
INSERIMENTI RESIDENZIALI (n. utenti)	320	-3,0%
di cui a Gestione Diretta o Mista	177	1,7%
di cui presso Privato Convenzionato	139	-7,9%
di cui in REMS	4	-20,0%
INTERVENTI DOMICILIARI/ RESIDENZIALITA' LEGGERA (n. utenti)	55	37,5%

In riferimento all'assistenza a pazienti Tossicodipendenti e Alcolisti, il Dipartimento per le Dipendenze ha seguito circa 2.850 pazienti ambulatorialmente (240 presso il carcere), di cui circa

300 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.

	BERICA	% 2021- 2020
ATTIVITA' AMBULATORIALE		
N. UTENTI	2.846	-4,1%
di cui per Attività in Carcere	241	-3,2%
N. PRESTAZIONI	150.403	-13,1%
INSERIMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE		
N. UTENTI	297	8,4%
N. GIORNATE DI PRESENZA	51.244	-4,4%

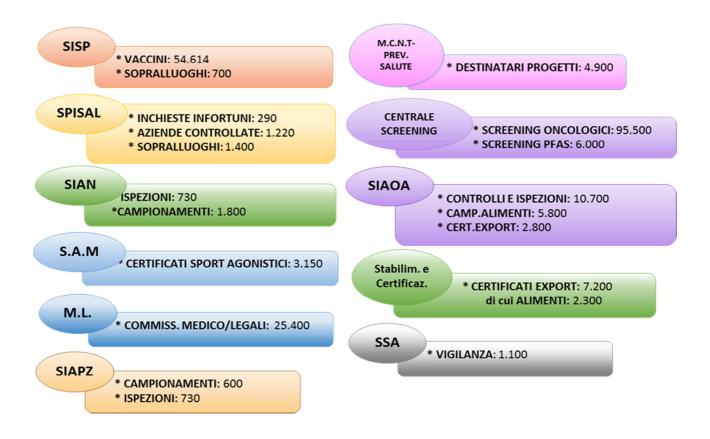
A livello territoriale va inoltre sottolineata la presenza di due servizi con funzioni di assistenza ambulatoriale e domiciliare:

- Servizio di Diabetologia ed Endocrinologia territoriale, che ha in carico, con la collaborazione dei medici di base, 12.557 soggetti diabetici e 13.885 soggetti endocrinopatici e nel 2021 ha erogato più di 16.500 prestazioni ambulatoriali;
- Servizio di Pneumotisiologia territoriale, che nel 2021 ha erogato circa 14.200 prestazioni pneumologiche e svolge un'intensa attività specialistica domiciliare.

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.

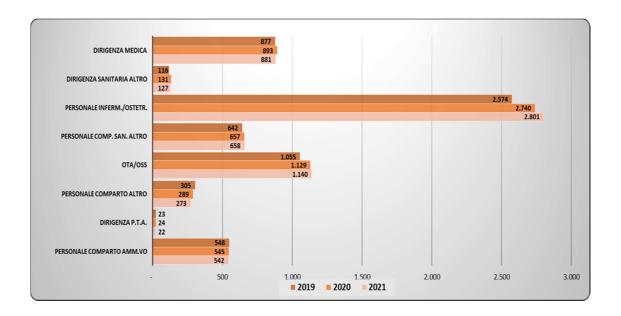
Nel corso del 2021 il Dipartimento di Prevenzione ha continuato a rivestire un ruolo fondamentale nella gestione dell'epidemia. In particolare, il Servizio di Igiene Pubblica è stato chiamato a dare attuazione, anche con l'ausilio di personale proveniente da altri servizi dell'azienda, al Nuovo Piano regionale finalizzato soprattutto a garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2 e ad attuare la massiva campagna vaccinale.

Alcuni dati di sintesi dei diversi servizi del Dipartimento:



Il personale dipendente dell'Azienda al 31.12.2021 ammontava a 6.444 unità, consolidando l'incremento avvenuto nel 2020 ascrivibile all'emergenza sanitaria.

I Dirigenti rappresentano il 16% 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.



Da alcuni anni sono inoltre 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)

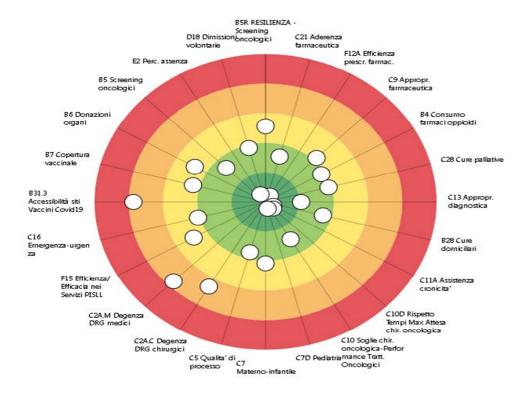
Altro importante strumento di benchmark viene fornito dal Laboratorio MeS, Management e Sanità, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna. E' stato sviluppato un sistema di valutazione della performance di un gruppo di undici Regioni – incluso il Veneto.

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.

Di seguito la situazione secondo l'analisi dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna per l'Azienda Ulss 8 Berica riferita all'anno 2019. Per le aree con risultati non ottimali, l'Azienda intende attivare tutte le azioni necessarie per migliorare la performance.

BERSAGLIO 2020 – ULSS 8 BERICA



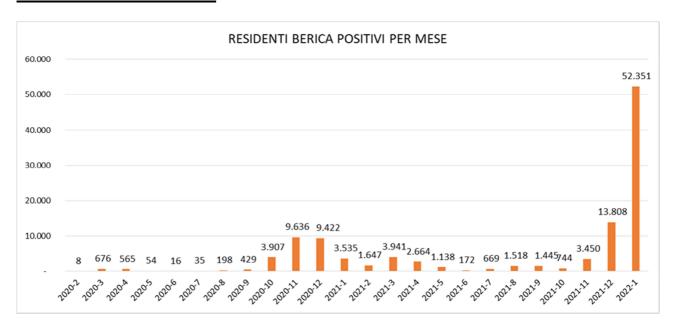
- L'emergenza COVID-19

L'Ulss 8 "Berica", come tutto il Veneto, ha dovuto affrontare una situazione epidemica importante dal punto di vista della numerosità dei casi e della loro gravità. Nel corso delle quattro ondate l'attività di screening, il tracciamento dei casi e l'imponente campagna vaccinale ha caratterizzato l'attività e l'impegno di consistenti risorse aziendali. L'assistenza ai pazienti con patologie Covid ha avuto un impattato significativo nei reparti ospedalieri aziendali. Di seguito una sintesi dei principali dati riferiti alla gestione della pandemia.

Casi positivi

CASI POSITIVI RESIDENTI BERICA	N	%
Di cui prima fase (da Febbraio 2020 a Settembre 2020)	1.981	2%
Di cui seconda fase (da Ottobre 2020 a Gennaio 2021)	26.500	24%
Di cui terza fase (da Febbraio 2021 ad Settembre 2021)	13.195	12%
Di cui quarta fase (Da Ottobre 2021 a Gennaio 2022)	70.353	63%
TOTALE	112.029	100%

Andamento mensile dei casi:



Il mese di Dicembre 2021 ha segnato l'avvento della nuova variante Omicron che ancor più nel mese di Gennaio 2022 (mese nel quale i nuovi casi registrati sono oltre 50.000), ha fatto registrare una diffusione mai raggiunta nelle altre ondate della pandemia.

L'utilizzo dei tamponi antigenici di immediata refertazione ha permesso di effettuare uno screening sempre più efficace. Da inizio pandemia al 31/12/2022 il 22% della popolazione residente ha avuto almeno un referto di positività molecolare o antigenica. Complessivamente l'Azienda ha effettuato al 31/01/2022 oltre 2.300.000 tamponi.

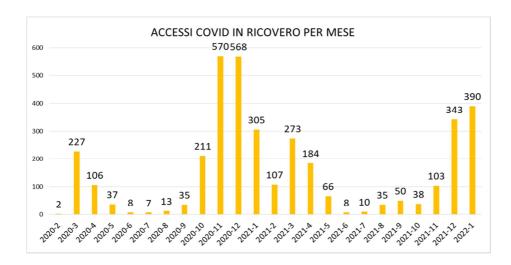
La gestione dei pazienti ospedalizzati a causa del Covid-19 si è rivelata complessa e articolata. Per garantire la presa in carico dei pazienti Covid, limitare la diffusione del virus con tutela dei pazienti negativi, l'isolamento e la miglior gestione possibile dei pazienti positivi e la tutela del personale sanitario impegnato, si è reso necessario affrontare anche a più riprese la riorganizzazione di tutti gli ospedali dell'azienda. Nel corso della pandemia sono stati allestiti 12 reparti "Covid" distribuiti su tre presidi ospedalieri. Gli accessi covid in ricovero da inizio pandemia con dato aggiornato al 31/12/2021 sono stati 3.308 (cui si aggiungono anche 80 ricoveri con degenza effettuata presso le strutture private accreditate a fine anno 2020) distribuiti nei vari periodi secondo la seguente tabella:

TOTALE RICOVERI COVID PER FASE	N	%
Di cui prima fase (da Febbraio 2020 a Settembre 2020)	435	12%
Di cui seconda fase (da Ottobre 2020 a Gennaio 2021)	1.654	45%
Di cui terza fase (da Febbraio 2021 ad Settembre 2021)	733	20%
Di cui quarta fase (Da Ottobre 2021 a Gennaio 2022)	874	24%
TOTALE	3.696	100%

Il totale degli accessi consta di 453 pazienti ricoverati transitati dal reparto di terapia intensiva pari al 12% del totale distribuiti nelle varie ondate come da tabella seguente:

TOTALE RICOVERI COVID PER FASE	N	%
Di cui prima fase (da Febbraio 2020 a Settembre 2020)	77	17%
Di cui seconda fase (da Ottobre 2020 a Gennaio 2021)	165	36%
Di cui terza fase (da Febbraio 2021 ad Settembre 2021)	114	25%
Di cui quarta fase (Da Ottobre 2021 a Gennaio 2022)	97	21%
TOTALE	453	100%

Accessi Covid - distribuzione per mese



Dalle tabelle e dal grafico sovrastante, si evince come, sia per l'andamento giornaliero del totale dei presenti che per i ricoverati covid in terapia intensiva, nella quarta ondata, non ha registrato la stessa pressione ospedaliera avvenuta nella prima ondata ed a fine 2020. Questo in controtendenza con l'andamento contagi che ha visto, invece, a fine 2021 una diffusione del virus mai verificatisi in precedenza, dovuto principalmente all'effetto che la campagna di vaccinazione ha avuto sulla prevenzione delle ospedalizzazioni successive alla contrazione del virus.

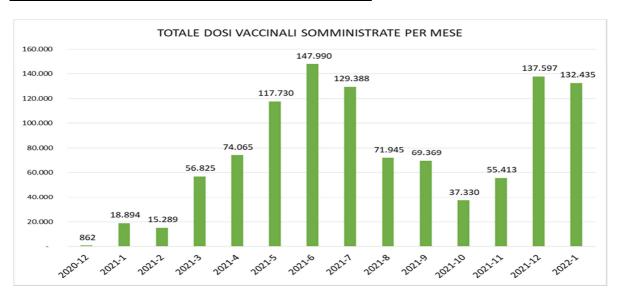
La campagna vaccinale dell'Azienda Ulss 8 "Berica" ha determinato la messa a disposizione di ingenti risorse sia dal punto di vista organizzativo-gestionale che dal punto di vista operativo nell'anno 2021. Le somministrazioni sono state organizzate presso 4 centri vaccinali per la popolazione con sedute giornaliere diurne e serali. L'organizzazione ha permesso di superare nel mese di Gennaio 2022 la quota di un milione di dosi vaccinali somministrate e di raggiungere una copertura vaccinale, con almeno una dose, superiore al 90% della popolazione maggiore di undici anni di età afferente al territorio dell'Ulss 8 "Berica" e alla somministrazione della prima dose già in oltre il 30% dei bambini di fascia 5-11anni (tale fascia è stata coinvolta nella vaccinazione dal 20/12/2021).

La copertura vaccinale al 31/01/2022

TOTALE PERSONE VACCINATE	N	COPERTURA VACCINALE
ETA' PEDIATRICA	11.115	35,6%
ADULTI PRIMO CICLO VACCINALE	404.753	92,3%
ADULTI DOSE BOOSTER*	262.306	74,5%

^{*} COPERTURA VACCINALE BOOSTER CALCOLATA SULLA POPOLAZIONE ELEGGIBILE PER LA TERZA DOSE

Andamento mensile delle vaccinazioni somministrate



I servizi sul territorio sono stati coinvolti in vario modo nella gestione dell'emergenza e sono intervenuti nel processo "contenimento dell'epidemia-tutela della salute" con diverse modalità organizzative. A supporto dei servizi già presenti si evidenzia l'attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.), per l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19, l'attività assistenziale presso Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Servizi per Persone Anziane Non Autosufficienti, oltre al supporto per l'esecuzione di tamponi o test sierologici per COVID e le campagne vaccinali.

Attività Usca

	EST	OVEST	BERICA
Dotazione di personale a dicembre 2021:			
N. Medici	16	31	47
N. Infermieri	3	7	10
N. Altre figure (autista)		1	1
N. Pazienti COVID in carico a dicembre 2021:	252	291	543
di cui N. Pazienti in carico in RSA/CSA/Strutture intermedie:	4	8	12
N. Totale Accessi effettuati per COVID nell'anno 2021:	4.373	2.972	7.345
di cui N. Totale Accessi effettuati in RSA o Strutture intermedie (OdC, URT, Hospice)	338	70	408
N. Totale Tamponi effettuati nell'anno 2021:	2.051	2.613	4.664
N. Totale Vaccinazioni effettuate (ANTICOVID-19) nell'anno 2021:	7.380	3.925	11.305
N. Pazienti fragili, cronici, affetti da patologie invalidanti in carico per supporto (non casi COVID) a dicembre 2021:	349	0	349
N. Totale Accessi a Pazienti fragili, cronici, affetti da patologie invalidanti in carico per supporto (non casi COVID) nell'anno 2021:	4.311	110	4.421

- Il Quadro Economico

Il perdurare della pandemia da Coronavirus e la conseguente costante evoluzione delle politiche sanitarie attivate in risposta alla crisi, ha comportato una stima di chiusura negativa economica dell'esercizio 2021 quale conseguenza diretta dei costi connessi al contrasto della pandemia e all'incertezza della definizione a livello Nazionale e Regionale delle risorse a copertura.

L'incertezza rende anche per il 2022 difficile formulare delle previsioni realistiche sulla gestione economica e finanziaria dell'Azienda. L'esercizio si dovrà caratterizzare per una ripresa delle attività ordinarie e per il contestuale recupero di tutte le prestazioni sospese e non erogate a causa dell'emergenza sanitaria.

Il triennio si caratterizza inoltre per l'introduzione di elementi di riorganizzazione ed implementazione dei progetti di investimento legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, come declinato dalla Regione Veneto, con riferimento ai temi previsti nella Missione 6 – Salute: i tempi di realizzazione di tali progetti al fine di accedere alle risorse stanziate dalla Comunità Europea richiedono una programmazione rigorosa degli interventi e un attento monitoraggio delle fasi esecutive, che rappresenterà per i prossimi anni un impegno rilevante per le strutture tecniche e sanitarie aziendali.

- Gli investimenti

Con DGR 782/2020 la Regione Veneto ha definito il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, nel quale si identificano gli interventi finalizzati a riorientare l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari per contrastare la crescita dell'infezione sul territorio regionale. Gli interventi mirati a potenziare le strutture di emergenza/urgenza ed incrementare i posti letto di terapia intensiva e semintensiva sono stati in parte realizzati nel corso del 2021 e proseguiranno anche per il 2022.

Contemporaneamente alla gestione dell'emergenza permane 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.

Verranno avviati inoltre i processi di riorganizzazione ed implementazione dei progetti di investimento legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, come declinato dalla Regione Veneto in particolare con riferimento ai temi previsti nella Missione 6 – Salute.

- La programmazione Aziendale nella cornice del PNRR

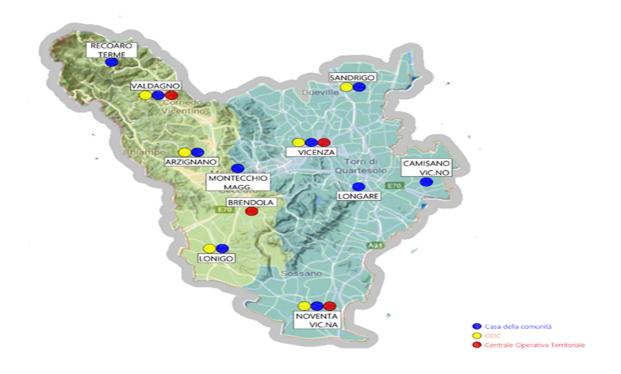
Obiettivo della programmazione aziendale è di garantire un'equa offerta di servizi nel territorio al fine di consentire una presa in carico uniforme dei bisogni della popolazione.

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 diversi 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, nonchè 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 valore pubblico, performance e anticorruzione

Sottosezione - Valore pubblico

La sottosezione Valore pubblico è esplicitata nell'ambito della precedente sottosezione, mentre di seguito si rappresenta uno spaccato delle:

Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità

L'Azienda è da sempre impegnata a facilitare i cittadini ad approcciarsi ai servizi resi nell'ambito del territorio e garantire la più ampia accessibilità.

Gli sportelli amministrativi hanno una diffusione capillare nel territorio aziendale e l'attività è stata implementata con l'adozione della procedura "Sportello Amministrativo distrettuale online" che permette una completa accessibilità ai servizi anche da remoto.

Le attività socio-sanitarie e sanitarie, anch'esse dislocate in modo uniforme sul territorio, garantiscono un'adeguata soluzione alle richieste della cittadinanza, pur in un'ottica di efficientamento economico.

L'articolo 9, comma 7, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 stabilisce che, entro il 31 marzo di ogni anno, le Amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono obbligate a pubblicare, con cadenza annuale, gli Obiettivi di accessibilità nel proprio sito web.

L'Azienda, al fine di migliorare l'accessibilità digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, ha redatto, ai sensi dell'art.9, co. 7 del decreto legge 179/2012 gli obiettivi di accessibilità descritti nella tabella che segue:

Obiettivo	Breve descrizione dell'obiettivo	Intervento da realizzare	Tempi di adeguamento
Sito web istituzionale	Adeguamento ai criteri di accessibilità	Rivedere alcune parti e contenuti del sito web	31/12/2022
Sito web istituzionale	Analisi dell'usabilità	Programmare le attività di analisi secondo le specifiche AGID	31/12/2022
Sito web istituzionale	Sviluppo, o rifacimento, del sito Rivedere il layout ed alcune sezioni informative	Rivedere il layout ed alcune sezioni informative	31/12/2022

Sito intranet	Adeguamento ai criteri di accessibilità	Rivedere alcune parti e contenuti del sito web	31/12/2022
Sito intranet	Sviluppo, o rifacimento, del sito	Rivedere alcune sezioni informative	31/12/2022
Formazione informatica	Aspetti normativi	Approfondire e verificare le normative in vigore	31/12/2022
Organizzazione del lavoro	Miglioramento dell'iter di pubblicazione su web e ruoli redazionali	Rivisitazione ed ottimizzazione modalità di gestione dei contenuti del sito web	31/12/2022
Organizzazione del lavoro	Piano per l'utilizzo del telelavoro	Redazione e pubblicazione del Piano organizzativo del Lavoro Agile (POLA)	31/12/2022

Sottosezione performance

Questo ambito programmatico è predisposto secondo le logiche di *performance management*, di cui al Capo II del d.lgs. 150/2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo.

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;

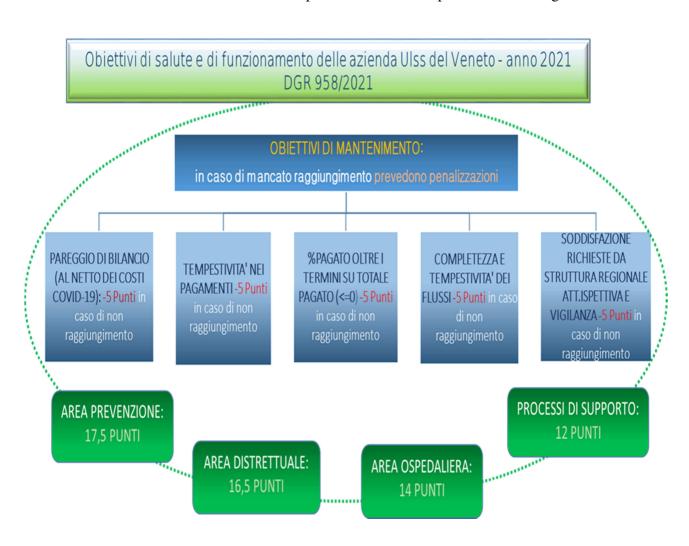
La programmazione è il processo decisionale attraverso il quale vengono stabilite le attività che l'azienda dovrà svolgere annualmente per attuare le strategie definite per conseguire gli obiettivi fissati in sede di pianificazione. La programmazione annuale si realizza attraverso il *Budget*.

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.).

- 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 2022, l'Azienda fa riferimento alla DGR 958/2021 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.



AREA PREVENZIONE:

ZIONE				17,
ntrollo del	le malattie infettive e parassitarie, inclusi i prograr	nmi vaccin	ali	12,
	Attuazione Nuovo Piano "Test e screening per	P.A.1.1	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giomalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	3
	SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei	P.A.1.2	Rafforzare le azioni di contact tracing	2
P.A.1	Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-	P.A.1.3	Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	1
	Sanitarie Territoriali" (DGR 727 del 08/06/2021,	P.A.1.4	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	4
	DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)	P.A.1.5	Efficienza nel processo vaccinale: utiilzzo della 7° dose vaccino Comimaty - BioNTech/Pfizer	0,5
P.A.2	Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato	P.A.2.1	Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età ≻= 60 anni	0,5
	nella DGR 1103 del 6/08/2020	P.A.2.2	Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	0,5
P.A.3	Rispetto degli standard di copertura per le	P.A.3.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	0,5
r.A.3	vaccinazioni	P.A.3.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,5
tela della s	alute e della sicurezza degli ambienti aperti e conf	inati		0,5
P.B.1	Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH- CLP)	P.B.1.1	Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei proditti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	0,5
veglianza,	prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei lu	ıoghi di lav		0,5
P.C.1	Contenimento della diffusione del virus SARS- CoV-2 negli ambienti di lavoro	P.C.1.1	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive	0,5
urezza alin	nentare – Tutela della salute dei consumatori			1
P.E 1	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci	P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	0,5
P.E.2	Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare	P.E.2.1	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	0,5
venzione	delle malattie croniche, inclusi la promozione di sti	li di vita sa	ani ed i programmi organizzati di screening	3
	P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening	P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	1
P.F.1		P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	1
		P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	1

AREA DISTRETTUALE:

	ETTUALE nitaria di base			16,5 1
ASSISTERIZA SA	nitaria di pase			
D.A.1	Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale	D.A.1.1	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	0,5
D.A.2	Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata	D.A.2.1	% MGI con valore IVAQ sufficiente (≥0,65)	0,5
Assistenza far	maceutica			1,5
D.C.1	Rispetto della programmazione regionale sui D.C.1 costi dei beni sanitari: farmaceutica	D.C.1.1	Limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2021	1
	convenzionata	D.C.1.2	Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	0,5
Assistenza Int	tegrativa			1
D.D.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa	D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa 2021	1
ssistenza spe	ecialistica ambulatoriale			8
D.E.1	Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25	D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	4
	giugno 2021)	D.E.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	2
D.E.2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	D.E.2.1	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di dasse B	1,5
D.E.3	Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN	D.E.3.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.	0,5
ssistenza Pro	otesica			1
D.F.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica	D.F.1.1	Costo pro capite per Assistenza Protesica 2021	1
Assistenza so	ciosanitaria domiciliare e territoriale			3,5
		D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	0,5
D.H.1	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI	D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	1
		D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	0,5
D.H.2	Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative	D.H.2.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	0,5
D.H.3	Sviluppo di iniziative per il potenziamento	D.H.3.1	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	0,5
	dell'assistenza psichiatrica territoriale	D.H.3.2	Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	0,5
ssistenza Dis	trettuale - Continuità ospedale-territorio			0,5
D.T.1	Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	D.T.1.1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	0,5

AREA OSPEDALIERA:

STENZA OSP	EDALIERA			14
Ricovero or	dinario per acuti			6
Attività di recupero delle prestazioni di ricovero O.B.1 non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)	O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	4	
		O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	2
Assistenza (Ospedaliera - obiettivi trasversali			8
		O.T.1.1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021	0,5
О.Т.1	O.T.1.2 Rispetto della programmazione regionale sui	O.T.1.2	Limite di Costo Dispositivi Medici 2021	0,5
	costi dei beni sanitari	O.T.1.3	Limite di Costo IVD 2021	0,5
	O.T.1.4	O.T.1.4	O.T.1.4 Rispetto dei limiti di costo per DPC 2021	0,5
	O.T.2.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	O.T.2.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	2
		O.T.2.2	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	1
О.Т.2		O.T.2.3	% di parti cesarei primari	1
		O.T.2.4	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post- operatoria inferiore a tre giorni	1
О.Т.3	Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	O.T.3.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	1

AREA PROCESSI DI SUPPORTO:

	ORTO			12
grammazi	one delle risorse			6
S.A.1	Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	Mantenimer
S.A.2	Efficienza finanziaria	S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	Mantenime
J.A.2	LITTLE TITALIZATIO	S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	Mantenime
S.A.3	Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19	S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	2
S.A.5	Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021	S.A.5.1	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	1
S.A.6	Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean	S.A.6.1	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attesa	1
5.71.0	management	S.A.6.2	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti	1
S.A.7	Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR	S.A.7.1	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	1
	tan a			-
S.B.1	Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQJ) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	0,5
	Attività propede utiche ad avvio SIO	S.B.2.1	Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	0,5
		S.B.2.2	Presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	0,5
S.B.2		S.B.2.3	Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	0,5
		S.B.2.4	Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti dinici c) Dati transazionali	0,5
		S.B.2.5	Adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonchè il rispetto delle tempistiche stabilite	0,5
		S.B.3.1	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP	0,5
S.B.3	Prenotazione online (interoperabilità)	S.B.3.2	Monitoraggio	0,5
3.0.3		S.B.3.3	Accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	0,5
		S.B.3.4	Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	0,5
S.B.4	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito	S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	Mantenime
parenza e	anticorruzione			1
S.E.1	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	1
etto delle	e direttive regionali			
S.F.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co.3 ter L.R. n. 21/2010)	S.F.1.1	% richieste puntualmente soddisfatte	Mantenime

- Gli obiettivi Strategici Aziendali del triennio 2022-2024

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 quando derivante dalla programmazione regionale, prioritari per garantire un'offerta sanitaria di eccellenza correlata ad una gestione efficiente delle risorse a disposizione.

L'Azienda ritiene di proseguire nelle linee di indirizzo intraprese confermando le aree di rilevanza strategica e linee di indirizzo, adottando però azioni trasversali.



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.

MIGLIORAMENTO ORGANIZZATIVO E INNOVAZIONE

 Specializzazione - Team specialistici- Integrazione dei servizi - Rete - Qualificazione dell'offerta -Sviluppo tecnologie biomedicali - Sistemi informativi

SICUREZZA, QUALITA' E APPROPRIATEZZA

 Presa in carico - Continutà delle cure - Esiti dell' assistenza - Accessibilità ai servizi - Qualità delle prestazioni - Omogeneità nei processi di lavoro - Gestione del rischio clinico - Strumenti operativi per la sicurezza del paziente

PERFORMANCE SANITARIE, RECUPERO ATTIVITA' SOSPESE

• Recupero attività - Riduzione tempi attesa e recupero liste galleggiamento - Telemedicina

EQUILIBRIO ECONOMICO E GOVERNO DELLE RISORSE

 Equilibrio economico e finanziario - Governo risorse umane - Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

COMUNICAZIONE, TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Comunicazione interna ed esterna - Accountability

Miglioramento Organizzativo e Innovazione

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 le differenze esistenti.

In particolare per l'anno 2022 vengono attuate modalità di **integrazione del personale in più ambiti di attività**, al fine di favorire la crescita professionale multispecialistica e ottimizzare 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

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 proseguire nell'impegno finalizzato allo sviluppo tecnologico e dei sistemi informativi a più livelli e trasversale a tutta l'Azienda. Continuerà il lavoro intrapreso nel 2021 per la predisposizione delle basi che porteranno all'implementazione del nuovo **SIO** (Sistema Informativo Ospedaliero) che coinvolgerà l'intera Azienda e i principali ambiti operativi.

L'azienda intende inoltre proseguire nelle azioni e nell'impegno di risorse per la **Cybersecurity.** 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 aziendale si ritiene necessario aumentare la sicurezza mediante opportuni investimenti tecnologici (sia di HW che di SW), attivare nuovi servizi sistemi di monitoraggio sulla rete e una ridefinizione delle strategie aziendali in tema di Cybersecurity. Le iniziative più rilevanti da sviluppare nel triennio e in particolare nel 2022 riguardano l'implementazione dei sistemi di Backup dei dati, l'adeguamento dei sistemi di autenticazione agli accessi delle banche dati e la sicurezza degli accessi da remoto. Parallelamente verranno sviluppati nuovi sistemi di monitoraggio della rete e dei server aziendali, nuove infrastrutture server per la Business Continuity e il Disaster Recovery e un nuovo Cyber Security Gap Assessment.

Proseguono anche per il triennio 2022-2024 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).

Continua anche per i processi amministrativi una rivisitazione prevedendo anche un progressivo allineamento dei vari sistemi informatici presenti attualmente in Azienda.

AREA STRATEGICA		OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	AREE INTERESSATE	INDICATORE
			1.1.1	Definire la nuova organizzazione all'interno di ogni U.O (Attività- Risorse) e darne attuazione.	enzione/Amministrativi	Nuovo ospedale di Montecchio, Riorganizzazioni per spostamenti Breast-Psichiatria, Riorganizzazione Serd - Trasferimento Centro Trapianti, Trasferimento Endocrinologia, Riorganizzazione attività FKT presidio di Noventa, Attivazione URT Lonigo,
1. Miglioramento organizzativo e innovazione	1.1	Attuare nuove organizzazioni	1.1.2	Attuare una specializzazione dell'attività prodotta	Ospedale/Territorio	Organizzazione dell'offerta a regime, Programmazione integrata attività di elettrofisiologia ed emodinamica, Revisione attività linfodrenaggio e riabilitazione pavimento pelvico, Specializzazione attività pediatrica, Anestesia organizzazione equipe per specializzazione professionali.
			1.1.3	Sviluppo reti cliniche e di Team specialistici	Ospedale/Territorio	Proposta ed attuazione Assistenza pediatrica domiciliare, Team radiologia pediatrica
1. Miglioramento organizzativo e innovazione	1.2	Uniformare a livello Aziendale i processi e/o i percorsi	121	Omogeneizzare procedure/ processi		Procedure/Percorsi definiti e attuati (PDTA lesioni cutanee neoplastiche, Assistenza paziente chirurgico geriatrico,Riorganizzazione accessi dal Pronto Soccorso e prericovero per chirurgie, IORT, Percorso cure fine vita, Progetto Trend Aree Mediche - Chirugiche - Riabilitazione, Ambulatori Post Covid,Percorso Stroke, Procedura pereducazione/affiancamento caregiver in pazienti complessi in dimissione, Gestione integrta del percorso per pazienti ambulatoriali con richieste multiple, Percorso aziendale Emergenza nucleare, Percorso nascita integrazione Ospedale e Territorio)
			1.3.1	A regime tutte le acquisizioni/interventi previsti nel piano degli investimenti	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	% Acquisti e Lavori previsti nel Piano Investimenti
		Adeguare le risorse	1.3.2	Potenziare l'infrastruttura informatica e gli applicativi aziendali e loro interconnessioni	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	% interventi effettuati
Miglioramento organizzativo e innovazione	1.3	strutturali, tecnologiche e dei sistemi informativi alla nuova organizzazione e al	1.3.3	Obiettivi - Sanità Digitale: Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale
		fabbisogno aziendale		Nuovo Sistema Informativo Territoriale a regime	Territorio	Implementazione nuovo sistema informatico
		-	1.3.4	Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)	Ospedale	(Implementazione nuovo sistema informatico) Partecipazione ai gruppi di lavoro in vista dell'avvio

Sicurezza, qualità e appropriatezza

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

Nel corso del 2022 verranno sviluppati due filoni legati all'assistenza in particolare l'Azienda si concentrerà sugli **esiti sensibili all'assistenza infermieristica** sviluppando due tematiche: l'analisi e la revisione del ruolo dell'OSS e la mappatura dei processi decisionali, gestionali e di sorveglianza inerenti l'utilizzo di device.

L'inserimento della figura dell'OSS nell'organizzazione dell'assistenza ha comportato una modifica dei team assistenziali sia in termini di skill mix che di modelli organizzativi con l'evidenza che gli OSS sono fortemente coinvolti in attività di assistenza diretta alla persona, anche in situazioni ad alta complessità.

Rilevante rimane inoltre la tematica delle infezioni correlate all'assistenza con l'esigenza di mappare i processi decisionali, gestionali e di sorveglianza legati alla gestione di device (in particolare cateteri vescicali e cateteri vascolari).

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 2022 riguarderanno l'urgenza radiologica e l'efficientamento **nell'utilizzo dei posti letto** dedicati all'urgenza riferiti all'area medica e all'area chirurgica.

L'azienda promuove 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.

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.

AREA STRATEGICA		OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO OPERATIVO	AREE INTERESSATE	INDICATORE
2. Sicurezza, qualità e appropriatezza	2.1	Migliorare la presa in carico del paziente e gli esiti delle cure	2.1.1	Migliorare la presa in carico del paziente	Ospedale	Presa in carico paziente ambulatoriale cronico,Procedure diagnostiche/Interventistiche in urgenza, Gestione ricoveri urgenti, Percorso di gestione /refertazione multidisciplinare per pazienti ricoverati complessi con più consulenze specialistiche, Percorso paziente da sottoporre a revisione protesica, Peg percorso di presa in carico, Istruzione operativa aziendale per l'impiego di medicazioni per pazienti seguiti dal PICC team, Assistenza paziente fragile in Pronto Soccorso
			2.1.2	Gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica	Ospedale	Analisi e revisione del ruolo dell'OSS nel sistema di cure infermieristiche e degli esiti sensibili all'assistenza infermieristica
			2.1.2	un estu sensibili ali assistenza ililei ililei isuca	Ospedale	Mappatura dei processi decisionali, gestionali e di sorveglianza inerenti l'utilizzo di device e relativi agli Esiti Sensibili all'Assistenza Infermieristica
2. Sicurezza, qualità e appropriatezza	2.2	Governare l'appropriatezza clinica, prescrittiva e gestionale	2.2.1	Aderenza alle Disposizioni Operative per l'Attività di Pronto Soccorso (DGR 1513/2014); DR 119/2018	Ospedale	Pronto Soccorso Geriatrico - Attivazione disposizioni DR 119 - Garanzia dei posti letto in area medica e chirurgica
		Continuità delle cure e	2.3.1	Migliorare il processo di dimissione protetta/Integrazione Ospedale - Territorio - ADI - Cure palliative	Ospedale/Territorio	Attivazione del Protocollo delle dimissioni protette: definire il percorso e omogeneizzare le modalità di dimissione e l'ingresso nelle rete dei Servizi Territoriali; Integrazione delle funzioni della Centrale Operativa territoriale: completamento del percorso per l'accesso e la transizione nelle varie fasi assistenziali dei pazienti fra Ospedale, domicilio, Strutture intermedie e Centri Sevizi; Adeguamento agli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 Cure domiciliari
2. Sicurezza, qualità e	2.3	integrazione ospedale e			Ospedale/Territorio	Indicatori relativi all'assistenza domiciliare/Cure palliative
appropriatezza		territorio: migliorare la presa in carico del paziente	2.3.2	Adeguamento della organizzazione delle Cure Primarie agli indirizzi previsti dalla normativa vigente	Territorio	Monitoraggio piano triennale delle Medicine di rete e delle Medicine di Gruppo ex ACN
			2.3.3	Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla LR n. 23/2012 DGR 1714/2017	Ospedale/Territorio	Attivazione a regime PL ODC- URT - Hospice
			2.3.4	Implementare le nuove unità di offerta in ambito della Salute Mentale	Ospedale/Territorio	Attivazione a regime
			2.3.5	Definire percorsi condivisi tra medici ospedalieri e Medici Convenzionati	Ospedale/Territorio	Protocolli / Linee guida

2. Sicurezza, qualità e	2.4	Promuovere la Prevenzione	2.4.1	Raggiungere i target previsti : Screening e Vaccinazioni	Ospedale/Territorio	% di adesione
appropriatezza	2.4	Profitativere la Prevenzione	2.4.2	Piena implementazione attività di Sorveglianza PFAS	Ospedale/Territorio	Attivazione a regime
2. Sicurezza, qualità e appropriatezza	2.5	Migliorare la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente	2.5.1	Risk management: manuale sicurezza sala operatoria, raccomandazione sicurezza dei farmaci, raccomandazione prevenzione suicidio, sorveglianza sito chirurgico, revisione procedura MDR, Infezione correlate alle pratiche assistenziali: Sicurezza trasfusioni e buon uso del sangue e degli emoderivati; PNCAR MINISTERIALE 2017/2020 (report mensili germi sentinella, stewardship, percorso sepsi, consumo	enzione/ Amministrativi Ospedale/Territorio/Dip Prev	A regime in base a un piano di attivita
				Gestione COVID e approccio alle pandemie, percorsi organizzativi clinico assistenziali e misure di contenimento in ottica di integrazione ospedale territorio.	l enzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività

Performance sanitarie, recupero attività sospese

L'Azienda nel 2021 ha attenuto 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 2022 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 conseguimeto 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).

3. Le performace sanitarie, recupero	3.1	Indicatori di esito	3.1.1	Mantenere e migliorare le performance sanitarie rispetto agli indicatori di esito nazionali e/o regionali (Agenas, MES) - Appropriatezza delle cure ospedaliere (Indicatori patto per la salute 2010-2012; Indicatori S Anna)	l Ospedale/Territorio	Aderenza agli standard previsti in particolar modo nelle aree considerate nella Treemap
attività sospese	2.1	Recupero delle attività sospese e mantenimento volumi	321	Tempi di Attesa prestazioni ambulatoriali e Interventi Chirurgici (Oncologici/Altri)	Ospedale	% tempi di attesa garantiti nei termini previsto
	3.2		3.2.2	Recupero Sospeso e Volumi prodotti come da piano operativo aziendale	Ospedale	Recupero volumi attività Pre-covid e prestazioni sospese

Equilibrio economico e governo delle risorse

L'Azienda intende perseguire il sostanziale equilibrio economico-finanziario nel bilancio anche per l'anno 2022 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 della nuova Azienda (oltre 6.000 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 2022 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'Azienda ritiene importante un monitoraggio attento del prescrittivo in ambito farmaceutico per risolvere e migliorare situazione di appropriatezza e dispersioni.

L'impiego di ingenti risorse economiche infatti 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.

Viene riproposto l'obiettivo aziendale per l'esercizio 2022 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 a 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 ha iniziato lo sviluppo di percorsi di innovazione e digitalizzazione dei Servizi.

Obiettivi specifici per l'Azienda sono la messa a regime del sistema di incasso digitale tramite MYPAY per tutte le prestazioni erogate e l'avvio dell'Ordine e della liquidazione digitale per la dematerializzazione progressiva l'intero ciclo passivo. In evidenza inoltre lo sviluppo di sistemi di conservazione digitale di documenti analogici contabili.

Sempre nell'ambito dei percorsi di digitalizzazione prosegue l'integrazione dei sistemi gestionali contabili 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 2022 l'implementazione e il monitoraggio di alcuni processi aziendali quali l'assistenza protesica, le prestazioni di specialistica ambulatoriale interna, la formazione del personale e l'attività di ispezione veterinaria, con particolare attenzione ai rischi corruttivi eventualmente presenti.

			4.2.1	Migliorare il processo di programmazione dei fabbisogni dei beni e servizi e le procedure di approvviggionamento	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività
			4.2.2	Migliorare il Saldo di mobilità Intra ed Extra regione	Ospedale	Obiettivi definiti a livello regionale
			4.2.3	Equilibrio Economico-Finanziario e rispetto dei limiti di costo	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale
			4.2.4	Indicatori di appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Ospedale/Territorio	% di appropriatezza trattamenti con PPI, EBPM, farmaci Biologici, Farmaci ad alto costo
4. Equilibrio oconomico		Consolidare la gestione delle risorse finanziarie e i relativi sistemi di controllo	4.2.5	Migliorare il controllo del ciclo passivo : Controllo - Liquidazione- Pagamenti	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività
4. Equilibrio economico	4.2		4.2.6	Sviluppare il Sistema di Controllo Interno	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività
e governo delle risorse			4.2.7	Internalizzare e razionalizzare acquisti di prestazioni sanitarie da altre Aziende	Ospedale /Amministrativi	Centralizzazione delle richieste e internalizzazione
			4.2.8	Sviluppare il cruscotto direzionale	Amministrativi	A regime in base a un piano di attività
			4.2.9	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale
			4.2.10	Qualità dei Flussi aziendali	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	Obiettivi definiti a livello regionale
			4.2.11	Percorsi di innovazione e digitalizzazione dei Servizi Amministrativi	Amministrativi	Implementazione del sistema di incasso MYPAY/ l'avvio dell'Ordine Digitale/conservazione digitale documenti analogici

Comunicazione, trasparenza e anticorruzione

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.

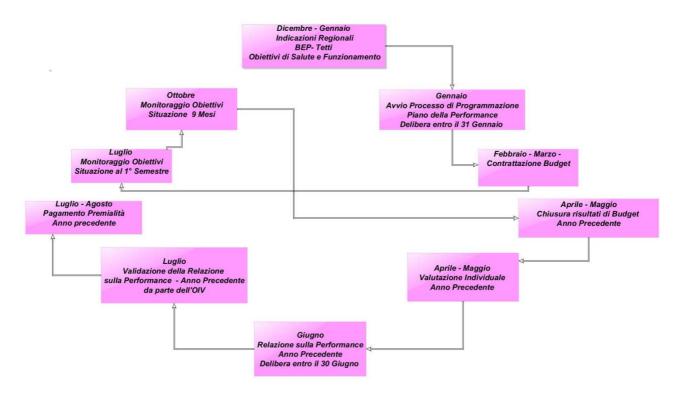
Obiettivo per il 2022 è lo sviluppo di uno strumento dinamico di comunicazione attraverso il quale l'Azienda rende nota ed implementa la qualità dei servizi erogati secondo un **Format** condiviso Aziendale. Il Format verrà utilizzato dalle diverse Aree aziendali per una progressiva omogeneizzazione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

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.

5. Comunicazione, trasparenza e anticorruzione	5.1	Sviluppare la comunicazione interna ed esterna e garantire l'accesso alle informazioni	5.1.1	Sviluppare strategie di comunicazione		Format procedure e processi condiviso a livello aziendale A regime in base a un piano di attività
			5.1.2	Applicare la normativa sulla privacy	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività
5. Comunicazione, trasparenza e anticorruzione	5.2	Migliorare la trasparenza delle attività aziendali e l'immagine dell'azienda nel territorio	5.2.1	Applicare la normativa sulla trasparenza	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	A regime in base a un piano di attività
5. Comunicazione, trasparenza e anticorruzione	5.3	Adottare tutte le misure necessarie per prevenire fenomeni corruttivi	531	Attuare le attività di sviluppo del percorso di Prevenzione della Corruzione (D.Lgs. 190/2012)	Ospedale/Territorio/Dip.Prev enzione/ Amministrativi	A regime in base Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

- 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 (**Piano della 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 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.).

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.

Sottosezione rischi corruttivi e trasparenza

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

Rischio corruttivo in sanità

Il tema della legalità e quello speculare della corruzione, sono di grande attualità e coinvolgono tutte le istituzioni e i vari settori sociali mettendo in luce che le scarse risorse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole.

Per quanto si tratti di un fenomeno apparentemente invisibile, la letteratura fornisce stime sul peso dell'illegalità anche nel settore della tutela della salute. Secondo la "Rete europea contro le frodi e la corruzione nel sistema sanitario", in Europa i fenomeni di corruzione in sanità pesano per il 5,6% dei fondi destinati a questi servizi. Un dato allarmante e, di conseguenza, un ulteriore stimolo a rinforzare la lotta contro un modello negativo, che si insinua in diverse forme nel nostro sistema sanitario, dagli appalti all'abusivismo professionale e alle liste per i pagamenti ai fornitori.

La corruzione danneggia inevitabilmente la credibilità del sistema, disincentivando gli investimenti e frenando lo sviluppo economico. La corruzione ha, infatti, un costo elevato per i nostri sistemi, ancor più gravoso in tempi di crisi e di dolorose rinunce; d'altra parte, l'illegalità produce effetti non solo economici, ma anche sulla salute delle popolazioni, che minano la fiducia nel sistema di tutela della salute.

Il contrasto all'illegalità nel settore sociale e sanitario costituisce un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche ed i professionisti del settore, soprattutto in un momento di grave crisi economica e sociale.

La sanità è una rete naturalmente esposta a fenomeni opportunistici, poiché è uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica.

Le grandi quantità di denaro, infatti, sono tendenzialmente esposte a condizionamenti impropri: spese inutili, contratti conclusi senza gara, gare svolte in modo illegale, assunzioni e inquadramenti irregolari, abusi nella prescrizione di farmaci, inadempimenti e irregolarità nell'esecuzione dei lavori e nella fornitura di beni. Il sistema di tutela della salute è una potente rete di relazioni, di professionisti, di persone, di imprese, di associazioni, di istituzioni, di regole, di convenzioni, di energie, di capacità, una rete il cui funzionamento dipende dalla capacità di tutti i soggetti che la costituiscono a partecipare e operare con equilibrio e trasparenza, conciliando, tramite le regole del settore pubblico, il sistema di valori di ciascuno con la miriade di interessi coinvolti.

Il cittadino e l'operatore sanitario non sempre hanno una perfetta e completa informazione su che cosa sia e su come funziona la "salute". L'essere umano è una macchina complessa e ci vogliono anni di studio ed esperienza per acquisire le competenze professionali necessarie; analogamente complessi sono il funzionamento della medicina e la struttura delle organizzazioni sanitarie. Esiste, quindi, un divario di informazioni e conoscenze che sta alla base del patto di fiducia tra pazienti, professionisti e gestori dei servizi, una situazione che però favorisce chi vuole sfruttare questo divario per mettere in atto comportamenti scorretti.

I fenomeni di maladministration incidono negativamente sulla qualità dei servizi erogati e sulla relazione di fiducia medico – paziente.

Secondo un rapporto di Transparency Intenational Italia "La corruzione prospera nella combinazione tra "questione morale" e "opportunità criminali", che proprio nella sanità sono maggiorate da elementi peculiari di settore che facilitano la commissione del reato o perlomeno riducono le capacità di controllo previste dal sistema.

Si legge che quantificare il fenomeno della corruzione in ambito sanitario è molto difficile. Negli ultimi anni, la Corte dei Conti ha più volte sottolineato come in sanità "si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo".

Come suddetto, il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità è del 5,6%, con un intervallo che varia tra il 3,3% ed il 10%, in linea con i dati forniti dalla "Rete europea contro le frodi e la corruzione nel sistema sanitario". Per la sanità italiana, che vale circa 110 miliardi di euro annui, questo si tradurrebbe in circa 6 miliardi di euro sottratti alle cure per i malati, rendendo di fatto il SSN inaccessibile ad una quota sempre più alta di persone e famiglie.

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.

Il Sistema prevenzione della gestione illecita delle risorse del PNRR

Tra le priorità dell'Azienda, responsabile per quanto di specifica competenza, dell'attuazione delle misure contenute nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, vi è quella di prevenire

che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziate sia immune a gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitti di interessi, frodi e corruzione.

E' quindi tenuta a svolgere controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese e ad adottare tutte le misure necessarie a prevenire, correggere e sanzionare le eventuali irregolarità e gli indebiti utilizzi delle risorse. E' chiamata ad adottare tutte le iniziative necessarie a prevenire le frodi, i conflitti di interesse ed evitare il rischio del doppio finanziamento pubblico degli interventi.

Si dovrà assicurare la completa tracciabilità delle operazioni e la tenuta di una contabilità separata per l'utilizzo delle risorse del PNRR. A tal proposito, l'art. 7, comma 8, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, prevede la possibilità di stipulare specifici protocolli d'intesa con il Corpo della Guardia di Finanza senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. A questo proposito i competenti uffici tecnici e amministrativi sono già stati interessati a questa misura in modo che un accompagnamento possa aiutare il sistema prevenzione e controllo.

Tutti gli atti, i contratti ed i provvedimenti di spesa adottati dalle Amministrazioni responsabili dell'attuazione degli interventi sono sottoposti ai controlli di legalità e ai controlli amministrativo-contabili previsti dalla legislazione nazionale. Le stesse sono tenute, pertanto, a conservare la relativa documentazione giustificativa su supporti informatici adeguati in modo da renderli disponibili per le attività di controllo e di *audit*.

Un ruolo di monitoraggio sulle attività svolte nell'ambito della **programmazione degli interventi del PNRR** e della prevenzione delle attività illecite è svolto, inoltre, come di consueto, anche dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), sulla base delle competenze in materia stabilite dalla legge.

In considerazione della specificità dello strumento finanziario ed in linea con quanto raccomandato dalla Commissione europea, il PNRR prevede verifiche aggiuntive rispetto all'ordinario e vigente controllo amministrativo stabilito dalla regolamentazione nazionale per l'utilizzo delle risorse finanziarie assegnate. L'intero "sistema" di verifica del PNRR è ispirato, infatti, ai sistemi di controllo dei fondi strutturali europei ed è orientato alla prevenzione, individuazione e contrasto delle gravi irregolarità sopra richiamate.

Nell'attuazione del PNRR sono applicate le normative in materia di corruzione e il riferimento legislativo nazionale sul tema è rappresentato dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Tale disposizione individua, in ambito nazionale, l'Autorità nazionale anticorruzione e gli altri organi incaricati di svolgere, con modalità tali da assicurare un'azione coordinata, le attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione.

Si ritiene qui ricordare alcune normative per un pronto riferimento:

- il D.lgs. n. 33 del 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" volto ad assicurare l'accesso da parte dei cittadini alle informazioni concernenti l'operato delle pubbliche amministrazioni;
- il D.lgs. n. 39 del 2013 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", che riguarda il conferimento degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni

- e gli enti di diritto privato in controllo pubblico, al fine di evitare situazioni anche potenziali di conflitti di interesse:
- il D.P.R. n. 62 del 2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" il quale statuisce le regole a cui i dipendenti delle pubbliche amministrazioni devono conformarsi al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione ed il rispetto dei doveri di diligenza (due diligence).
- Il D.lgs. n. 50 del 2016 "Codice dei contratti pubblici" che disciplina i contratti di appalto e di concessione delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori aventi ad oggetto l'acquisizione di servizi, forniture, lavori e opere, nonché i concorsi pubblici di progettazione.

Quest'ultimo è stato modificato anche dai decreti legge concernenti la pianificazione strutturale della macchina amministrativa per l'attuazione PNRR, per operare alcune semplificazioni in determinati ambiti ai fini di una più efficace attuazione del Piano, pur rimanendo invariato l'impianto sui controlli da effettuare per la gestione degli appalti.

- La mappatura dei processi - proposte e implementazione

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 componenti 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 intenzione di rivedere la mappatura dei processi aziendali con la prospettiva di adeguarla alle indicazioni dell'ANAC.

Si prevede di utilizzare l'approccio indicato dall'Autorità nell'allegato 1 al PNA 2019, identificando i processi aziendali attraverso l'implementazione dell'elenco già a disposizione e pubblicato nel sito web con la collaborazione dei responsabili dei processi stessi.

L'identificazione dei processi è il primo passo per uno svolgimento corretto della mappatura e consiste nell'identificazione dell'elenco dei processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive.

Dopo la loro individuazione, con la stessa modalità collaborativa dei responsabili dei servizi, sarà dunque necessario descrivere i processi non ancora implementati ed individuare quelli con più alto rischio corruttivo e che necessitano controlli e approfondimenti più dettagliati.

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**.

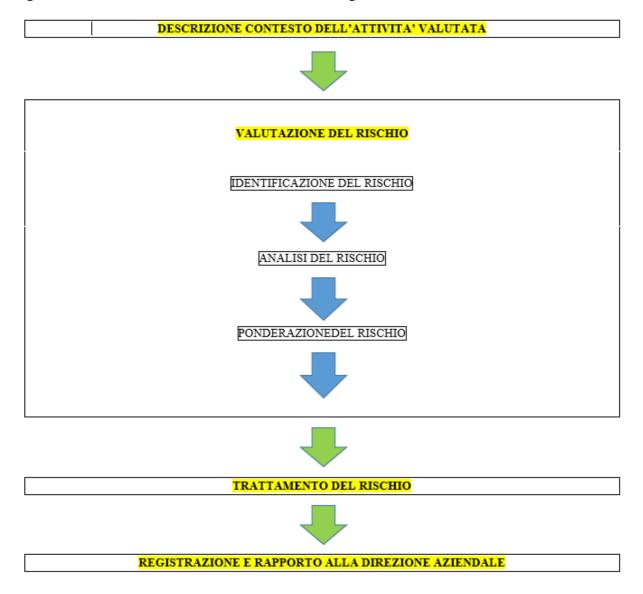
- Mappatura dei processi a rischio di corruzione link www.aulss8.veneto.it/nodo.php/4088
- Valutazione dei rischi corruttivi aree generali e specifiche in sanità e progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

La valutazione del rischio è la fase del processo 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.

L'attività di valutazione, all'attività di mappatura, sarà supportata in un a prima fase dalla scheda di seguito riportata "Probabilità/Impatto", compilata per ciascun processo e propedeutica alla fase di valutazione.

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

Come detto, tra i processi mappati è necessario valutare quelli con il più elevato rischio corruttivo seguendo il flusso di attività indicato nella tabella seguente:



Identificazione del rischio

Dopo aver descritto l'attività del processo è necessario passare all'identificazione del rischio o degli eventuali eventi rischiosi, con l'obiettivo di individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi mappati e che possono concretizzarsi in un fenomeno corruttivo con la precisazione che la corruzione indica, in senso generico, la condotta di un soggetto che, in cambio di denaro oppure di altre utilità e/o vantaggi, agisce contro i propri doveri ed obblighi, ma la definizione proposta dall'ANAC va intesa in modo più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la Pubblica Amministrazione, e comprende la *maladministration* intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse comune a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Quindi atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la cura dell'interesse pubblico.

L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi.

Analisi del rischio

L'obiettivo dell'analisi del rischio è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati attraverso l'analisi dei fattori, all'interno del contesto dell'attività valutata, che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. L'analisi di questi fattori, cosiddetti "abilitanti" consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, le azioni di miglioramento più appropriate per prevenire i rischi. A titolo esemplificativo, tra i fattori "abilitanti" si possono citare la mancanza di trasparenza, l'eccessiva regolamentazione e scarsa chiarezza della normativa, l'esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto, la scarsa responsabilità interna e l'inadeguatezza delle competenze del personale addetto ai processi.

Ponderazione del rischio

La ponderazione del rischio ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione dei processi al rischio corruttivo, considerando le priorità dell'organizzazione ed il contesto in cui opera.

La ponderazione può portare anche alla decisione di non sottoporre il processo ad un ulteriore trattamento, limitandosi a mantenere attive e monitorate le misure già esistenti con la consapevolezza che il rischio residuo non può mai essere azzerato e l'attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio residuo ad un livello quanto più prossimo allo zero.

Trattamento del rischio

Nella fase di trattamento sono individuati i correttivi e le modalità ritenute idonee per la prevenzione dei rischi corruttivi, in base alle valutazioni precedenti, con la progettazione di misure specifiche e puntuali avendo cura di contemperare la sostenibilità dell'implementazione e della fase di controllo e monitoraggio.

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

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 31dicembre
Azione G2	Codice di comportamento	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza Direttore UOC Affari Generali Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Monitoraggio degli effetti del Codice di Comportamento in collaborazione con l'UPD	Entro 31dicembre
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	Entro 31dicembre
Azione G5	Accesso Civico Generalizzato Accesso Civico Accesso Documentale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza Direttore UOC Affari Generali Responsabile URP	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 Entro 31dicembre
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 Entro 31dicembre
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 Entro 31dicembre
Azione G9	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	Controllo di particolari situazione e misure conseguenti	Entro 31 dicembre
Azione S4	Rapporti con i soggetti erogatori di servizi accreditati	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale Direttore della UOC Direzione Amministrativa dell'Ospedale Direttori delle UUOCC Disabilità e Non Autosufficienza	Applicazione delle modalità di controllo degli accordi contrattuali e contratti Istituzioni team di verifica per controllo qualità	Entro 31 dicembre
Azione S5	Misure per l'alienazione degli immobili	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Affari Generali 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	Controllo effetti dell'adozione del nuovo regolamento sulla base delle linee guida ANAC Pubblicazione, almeno semestrale, dell'elenco di professionisti	Entro 31 dicembre
Azione S7	Sperimentazioni cliniche. Proposta di ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni cliniche e criteri per la ripartizione dei proventi. Sponsorizzazioni	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Direzione Amministrativo dell'Ospedale	Verifica sull'applicazione nuovo regolamento sulle sperimentazioni cliniche e pubblicazione risultanze Verifica applicazione nuovo regolamento sulle sponsorizzazioni e pubblicazione risultanze	Entro 31 dicembre
Azione S8	Comodati d'uso/ valutazione "in prova"	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Responsabile UOS Ingegneria Clinica	Verifica degli esiti applicazione della procedura	Entro 31 dicembre
Azione S9	Misure per la trasparenza, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Direzione Amministrativa dell'Ospedale	Verifica degli esiti del monitoraggio e del nuovo Piano Attuativo 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 S10	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 S11	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Medicina Legale Direttori UUOOCC Direzioni Mediche	Verifica degli esiti del monitoraggio del nuovo regolamento	Entro 31 dicembre
Azione S12	Gestione Sinistri e rischio clinico	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza Direttore UOC Affari Generali Responsabile UOS Rischio Clinico	Verifica degli esiti del monitoraggio in merito alla procedura per la gestione dei sinistri e rischio clinico Rispetto degli obblighi in tema di anticorruzione e trasparenza	Entro 31 dicembre

Azione S13	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
---------------	------------------------	---	---	----------------------

Infine, si prevedono le seguenti azioni di carattere specifico per la sanità, condivise con il Servizio Internal Auditing (SIA):

Azione	Attività	Responsabili	Valore Atteso	Tempi
Azione SIA1	Prestazioni di specialistica ambulatoriale interna	Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza Responsabile Internal Audit Direttore Direzione Amministrativa Territoriale Convenzioni e Privati Accreditati Responsabile UOS Poliambulatori extraospedalieri	Esame dei processi, valutazione e misure di miglioramento	Entro 31 dicembre
Azione SIA2	Assistenza Protesica	Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza Responsabile Internal Audit Direttore UOC Farmaceutica Territoriale e Assistenza Protesica	Esame dei processi, valutazione e misure di miglioramento	Entro 31 dicembre
Azione SIA3	Gestione contratto in outsourcing (pulizie)	Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza Responsabile Internal Audit Direttore UOC Direzione Medica Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Esame dei processi, valutazione e misure di miglioramento	Entro 31 dicembre

Azione SIA4	Formazione del personale	Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza Responsabile Internal Audit Direttore UOC Gestione Risorse Umane e Formazione	Esame dei processi, valutazione e misure di miglioramento	Entro 31 dicembre
Azione SIA5	Ispezione veterinaria	Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza Responsabile Internal Audit Direttori UU.OO.CC. Direttori UU.OO.CC. Servizi Veterinari del Dipartimento di Prevenzione	Esame dei processi, valutazione e misure di miglioramento	Entro 31 dicembre

- Monitoraggio sull'attuazione delle misure

Per l'area della prevenzione della corruzione e della trasparenza il processo di monitoraggio e riesame, nel corso dell'anno ed alla fine del medesimo, è un momento fondamentale per analizzare periodicamente l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e determinare l'eventuale necessità di ulteriori azioni, anche di modifica e/o integrazione del sistema stesso.

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.

La Legge 190/2012 prevede che il RPCT provveda alla verifica dell'efficace attuazione delle misure proposte e della loro idoneità, nonché a proporre la modifica delle stesse quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione o modifiche normative.

L'attività di riesame delle misure può comportare, in particolare, la revisione di alcune di esse, con riferimento alla gestione del rischio, riprogrammando le azioni relative a tutti gli aspetti necessari a ridurre il rischio.

Il monitoraggio di primo livello può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili dei servizi aziendali che hanno la responsabilità di attuare le misure proposte, che saranno comunque chiamati a fornire al RPCT evidenze concrete della loro effettiva adozione.

Il monitoraggio di secondo livello è attuato dal RPCT, coadiuvato dagli altri organi di controllo interno ed in particolare, come già detto, dall'Ufficio Internal Auditing.

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.

Allo scopo sono state prodotte schede di supporto in uso dal 2019.

- Trasparenza e accesso civico

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, 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.

Si veda pubblicazione:

• Allegato 1 - Obblighi di pubblicazione link www.aulss8.veneto.it/nodo.php/4088

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. del 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 2022 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 organizzazione e capitale umano

L'organizzazione del lavoro agile.

Condizione fondamentale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile è che non vi siano inefficienze che creino pregiudizio per i cittadini e che l'erogazione dei servizi avvenga con regolarità, continuità ed efficienza.

L'Azienda persegue l'obiettivo di aumentare il livello quali-quantitativo dei servizi resi, valorizzando il ruolo di *team* caratterizzati dall'intercambiabilità e della flessibilità operativa dei componenti. Tenuto conto di quanto sopra enunciato, l'Azienda ha pertanto preliminarmente individuato le aree di attività che consentono di lavorare da remoto, permettendo l'attivazione dello smart working (su richiesta del lavoratore) nelle sole Unità Operative ove tali aree di attività siano presenti.

Aree di attività:

- Segreteria
- Gestione agende
- Gestione/smistamento protocollo della U.O.
- Gestione telefonate
- Formazione
- Riunioni da remoto
- Stesura note/atti
- Stesura protocolli/regolamenti
- Programmazione attività
- Inserimento dati
- Rendicontazione
- Liquidazioni

Inoltre, sempre al fine di aumentare il livello quali-quantitativo dei servizi resi, le Unità Operative che intendono attivare lo smart working sono tenute a predisporre un piano per lo smaltimento del lavoro arretrato o ad attestare che non vi sono pratiche/attività arretrate.

L'Azienda garantisce il lavoro agile nei termini previsti dalla normativa vigente, con riferimento alle aree di attività suindicate e con un volume di attività funzionale a tale tipologia di lavoro. Garantisce altresì un'adeguata rotazione del personale che può prestare servizio in modalità agile e che ne fa richiesta, garantendo la prevalente presenza in servizio per ciascun lavoratore. Ferma restando la gestione dei rapporti di lavoro durante il periodo emergenziale (da Covid 19), lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile non può superare i due giorni a settimana definiti in base alle esigenze di servizio e non cumulabili per i mesi successivi. Le giornate, sempre nel limite massimo di due a settimana, possono anche variare, sia di quantità che di cadenza, purché in accordo con il Responsabile.

Al fine dell'attivazione del lavoro agile è necessaria la sottoscrizione dell'accordo individuale secondo uno schema predefinito, che dovrà essere trasmesso all'U.O.C. Gestione Risorse Umane per l'approvazione e per gli ulteriori seguiti di competenza.

Al fine di operare delle scelte funzionali al buon funzionamento dell'Azienda e per garantire l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa e la qualità delle prestazioni rese all'utenza, si ritiene che la misura organizzativa del lavoro agile non sia attuabile per il personale con qualifica dirigenziale, per il personale che svolge attività di natura sanitaria/di supporto all'assistenza e socio-sanitaria ed per il personale che svolge esclusivamente attività di sportello e ricevimento utenti (front office).

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 saranno dotate di PC portatili da utilizzare a rotazione da parte dei lavoratori in smart working, con caratteristiche tali da rendere possibile l'accesso alle varie procedure aziendali attraverso lo strumento WAF. La connettività rimane a carico del lavoratore.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale

Con riferimento ai dati ed alle informazioni da fornire rispetto al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, si rinvia alla Deliberazione del Direttore Generale n. 275 del 18.02.2022 reperibile al seguente link www.aulss8.veneto.it/nodo.php/3477 seguendo il percorso "Amministrazione Trasparente-Provvedimenti-Provvedimenti organi indirizzo politico".

Sezione monitoraggio

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle sezioni precedenti, nonché i soggetti responsabili.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del d.lgs.150/2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC.

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

Valore pubblico→Direzione Aziendale Performance→Relazione sulla performance OIV Anticorruzione→Indicazioni di ANAC Organizzazione e capitale umano→OIV su base triennale