

REGIONE DEL VENETO



ULSS3  
SERENISSIMA

P I A O 2026  
2028

# Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

*Scansiona per visualizzare il  
documento pubblicato in  
Amministrazione Trasparente*



## Sommario

Sommario .....	2
1 SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA .....	4
1.1 Il territorio e la popolazione .....	4
1.2 L'attività.....	9
1.2.1 L'assistenza ospedaliera .....	9
1.2.2 L'assistenza distrettuale .....	12
1.2.3 Il Dipartimento di Prevenzione.....	18
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....	21
2.1 Valore Pubblico.....	22
2.1.1 Linee strategiche e obiettivi per la creazione di Valore Pubblico .....	22
2.1.2 Efficientamento energetico e rispetto per l'ambiente.....	24
2.1.3 Digitalizzazione e accessibilità ai servizi .....	25
2.1.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. ....	26
2.1.5 Azioni positive: pari opportunità e benessere organizzativo .....	27
2.2 Performance .....	31
2.2.1 Le linee strategiche e gli obiettivi.....	31
2.2.2 Il Documento di Direttive .....	33
2.2.3 Il sistema di programmazione e verifica dei risultati.....	41
2.2.4 Raccordo tra le Sezioni Performance e Rischi corruttivi e Trasparenza .....	44
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	45
2.3.1 Soggetti: compiti e responsabilità .....	46
2.3.2 Processo di predisposizione della Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza.....	51
2.3.3 Obiettivi .....	52
2.3.4 Analisi del contesto .....	55
2.3.5 Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza .....	78
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	80
3.1 Struttura organizzativa .....	80
3.2 Organizzazione del lavoro agile .....	82
3.2.1 Lavoro agile alla luce della contrattazione collettiva .....	83
3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale.....	84
3.4 Formazione Aziendale .....	87
4 MONITORAGGIO.....	90
Allegato alla Sottosezione 2.2 Performance .....	95
Allegato alla Sottosezione 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza .....	95
Allegato alla Sottosezione 3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale .....	95



## SEZIONE 1

# SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA



## 1 SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA

<b>Sede Legale</b>	Via Don Tosatto, 147 – Mestre (VE)
<b>Partita Iva e Codice Fiscale</b>	02798850273
<b>PEC</b>	protocollo.aulss3@pecveneto.it
<b>Sito web istituzionale</b>	<a href="https://www.aulss3.veneto.it/">https://www.aulss3.veneto.it/</a>
<b>Direttore Generale</b>	Dott. Edgardo Contato

### 1.1 Il territorio e la popolazione

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti: Distretto 1 (Venezia città storica ed isole); Distretto 2 (Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'Altino); Distretto 3 (Mirano-Dolo) e Distretto 4 (Chioggia).



I distretti si articolano in 23 Comuni, i cui territori coprono una superficie complessiva di 1.358,96 kmq:



*123 Comuni  
serviti dall'azienda  
Uls 3 Serenissima*



## INDICATORI DEMOGRAFICI

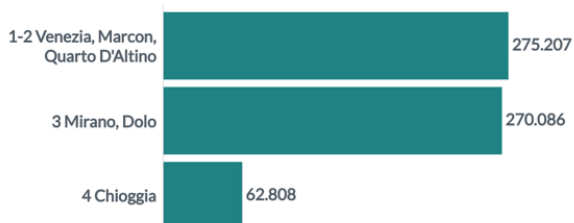
Al 1° gennaio 2025, la popolazione residente nel territorio aziendale ammontava a 608.101 abitanti.

I grafici sottostanti illustrano la distribuzione della popolazione per distretto, e la densità abitativa, pari a 445,7 abitanti per km<sup>2</sup>, un valore che risulta superiore alla media regionale.

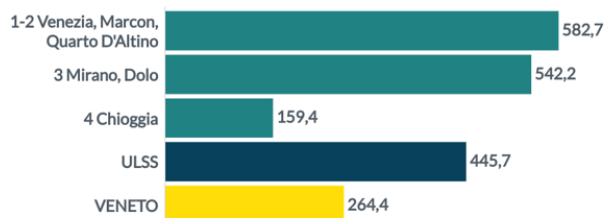


### RESIDENTI IN ULSS

Numero di residenti, per distretto



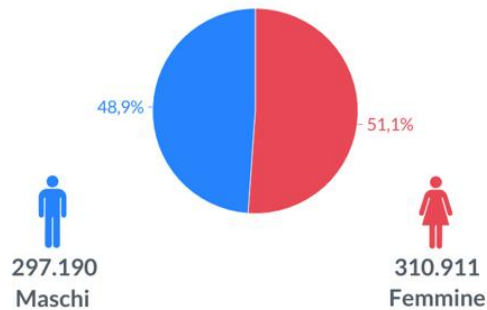
Densità abitativa (residenti/kmq)



Fonte dati: ISTAT – Popolazione al 01/01/2025

Come evidenziato dal grafico sottostante, la popolazione residente è composta per il 51,1% da donne e per il 48,9% da uomini.

Distribuzione della popolazione residente, per sesso

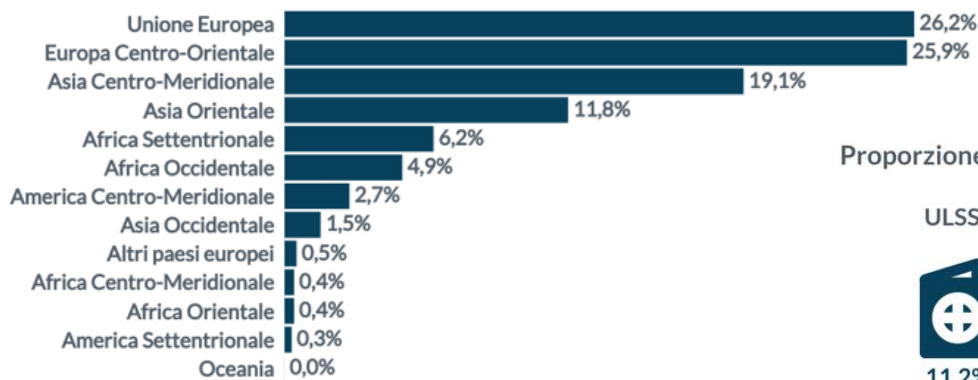


Fonte dati: ISTAT

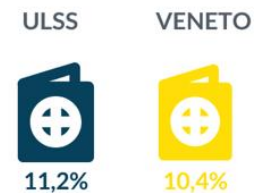
Periodo di analisi: Popolazione al 01/01/2025

I cittadini stranieri residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 3 rappresentano l'11,2% della popolazione totale, un valore superiore alla media regionale pari al 10,4%. Il grafico sottostante mostra la suddivisione della popolazione straniera per Paese di provenienza.

Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine

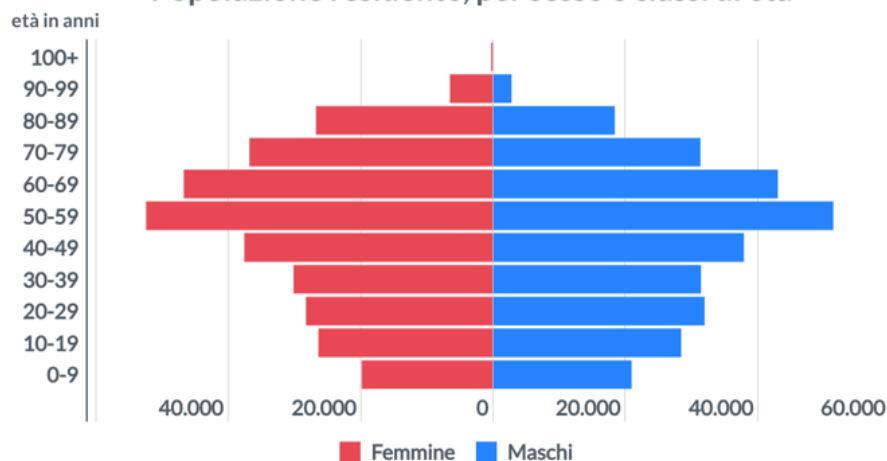


Proporzione (%) di residenti stranieri

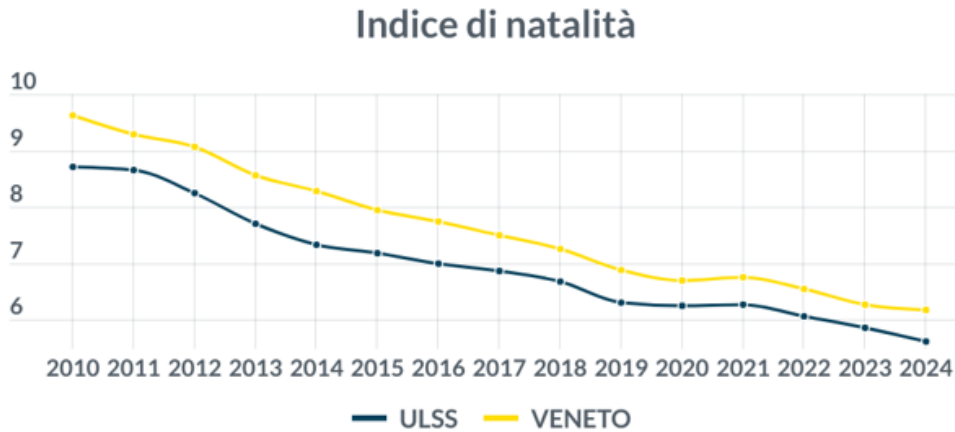


La Piramide demografica rappresenta la struttura per età e genere della popolazione residente nel territorio aziendale. Dai dati emerge che le fasce d'età più basse riguardano per la maggior parte gli uomini, mentre in quelle più alte prevale la componente femminile.

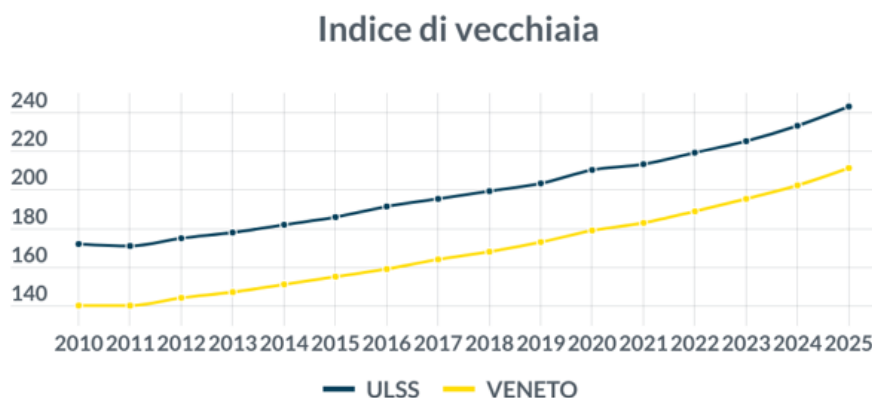
Popolazione residente, per sesso e classi di età



Le fasce d'età più popolate sono 50-59 anni e 60-69 anni, mentre quelle meno popolate riguardano i bambini di età compresa tra gli 0 e i 9 anni. Questo dato risulta coerente con la tendenza decrescente delle nascite, osservabile nel grafico sottostante, in cui viene illustrato l'andamento dell'indice di natalità (numero dei nati/popolazione media residente\*1000) negli ultimi anni.



Il grafico sottostante riporta la tendenza relativa all'indice di vecchiaia (popolazione over 65 rapportata alla popolazione under 15\*100) negli ultimi anni. Tale indicatore nel 2025 ha raggiunto un valore di 243, contro una media regionale di 211.



Dal grafico si può notare come l'andamento dell'indice di vecchiaia sia crescente: ciò è legato alla combinazione di diversi fattori sociali che comportano la diminuzione del numero di donne in età fertile con la conseguente riduzione delle nascite e l'aumento dell'incidenza della popolazione over 65 sul totale.

Tale aumento è associato anche all'allungamento della vita media della popolazione, che si accompagna ad una sempre maggiore prevalenza di patologie croniche che si manifestano prevalentemente in età anziana e che sono spesso presenti contemporaneamente in uno stesso soggetto.

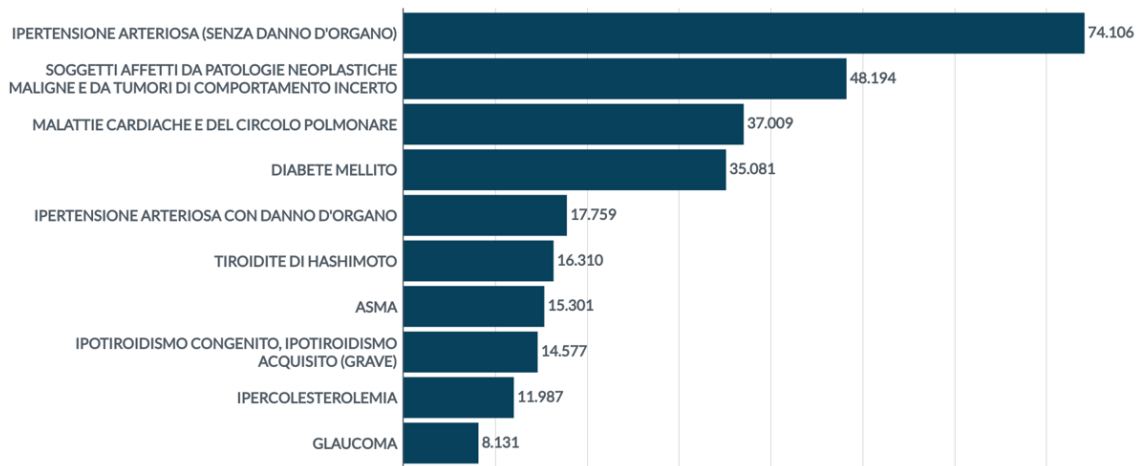
Alla maggior diffusione di queste malattie corrisponde una richiesta di cura sempre più complessa e continuativa nel tempo poiché gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono rivolti al miglioramento generale del quadro clinico, alla minimizzazione dei sintomi e all'innalzamento della qualità della vita, non essendo possibile guarire dalla malattia. Una conferma di questo fenomeno si può vedere nelle esenzioni per patologia. Il grafico seguente riporta le 10 esenzioni per patologia più diffuse tra gli assistiti residenti nel territorio aziendale: si evidenzia la diffusione di malattie croniche.



**ESENZIONI ATTIVE  
PER PATOLOGIA**

**343.076**

Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)



Fonte dati: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale anno 2025

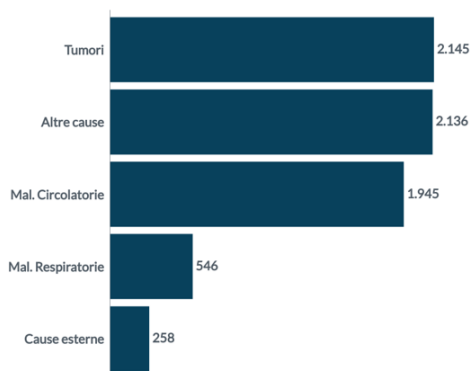
Per quanto riguarda i dati riguardanti la mortalità, gli ultimi dati disponibili relativi al 2024 evidenziano un numero di decessi pari a 7.030. Nel grafico sottostante sono riportati i decessi dei residenti per macro causa e per alcune cause specifiche.



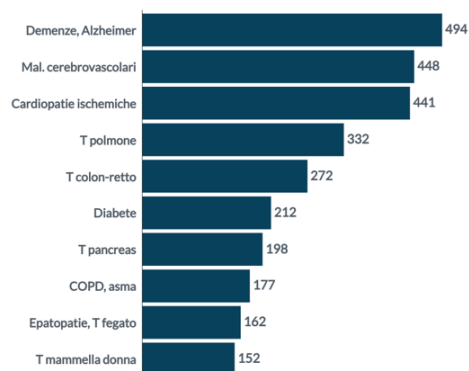
**DECESSI**

**7.030**

Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso



Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso



Fonte dati: Registro regionale di Mortalità, anno 2024

## 1.2 L'attività

L'Azienda per erogare i servizi si avvale di tre macro-strutture tecnico-funzionali: il Distretto Socio Sanitario, l'Ospedale e il Dipartimento di Prevenzione, cui si affiancano i servizi amministrativi, chiamati a svolgere funzioni di supporto all'attività di produzione ed erogazione dei servizi.

Al fine di perseguire le finalità istituzionali, l'Azienda pone in essere politiche e sistemi di pianificazione, controllo e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

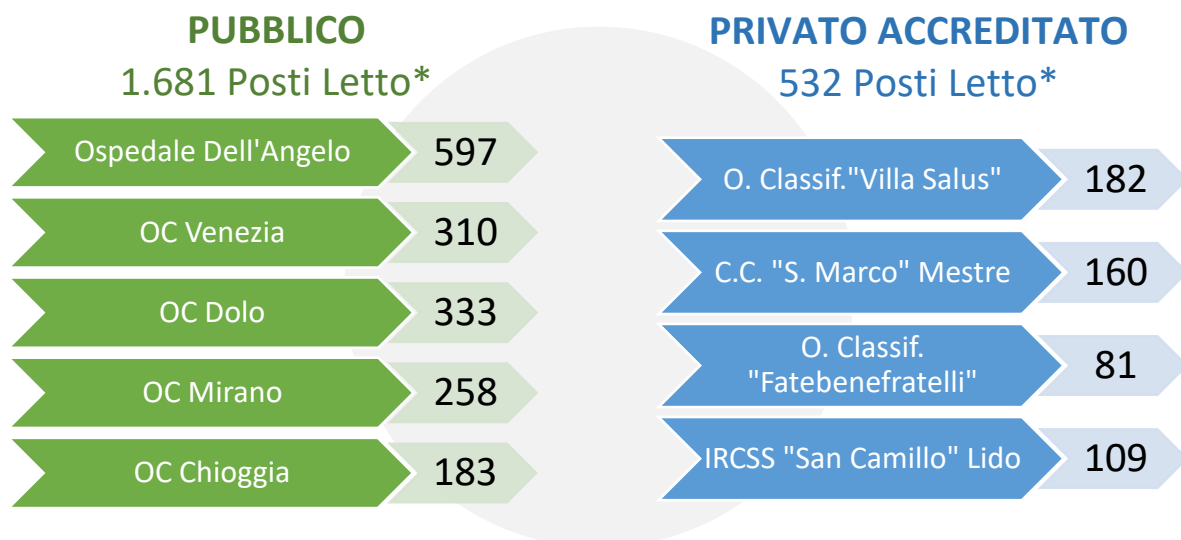
### 1.2.1 L'assistenza ospedaliera

L'ospedale è la Struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Azienda assicura nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario e integrato con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari in conformità alla pianificazione sanitaria regionale.

L'Ospedale dell'Angelo di Mestre è l'ospedale di riferimento provinciale, avendo una dotazione costituita dalle specialità di base e di medio livello per il territorio di afferenza e da alte specialità destinate a servire un'area più estesa, in linea con l'assegnazione alla struttura di una funzione di centro hub sovra aziendale. L'Ospedale di Venezia, il presidio ospedaliero su due sedi di Mirano e Dolo e l'Ospedale di Chioggia sono invece identificati come ospedali di rete (spoke) e garantiscono l'attività di emergenza urgenza, le attività specialistiche e di ricovero, ad esclusione di quelle ad alta complessità, e i servizi di diagnosi e cura.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima sono presenti 9 ospedali, di cui 5 pubblici e 4 privati accreditati, per un totale di 2.213 posti letto assegnati dalla Programmazione Regionale.

La tabella seguente riporta per ogni struttura la ripartizione dei posti letto esistenti:



(\*) Posti letto d.G.R. 614/2019 comprensivo di fuori regione



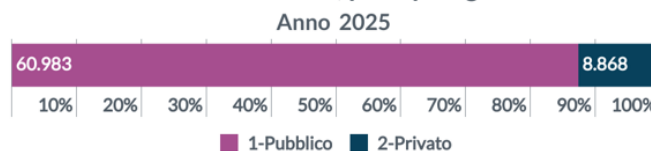
### 1.2.1.1 Ricoveri

Nell'anno 2025 i ricoveri ospedalieri sono stati 69.851 (escluso DRG 391 – Neonato Normale), di cui 60.983 nelle strutture pubbliche e 8.868 in quelle private accreditate.

**RICOVERI  
OSPEDALIERI**  
Anno 2025



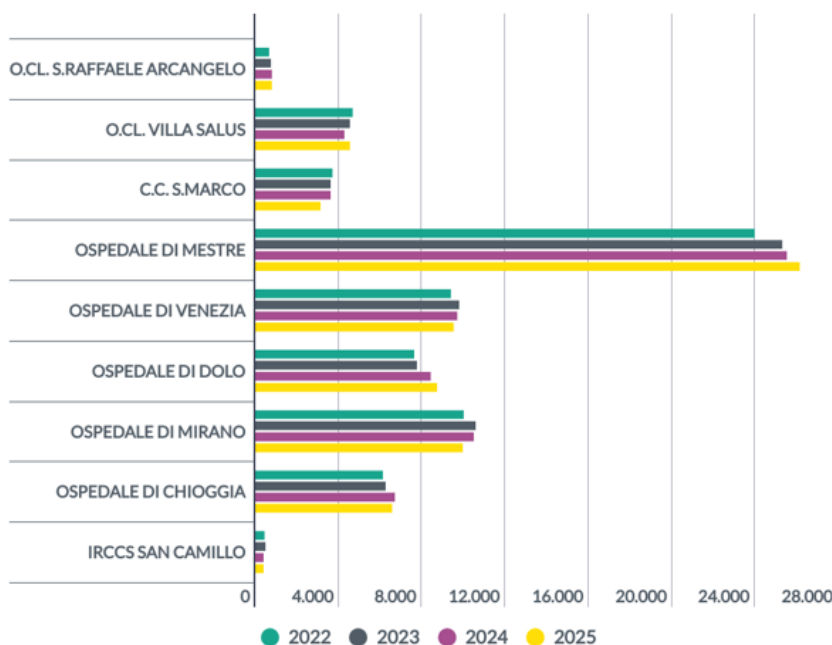
Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura



Fonte dati: Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) Anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024-30/11/2025)

Escluso DRG 391 – Neonato Normale

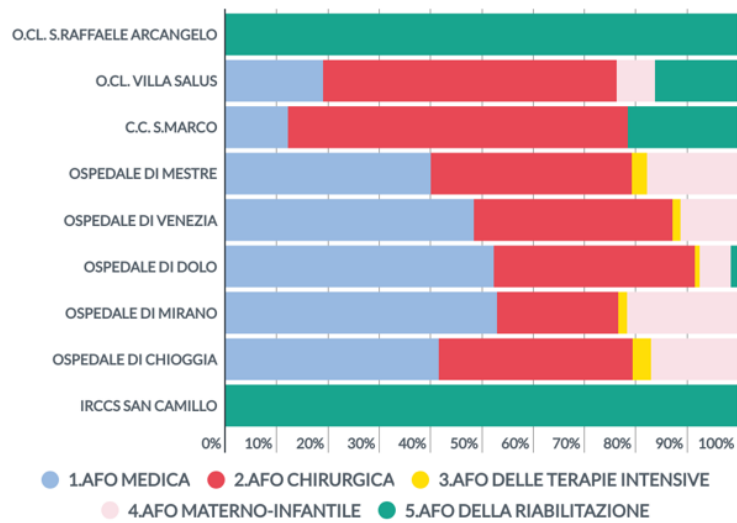
Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero



Il grafico sopra riportato rappresenta i ricoveri erogati presso ciascuna struttura (pubblica o privata accreditata) negli anni 2022-2023-2024-2025.

Di seguito la distribuzione dei ricoveri per ospedale e per aree funzionali: area riabilitativa, area materno-infantile, area intensiva, area chirurgica ed area medica. L'ospedale "Fatebenefratelli" e l'IRCSS "San Camillo" sono strutture mono-specialistiche dedicate alla riabilitazione.

### Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area Anno 2025



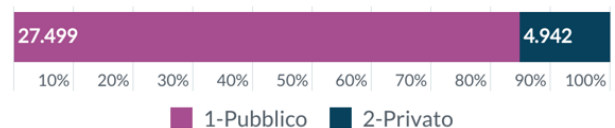
Fonte dati: Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) Anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024-30/11/2025)  
 Escluso DRG 391 – Neonato Normale

#### 1.2.1.2 Interventi chirurgici

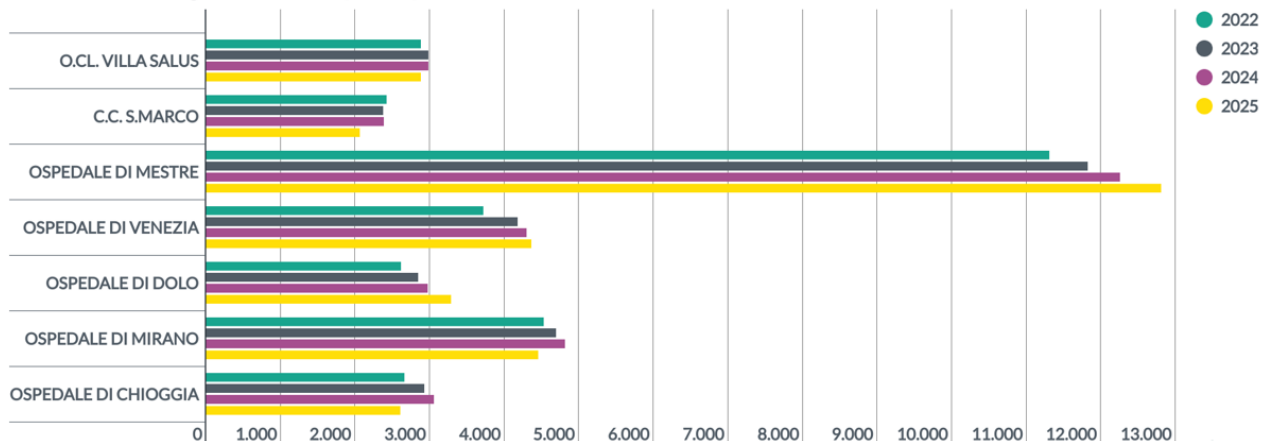
Nell'anno 2025 gli interventi chirurgici effettuati sono pari a 32.441, l'85% dei quali sono stati eseguiti presso strutture pubbliche, mentre il 15% presso le strutture private accreditate. Il grafico sottostante rappresenta la distribuzione degli interventi chirurgici per ospedale negli ultimi quattro anni. Si può notare un aumento dell'attività rispetto agli anni precedenti negli ospedali di Mestre, Venezia e Dolo.

**INTERVENTI  
 ESEGUITI**  
 dimissioni con DRG chirurgico  
 Anno 2025  
  
**32.441**

#### Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura Anno 2025



#### Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero



Fonte dati: Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024-30/11/2025)

### 1.2.1.3 Attività di Pronto soccorso

Il Pronto soccorso svolge attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza e urgenza indifferibile e differibile, nonché attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza; assicura gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Il Pronto soccorso è presente in ogni ospedale dell’Azienda ULSS 3 Serenissima.

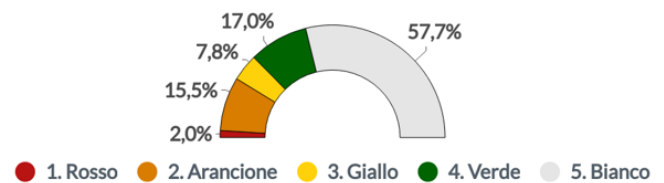
Nel 2025 il numero di accessi è stato complessivamente pari a 245.915 nelle cinque sedi di Pronto Soccorso aziendali. La distribuzione degli accessi per triage di accettazione evidenzia che il 57,7% degli accessi riguarda codici bianchi, il 17,0% codici verdi, l’7,8% codici gialli, 15,5% codici arancioni e il 2% codici rossi.

Il grafico che segue riporta gli accessi suddivisi per struttura negli ultimi 4 anni.

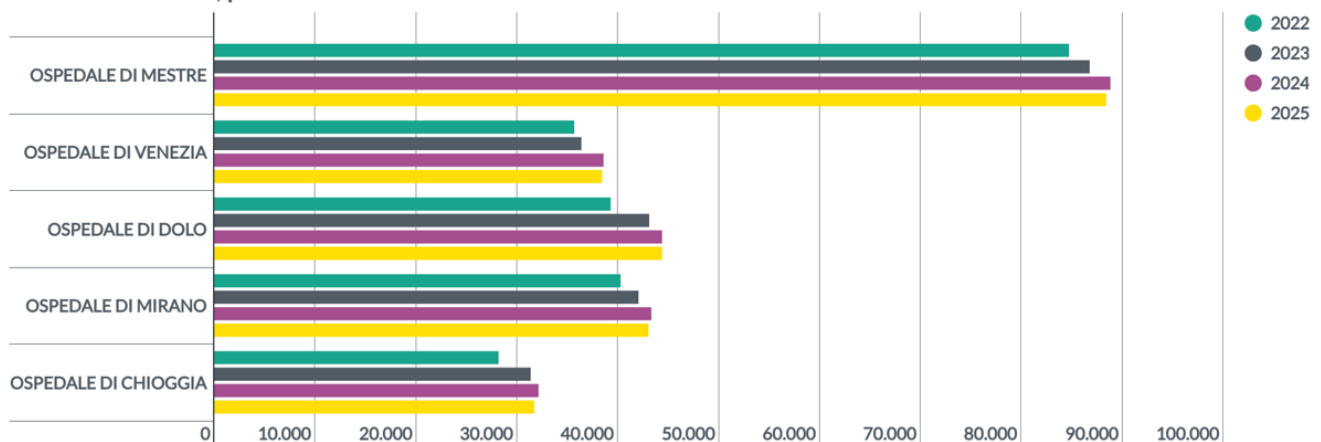
**ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO**  
 Anno 2025



Distribuzione degli accessi, per triage di accesso  
 Anno 2025



Numero di accessi, per anno e struttura



Fonte dati: Flusso Pronto Soccorso (EMUR PS) anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024-30/11/2025)

### 1.2.2 L’assistenza distrettuale

Il territorio dell’azienda è organizzato in Distretti sociosanitari. Ogni Distretto realizza l’integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, con l’obiettivo di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione; è il centro di riferimento per l’accesso a tutti i servizi dell’Azienda sanitaria e coordina l’intera rete dei servizi sociosanitari.

L’Azienda si impegna a promuovere un forte coordinamento tra le strutture Ospedaliere e i Distretti Territoriali al fine di assicurare l’integrazione tra i diversi servizi. L’integrazione è volta a favorire un’efficace attività di prevenzione, a evitare ricoveri inappropriati e assicurare una dimissione “protetta” dei pazienti. Afferiscono alle attività del Distretto Socio-Sanitario le seguenti funzioni:

- » Assistenza medica primaria
- » Assistenza infermieristica
- » Assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata
- » Cure palliative
- » Assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell’infanzia e della famiglia
- » Assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale
- » Assistenza scolastica ed inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e sofferenza mentale
- » Assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze e dell’età evolutiva, in integrazione con i servizi specifici di riferimento per la parte tecnico-operativa
- » Assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti
- » Assistenza farmaceutica
- » Assistenza specialistica territoriale
- » Riabilitazione
- » Assistenza protesica
- » Assistenza penitenziaria
- » Azioni di supporto nell’ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute

### 1.2.2.1 L’assistenza specialistica

Complessivamente nel 2025 sono state eseguite 2.072.377 prestazioni ambulatoriali (escluso laboratorio), in lieve diminuzione rispetto all’anno precedente. L’attività ambulatoriale complessiva è stata assicurata per circa l’86,6% dalle strutture pubbliche e per il restante 13,4% dagli istituti privati accreditati.

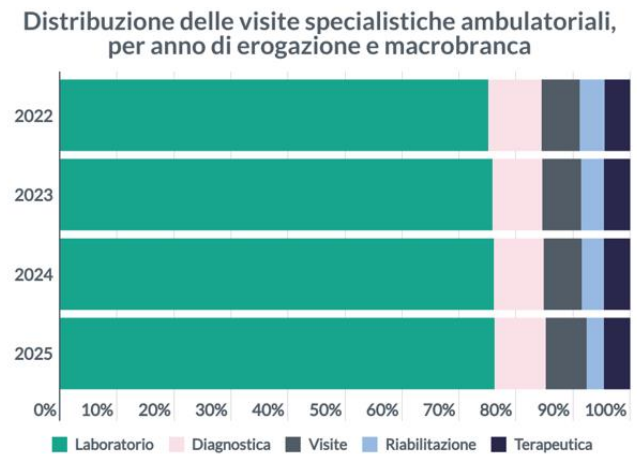
**PRESTAZIONI  
 AMBULATORIALI  
 EROGATE**  
 Anno 2025



**8.701.181**



I grafici successivi illustrano l’andamento negli ultimi anni del numero di prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2022-2025 e la suddivisione per macrobranca:



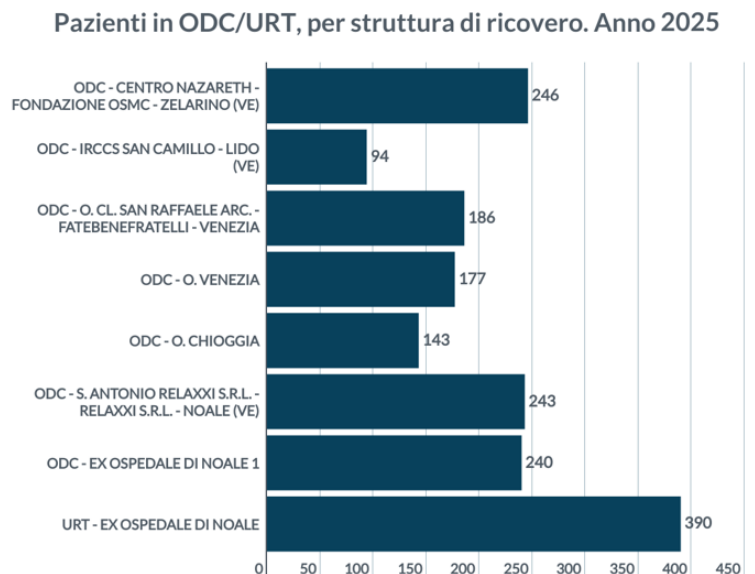
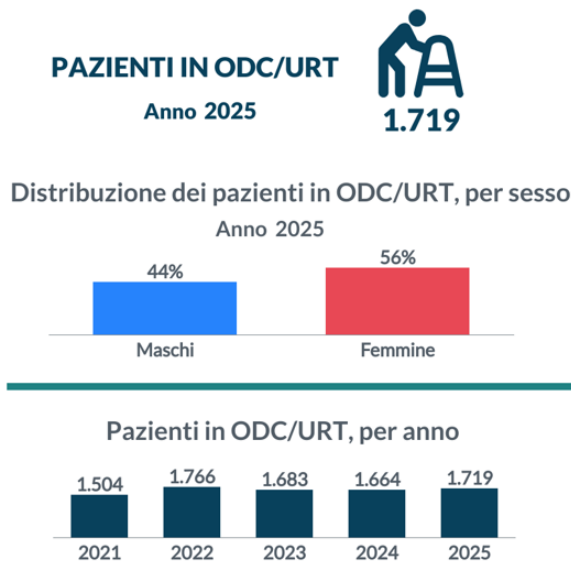
Fonte dati: Flusso specialistica ambulatoriale anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024-30/11/2025)

### 1.2.2.2 Strutture intermedie

Le strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali) garantiscono le cure necessarie a quei pazienti che necessitano ancora di assistenza sanitaria a bassa intensità clinica e continuativa, non erogabile a domicilio. Gli OdC e URT nell’Azienda ULSS 3 Serenissima sono i seguenti:



Nel 2025 i pazienti assistiti negli Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali sono stati 1.719, il 56% dei quali femmine e il 44% maschi). I grafici che seguono riportano un dettaglio dei pazienti per struttura e l’andamento del numero di pazienti negli anni dal 2022 al 2025.



Fonte: Flusso ODC-URT, anni 2021-2025 (2025: 01/11/2024-31/10/2025)

### 1.2.2.3 Cure palliative

L’Hospice è una struttura a prevalente carattere sanitario, facente parte della Rete di Cure Palliative e destinato all’assistenza in ricovero, anche temporaneo, di persone affette da patologia in fase avanzata/terminale per la quale non esistono terapie specifiche. L’Hospice è una espressione residenziale delle Cure palliative, in cui viene ricreato un ambiente familiare attraverso una personalizzazione dello spazio e dell’assistenza. Le strutture di Hospice sono situate a Mestre presso il Centro Nazaret di Zelarino e il Policlinico San Marco, a Venezia presso l’Ospedale Fatebenefratelli, per totali 41 posti letto.



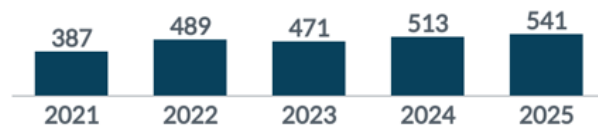
Nel 2025 i pazienti assistiti negli hospice sono stati 541.

## RICOVERI IN HOSPICE

Anno 2025



### Ricoveri in Hospice, per anno



Fonte: Flusso Hospice, anni 2021-2025 (2025: 01/10/2024-30/09/2025)

### 1.2.2.4 Strutture residenziali e semiresidenziali

Complessivamente nel territorio aziendale operano 183 Unità di Offerta extraospedaliere, pubbliche e private convenzionate, di cui 125 sono di tipo residenziale e 58 semiresidenziale, con una dotazione complessiva di 6.308 posti letto (5.216 per le strutture residenziali e 1.092 per le strutture semiresidenziali), che garantiscono assistenza sociosanitaria alle categorie socialmente più deboli come anziani, soggetti non autosufficienti, malati psichiatrici, minori.

Nel prospetto seguente vengono riportati i dati relativi al numero di strutture articolate per area di attività con i relativi posti letto.

STRUTTURE RESIDENZIALI*								
AREA ASSISTENZA	Distretto Veneziano		Distretto Dolo Mirano		Distretto Chioggia		Totale Azienda ULSS 3	
	strutture	n. PL	strutture	n. PL	strutture	n. PL	strutture	n. PL
<b>ANZIANI NON AUTO</b>	17	2.279	13	1.554	3	265	<b>33</b>	<b>4.098</b>
<b>ALTRI NON AUTO (ODC, URT, SVP, SAPA e HOSPICE)</b>	10	130	5	82	1	12	<b>16</b>	<b>224</b>
<b>DISABILI</b>	14	166	7	106	2	20	<b>23</b>	<b>292</b>
<b>PSICHIATRICI**</b>	12	145	7	68	1	9	<b>20</b>	<b>222</b>
<b>MINORI***</b>	20	167	5	38	1	8	<b>26</b>	<b>213</b>
<b>DIPENDENZE E PERSONE CON INFEZIONE DA HIV</b>	8	143	1	24	0	0	<b>9</b>	<b>167</b>

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI*								
AREA ASSISTENZA	Distretto Veneziano		Distretto Dolo Mirano		Distretto Chioggia		Totale Azienda ULSS 3	
	strutture	n. Posti	strutture	n. Posti	strutture	n. Posti	strutture	n. Posti
<b>ANZIANI NON AUTO</b>	5	112	6	115	3	54	<b>14</b>	<b>281</b>
<b>DISABILI</b>	9	208	14	284	4	83	<b>27</b>	<b>575</b>
<b>PSICHIATRICI**</b>	6	86	4	58	2	28	<b>12</b>	<b>172</b>
<b>MINORI***</b>	2	20	2	20	0	0	<b>4</b>	<b>40</b>
<b>DIPENDENZE E PERSONE CON INFEZIONE DA HIV</b>	0	0	1	24	0	0	<b>1</b>	<b>24</b>

\* Posti autorizzati, escluse strutture religiose

\*\* Comprese strutture di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPIA)

\*\*\* Comprende Centri educativi esclusi gli asili  
 (Fonte dati mod. ministeriale STS24/STS11-2024 e Direzione Socio-Sanitaria)


A livello territoriale, la rete dei servizi erogati si articola inoltre nelle seguenti sedi di offerta:

PUNTI DI OFFERTA TERRITORIALI	Distretto Veneziano	Distretto Dolo Mirano	Distretto Chioggia	Totale Azienda ULSS 3
SEDI DISTRETTUALI	14	7	2	23
SEDI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	15	9	7	31
SEDI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	5	1	2	8
SEDI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE*	5	2	3	10
SEDI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	7	4	2	13
SEDI DIPARTIMENTO DIPENDENZE	2	2	1	5
FARMACIE CONVENZIONATE	100	74	22	196

\* Escluse strutture residenziali e semiresidenziali  
 (Fonte dati mod. ministeriale STS11- 2024 e Serv. Farmaceutico Territoriale)

### 1.2.2.5 Le Dipendenze

Il Dipartimento Dipendenze (UOC SERD) nell'anno 2025 ha seguito un totale di 4.107 pazienti con problemi di uso di sostanze e dipendenza nelle cinque sedi aziendali.

 **5 SEDI:** Mestre, Venezia, Dolo, Mirano e Chioggia



**TOTALE UTENTI 4.107 (+7,3% rispetto al 2024)**  
**DI CUI MASCHI 2.972 - DI CUI FEMMINE 1.135**

### 1.2.2.6 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socioassistenziali, rese a domicilio dell'ammalato, secondo piani programmati di assistenza individuale.

L'obiettivo principale dell'ADI è quello di favorire l'autonomia della persona non autosufficiente attraverso un programma di assistenza che cerca di recuperare o mantenere le capacità residue del paziente, permettendo al contempo che continui a vivere nel proprio ambiente familiare e sociale, supportando anche i familiari coinvolti nell'assistenza quotidiana.

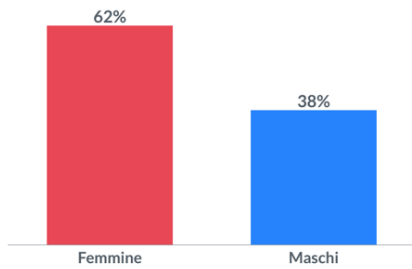
Nel 2025 i pazienti assistiti in ADI sono stati 22.090, in aumento rispetto agli anni precedenti. Si riporta la suddivisione per genere: il 62% degli assistiti sono donne, mentre il restante 38% sono uomini.

**PAZIENTI IN ASSISTENZA  
 DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

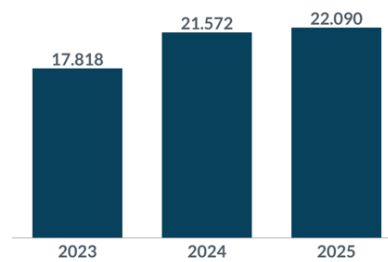
Anno 2025



Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso  
 Anno 2025



Numero di pazienti in ADI, per anno



Fonte: Flusso Assistenza e Cure domiciliari – ADI, anni 2023-2025 (2025: 01/10/2024-30/09/2025)

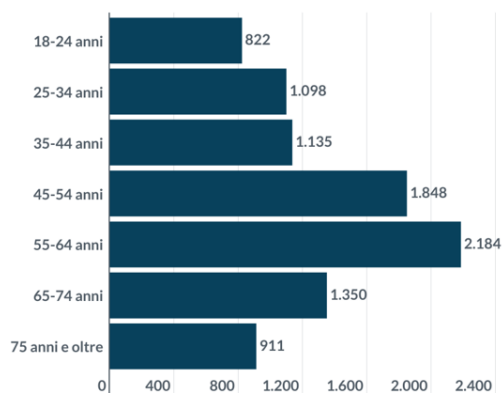
### 1.2.2.7 Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute mentale opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati, agendo sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità. I grafici seguenti evidenziano il numero di utenti che nel 2025 hanno avuto almeno un contatto i servizi, suddividendoli per classe di età. Si riporta inoltre la distribuzione delle diagnosi per gruppo diagnostico.

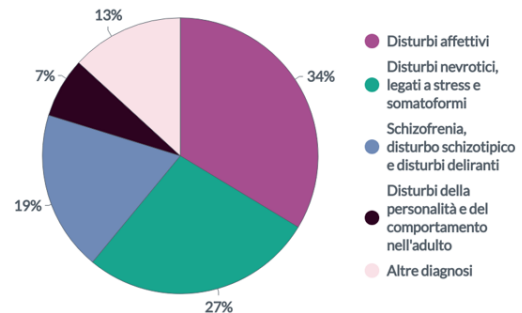
**UTENTI CON ALMENO UN  
 CONTATTO CON I SERVIZI  
 DI SALUTE MENTALE**



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



Distribuzione delle diagnosi principali,  
 per gruppo diagnostico

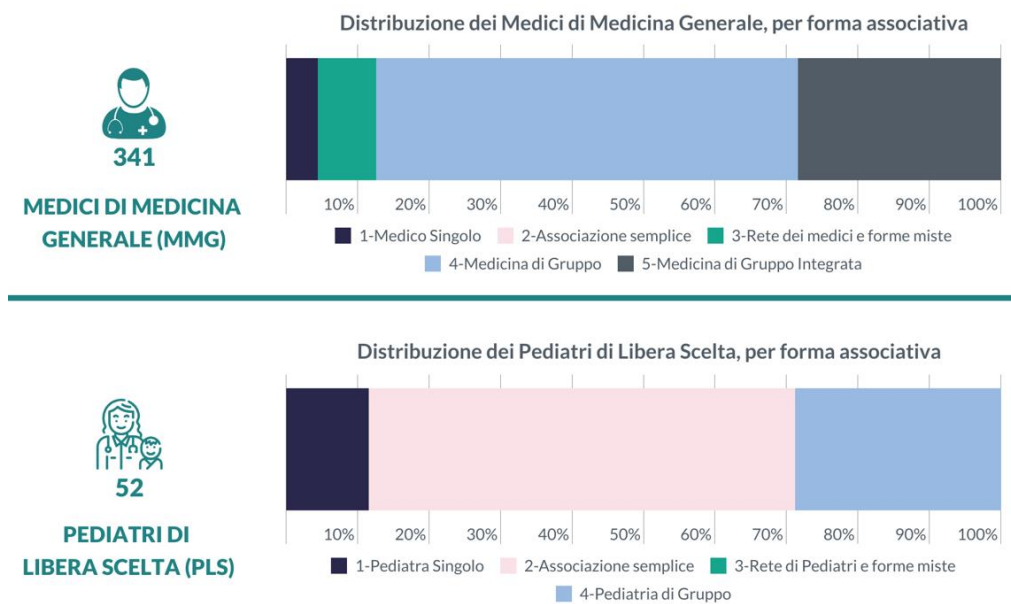


Fonte: Flusso Psichiatria Territoriale (SISM) anno 2025 (01/11/2024 – 31/10/2025)

### 1.2.2.8 Assistenza Primaria

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta (che assiste i bambini dalla nascita fino ai 14 anni di età) garantiscono attenzione al complesso dei bisogni dell'assistito, coordinando tutti gli interventi sanitari svolgendo un'azione di promozione della sua salute. Essi rappresentano il primo contatto e il punto di riferimento principale del cittadino per l'accesso ai servizi del Servizio sanitario nazionale con cui hanno un rapporto regolato da accordi collettivi nazionali e regionali.

Questi professionisti sono liberamente scelti dal cittadino nell'ambito di residenza sulla base di un rapporto di fiducia. I medici di medicina generale/pediatri possono prestare la propria attività in forma singola oppure nell'ambito di associazioni con altri professionisti per favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza e la continuità assistenziale. Nel 2025 i medici di medicina generale erano 341, mentre i pediatri di libera scelta 52. I grafici che seguono illustrano la suddivisione per forma associativa.



Fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale, anno 2025

### 1.2.2.9 Assistenza farmaceutica, dispositivi medici e assistenza protesica

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale ha lo scopo di garantire l'assistenza farmaceutica alla popolazione afferente al territorio di competenza tramite la rete delle farmacie convenzionate, l'erogazione diretta di medicinali/dispositivi a favore di pazienti affetti da particolari patologie o in dimissione ospedaliera e il confronto costante con Medici di Medicina Generale e Specialisti per la gestione del paziente sul territorio.

### 1.2.3 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Azienda preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, attraverso funzioni rivolte direttamente alla comunità e all'ambiente di vita e di lavoro.

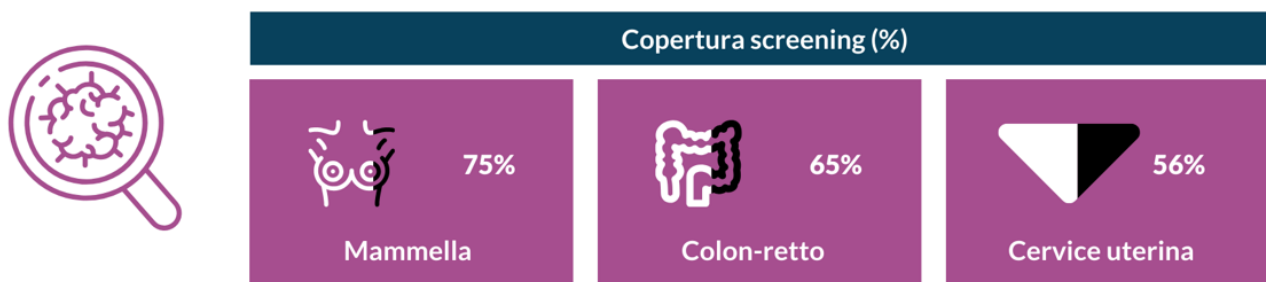
Il Dipartimento persegue direttamente obiettivi di:

- » profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- » tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- » tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- » sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- » tutela collettiva e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- » sanità pubblica veterinaria

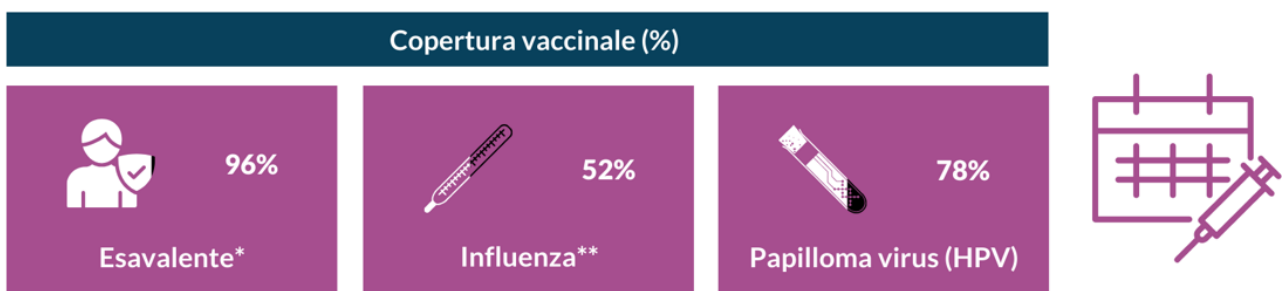
Esso inoltre concorre con gli altri dipartimenti e servizi aziendali alle attività inerenti alle funzioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronic-degenerative.

Rilevante è il ruolo che il Dipartimento esercita nell'attuazione di indirizzi nazionali e regionali, in collaborazione con le altre strutture e/o enti, a fronte di emergenze sanitarie e territoriali.

Tra le attività del Dipartimento, gli Screening Oncologici e le Vaccinazioni rivestono un ruolo di grande importanza. Di seguito sono riportate le percentuali di adesione agli screening principali e le percentuali di copertura vaccinale (esavalente, influenza e Papilloma virus).



Fonte: Sistema Informativo Screening, anno 2025 periodo 01/01-30/09



\*ciclo base pediatrico

\*\*influenza nell'anziano (65+ anni)

Fonte: Anagrafe Vaccinale Regionale, Esavalente e HPV: 2025; Influenza: 2024



## SEZIONE 2

# VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

## 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### I principali strumenti di programmazione aziendale e i raccordi con il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Il decreto legge 80/2021, convertito in legge 113/2021, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”, all’articolo 6 prevede che “per assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)”.

Il quadro normativo è stato completato con l’approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare, con il d.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, sono stati individuati gli adempimenti relativi ai documenti che devono confluire nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132, ha definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Il Piano assorbe molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, inserendo in un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l’organizzazione del lavoro, compreso quello agile, il fabbisogno del personale, la parità di genere e la formazione. Il PIAO è suddiviso nelle seguenti sezioni: Scheda Anagrafica, Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e Trasparenza, Organizzazione e Capitale Umano.



## 2.1 Valore Pubblico

### 2.1.1 Linee strategiche e obiettivi per la creazione di Valore Pubblico

La Mission dell'Azienda Ulss 3 Serenissima è orientata alla creazione di "Valore Pubblico", ovvero all'incremento del livello complessivo di benessere sotto il profilo socio sanitario della comunità (outcome), della quale fanno parte gli utenti che accedono ai servizi, gli stakeholder che interagiscono con l'Azienda e più in generale tutti i cittadini residenti nel territorio di competenza. Il Valore pubblico generato impatta in primo luogo sul benessere sanitario e sociale della comunità ma anche in altre dimensioni, tra le quali quella ambientale, economica ed occupazionale.

Tale approccio è coerente con il concetto di salute proprio dell'OMS, secondo il quale «*La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia*».

Nel corso degli ultimi anni si è posta sempre maggiore attenzione al tema della misurazione del benessere degli individui e della società. L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare il Benessere Equo e Sostenibile (BES) con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere corredate da misure relative alle disuguaglianze e alla sostenibilità.

Agli indicatori BES si sono affiancati quelli per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite.

Per le aziende sanitarie, la cui Mission è appunto la creazione di Valore Pubblico, diventa fondamentale integrare all'interno dei suoi obiettivi strategici, anche gli SDGs. È stata quindi condotta un'analisi per individuare quelli di maggior rilevanza per l'Azienda che sono di seguito indicati.



L'SDG 3 si concentra sul garantire salute e benessere per tutti. Mira a ridurre la mortalità, combattere le malattie, promuovere la salute mentale e l'accesso universale ai servizi sanitari essenziali. Per un'Azienda Sanitaria, rispettare l'SDG 3 significa offrire cure di alta qualità accessibili a tutti.



L'SDG 5 pone al centro l'impegno verso la parità di genere e l'emancipazione di donne e ragazze, obiettivi essenziali per costruire una società equa e inclusiva. Per un'organizzazione sanitaria, rispettare questo principio significa garantire accesso equo ai servizi sanitari, abbattendo barriere di genere.



L'SDG 6 mira a garantire accesso universale ad acqua pulita e servizi igienico-sanitari, riducendo l'inquinamento e ottimizzando l'uso delle risorse idriche. Nel settore sanitario, rispettarlo significa adottare tecnologie per ridurre sprechi d'acqua e migliorare l'efficienza nei consumi.



L'SDG 7 si propone di garantire a tutti l'accesso a un'energia affidabile, sostenibile e moderna, promuovendo l'uso di fonti rinnovabili e migliorando l'efficienza energetica. Per un ospedale significa adottare tecnologie e soluzioni energetiche sostenibili, come l'installazione di pannelli solari o l'utilizzo di altre fonti di energia rinnovabile. Vuol dire migliorare l'efficienza energetica delle proprie strutture, riducendo gli sprechi e ottimizzando i consumi.



L'SDG 9 promuove infrastrutture resilienti, industrializzazione sostenibile e innovazione, mirando a uno sviluppo inclusivo e rispettoso dell'ambiente. Nel settore sanitario, aderire a questo obiettivo significa investire in strutture moderne ed efficienti, con un basso impatto ambientale.



L'SDG 10 si propone di ridurre le disuguaglianze sociali, economiche e culturali, promuovendo l'inclusione e l'uguaglianza di opportunità. Per un'Azienda Sanitaria questo significa garantire cure di qualità a tutti i pazienti, indipendentemente da etnia, genere, condizione economica o sociale.



L'SDG 11 si concentra sul rendere le città e le comunità inclusive, sicure, resilienti e sostenibili. Mira a garantire abitazioni e servizi di base adeguati, infrastrutture sostenibili e la riduzione dell'impatto ambientale urbano. Per un ospedale significa contribuire alla resilienza delle comunità offrendo strutture sanitarie accessibili e sicure per tutti. Implica anche il coinvolgimento attivo nelle comunità locali, ad esempio attraverso piani di emergenza sanitaria che rispondano a disastri naturali o crisi ambientali, promuovendo un approccio integrato tra salute, sicurezza e sostenibilità urbana.



L'SDG 12 si propone di garantire modelli sostenibili di produzione e consumo. Mira a ridurre gli sprechi, ottimizzare l'uso delle risorse, gestire in modo responsabile i rifiuti e promuovere la sostenibilità lungo tutta la filiera produttiva. Nello specifico, un'Azienda Sanitaria può sensibilizzare il personale e i pazienti sull'importanza del consumo responsabile, contribuendo a creare una cultura orientata alla sostenibilità in ogni aspetto delle operazioni sanitarie.



L'SDG 13 invita a intraprendere azioni urgenti per combattere il cambiamento climatico e i suoi impatti. Mira a rafforzare la resilienza e la capacità di adattamento ai rischi climatici e a integrare misure di mitigazione nelle politiche e nei programmatici.



L'SDG 16 promuove pace, giustizia e istituzioni solide. Mira a ridurre la violenza, garantire l'accesso alla giustizia per tutti e costruire istituzioni trasparenti, responsabili e inclusive. Nel contesto sanitario significa integrare pratiche che garantiscano equità, trasparenza e inclusione nei processi decisionali e operativi.

Il Valore Pubblico costituisce la nuova frontiera della performance, per gestire secondo criteri di economicità le risorse a disposizione e per valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini/utenti.



Con lo scopo di creare Valore Pubblico, l'Azienda segue una strategia volta a mantenere elevati livelli di qualità nelle prestazioni rese alla popolazione, assicurando la continua ricerca delle soluzioni più efficienti ed economiche attraverso la combinazione dei fattori della produzione, nonché l'adozione di condizioni organizzative tali da favorire la migliore espressione del potenziale professionale e umano dei propri operatori.

La creazione di Valore Pubblico prevede:

- il riconoscimento della **centralità della persona** in ogni processo socio-sanitario, considerata nell'inscindibilità dei suoi aspetti;
- la **collaborazione** tra gli operatori e con le altre istituzioni che concorrono alla salute della comunità, a garanzia dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale necessaria a assicurare la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale della persona e della sua famiglia;
- il **comportamento etico**, che deve informare l'attività di tutti gli attori che operano nell'Azienda e con l'Azienda;
- lo **spirito di servizio**;
- l'orientamento alla **qualità**, al **miglioramento continuo**, all'**innovazione** e alla **crescita personale**;
- la **legalità**;
- la **trasparenza**;
- la **buona amministrazione**.

L'Azienda si impegna dunque a organizzare l'attività dei servizi garantendo la presa in carico degli utenti e la continuità dei percorsi assistenziali, sulla base di criteri di integrazione organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale. In particolare, l'Azienda si adopera affinché il personale sia posto nelle condizioni di assistere le persone che ne hanno necessità, considerandone unitariamente tutti i bisogni fisici e psicologici (approccio olistico), garantendo altresì il rispetto degli standard prestazionali più elevati mediante l'impiego

delle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza di efficacia e appropriatezza.

Ogni cittadino che fruisce dei servizi offerti dall’Azienda ha il diritto di essere assistito con continuità e attenzione, mediante prestazioni di elevato livello qualitativo, e con un approccio sempre rispettoso della dignità umana.

L’Azienda si prefigge di erogare i servizi nel costante rispetto dei seguenti principi:

- **Eguaglianza:** ogni cittadino ha uguali diritti riguardo all’accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Nell’erogazione del servizio, nessuna distinzione può essere compiuta per motivi riguardanti il sesso, l’appartenenza a gruppi di comunità, la lingua, la religione, le opinioni politiche e ogni altro orientamento di scelta personale;
- **Equità:** l’Azienda s’ispira a criteri d’imparzialità, cioè di giustizia e di obiettività. A ogni cittadino è dovuto un comportamento che rispetti la sua dignità;
- **Qualità:** l’Azienda assume ogni iniziativa finalizzata al continuo miglioramento della qualità;
- **Accessibilità:** per favorire l’accessibilità ai servizi, l’Azienda persegue la semplificazione delle procedure e promuove una costante informazione;
- **Continuità:** l’erogazione dei servizi pubblici, nell’ambito delle modalità stabilite dalla normativa specifica, deve essere continua, regolare e senza interruzioni;
- **Diritto di scelta:** il cittadino ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio;
- **Sicurezza, Efficacia ed Efficienza:** l’Azienda adotta le misure idonee per garantire, nell’erogazione dei suoi servizi, il miglior rapporto possibile fra risorse disponibili, obiettivi perseguiti e risultati raggiunti, in regime di sicurezza per pazienti e operatori.

Il Valore Pubblico si crea perseguendo anche obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l’equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore.

### 2.1.2 Efficientamento energetico e rispetto per l’ambiente

Nel 2025, l’Azienda ha redatto il secondo Bilancio di Sostenibilità, estendendo l’analisi iniziata lo scorso anno presso l’Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia a tutte le strutture aziendali.

Questo documento, risultato di un percorso avviato volontariamente, vuole essere una fotografia completa degli impatti e delle performance di sostenibilità sociale, economica e ambientale creati dalle nostre strutture durante lo svolgimento delle attività istituzionali.

Prosegue quindi il processo intrapreso dall’Azienda verso una maggiore consapevolezza e sensibilità sui temi legati alla Sostenibilità. È importante non dimenticare che l’attività assistenziale sanitaria e sociosanitaria, proprio per la sua peculiarità, è un’attività ad alto impiego di risorse energetiche, materiali e di capitale umano.

Inoltre, tale documento, risulta essere essenziale per comunicare agli stakeholder (istituzioni, cittadini, fornitori, dipendenti, collaboratori) il proprio operato in modo chiaro e trasparente.

In continuità con quanto già fatto alla prima edizione per l’Ospedale Civile di Venezia, questa rendicontazione, relativa al 2024, è stata effettuata in aderenza agli standard GRI (Global Reporting Initiative).

L’attività svolta non si è limitata al mero aggiornamento dei dati, poiché l’ampliamento del perimetro di analisi ha consentito la realizzazione di uno studio più approfondito delle diverse realtà in cui opera l’Azienda, con conseguenti livelli di dettaglio e di complessità maggiori.

Dopo un'introduzione generale al tema e la conferma dei temi materiali, ovvero le tematiche prioritarie per l'Azienda, già individuati per l'Ospedale Civile di Venezia, all'interno del Bilancio sono stati riportati gli impatti ESG (Environmental, Social, Governance) dell'intera azienda.

In particolare, nel documento sono state trattate le seguenti tematiche:

- trasparenza ed etica aziendale;
- sicurezza dei dati;
- gestione delle risorse umane, salute e sicurezza dei lavoratori;
- il benessere dell'utente e accesso all'assistenza sanitaria;
- consumi energetici ed emissioni;
- gestione dei rifiuti e dei materiali pericolosi.

Inoltre, come disciplinato dal Codice di comportamento aziendale, tutto il personale dipendente è tenuto a osservare le disposizioni aziendali che riguardano il rispetto dell'ambiente, in particolare per quanto concerne il corretto utilizzo dell'energia e delle risorse idriche ed in generale i comportamenti che favoriscono la riduzione dei rifiuti e il risparmio della carta.

### 2.1.3 Digitalizzazione e accessibilità ai servizi

Per migliorare l'accessibilità ai servizi, l'Azienda ULSS 3 Serenissima ha implementato soluzioni digitali innovative come "ZeroCoda" e "Smartcall": la prima consente ai cittadini di prenotare visite senza dover fare la fila fisicamente, il secondo, è un operatore virtuale che gestisce gli appuntamenti del Centro Unico di Prenotazione (CUP), rendendo le procedure più rapide e semplificate. Inoltre, per facilitare l'accesso alle prestazioni, nel sito aziendale è possibile accedere a "Ritiro Referti Online", i "Pagamenti Online" e "Prenotazione Prelievi". Oltre agli strumenti digitali, i pazienti hanno comunque la possibilità di recarsi allo sportello per effettuare la prenotazione.

L'Azienda, mediante il supporto della Regione del Veneto, ha reso disponibili le seguenti soluzioni:

- Sanità km zero: un'applicazione che consente ai cittadini di gestire le proprie ricette specialistiche online, evitando la necessità di ritirare la copia cartacea presso lo studio medico;
- il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSE) raccoglie i dati e i documenti digitali relativi alla salute dei cittadini, prodotti durante eventi sanitari e sociosanitari. Questo strumento consente al cittadino di consultare la propria storia clinica in formato digitale e di condividerla con i professionisti sanitari, previo consenso.

Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, per dare supporto alla programmazione dei servizi di assistenza sanitaria alla popolazione coerentemente con i bisogni sanitari e con il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Inoltre, il nuovo Sistema Informatico Ospedaliero (SIO) regionale che verrà implementato permetterà di sostituire i tre diversi applicativi attualmente in uso (relativi alle tre ex aziende ULSS 12, 13, 14 che costituiscono ora l'Azienda ULSS 3) in modo da uniformare a livello aziendale l'infrastruttura informatica.

Il tutto si inquadra nell'ambito dello sviluppo della Missione 6 del PNRR che prevede anche il potenziamento degli strumenti di digitalizzazione al fine di garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati di carattere sanitario nel rispetto della normativa sulla privacy.

## Formazione digitale del personale

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell'innovazione nella pubblica amministrazione. In parallelo alla digitalizzazione dei servizi sta proseguendo il Piano strategico "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze dei dipendenti della pubblica amministrazione.

Nel corso del 2025 è continuato il progetto di formazione "Syllabus", con lo scopo di consolidare e promuovere le competenze digitali dei dipendenti pubblici per migliorare la qualità dei servizi erogati. Il corso ha interessato un numero sempre maggiore di dipendenti e proseguirà anche nel 2026.

Per il 2026 l'Azienda, su mandato della Regione del Veneto, ha avviato il nuovo percorso di formazione obbligatorio sulla consapevolezza in ambito di Sicurezza Informatica (Cyber Security Awareness). Il percorso mira a rafforzare le competenze del personale nel riconoscere e prevenire attacchi informatici, contribuendo alla tutela della sicurezza informatica dell'Ente.

### 2.1.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La Missione 6 del PNRR riguarda tutti gli interventi relativi alla salute e si articola in due componenti:

#### **Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina (ADI, COT, telemedicina)
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

#### **Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario**

- Aggiornamento tecnologico e digitale;
- Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

La prima componente è indirizzata soprattutto ai cittadini over 65, con lo scopo di garantire loro la massima accessibilità ai servizi, rafforzando le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Le Centrali Operative Territoriali garantiscono l'efficace coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali al fine di garantire la continuità del percorso di cura.

Le Case della Comunità sono presidi territoriali in cui, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), saranno coordinati tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nelle Casa della Comunità, di prossima attivazione, opererà un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute ed assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Altro obiettivo riguarda il potenziamento dei servizi domiciliari, con l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Il potenziamento dell'assistenza intermedia a livello territoriale avverrà invece attraverso gli Ospedali di Comunità, strutture sanitarie territoriali destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e degenze di breve durata.

La prima componente della Missione 6 del PNRR prevede anche il finanziamento di progetti di telemedicina per promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulso, tele-monitoraggio e tele-refertazione.

La seconda componente, relativa a Innovazione, ricerca e digitalizzazione comprende:

- l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate e il potenziamento del patrimonio digitale per migliorare l'efficienza dei livelli assistenziali e adeguare strutture e modelli organizzativi ai migliori standard di sicurezza internazionali;
- l'offerta ospedaliera: potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso;
- il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico.

## 2.1.5 Azioni positive: pari opportunità e benessere organizzativo

### Parità di genere

L'Azienda, il 15 ottobre 2025 ha completato il percorso che ha permesso di ottenere la certificazione di parità di genere UNI/PdR 125:2022. Il percorso è iniziato con l'adozione con delibera n. 558 del 31/03/2025 del Gender Equality Plan (GEP) uno strumento di pianificazione triennale che raccoglie azioni ed impegni volti a promuovere l'uguaglianza di genere all'interno delle organizzazioni. La creazione di un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso delle diversità e della parità di genere è un elemento cruciale per tutte le organizzazioni interessate a valorizzare il talento e le competenze delle persone ivi operanti. Abbracciando le peculiarità degli individui l'organizzazione si apre a idee e soluzioni innovative, migliorando al tempo stesso la propria resilienza, sostenibilità e reputazione.

La Prassi di Riferimento italiana UNI/PdR 125:2022 stabilisce le linee guida per un Sistema di Gestione per la Parità di Genere nelle organizzazioni, un sistema volontario che permette alle aziende di misurare, valutare e migliorare le proprie politiche di uguaglianza e inclusione.

I principi che stanno alla base della prassi sono:

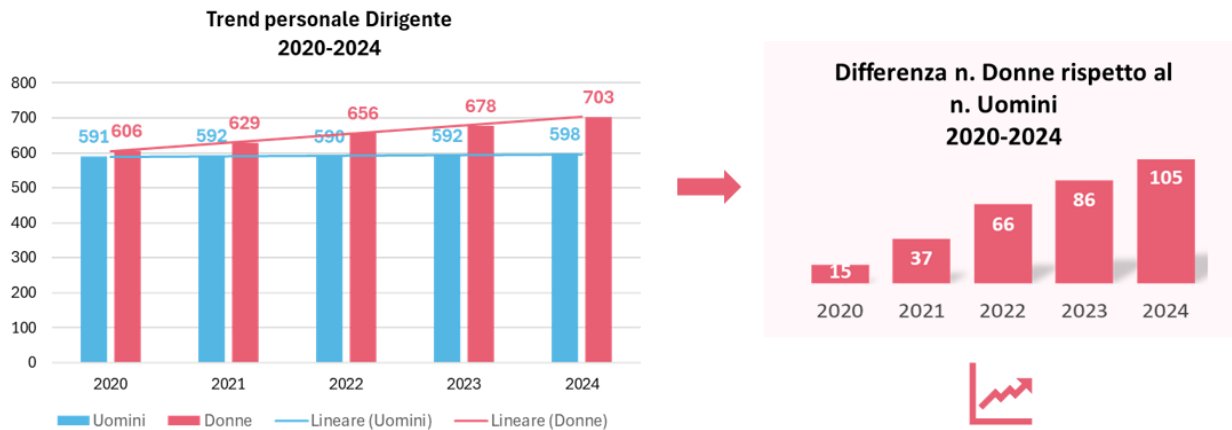
- il rispetto dei principi costituzionali di parità e uguaglianza;
- l'adozione di politiche e misure per favorire l'occupazione femminile
- la promozione di politiche di welfare a sostegno del lavoro di chi si dedica alla cura della famiglia
- l'adozione di misure specifiche a favore della pari opportunità
- l'integrazione del principio dell'equità di genere nella normativa nazionale.

Tale sistema di gestione si basa su specifici KPI (Key Performance Indicator) per misurare, rendicontare e valutare le politiche di inclusione nelle aziende, focalizzandosi su 6 aree chiave: Cultura e strategia, Governance, Processi HR, Opportunità di crescita, Equità retributiva e Tutela della genitorialità. È importante segnalare che l'obiettivo della UNI/PdR 125:2022 è, quindi, garantire gli stessi diritti a tutti i lavoratori, indipendentemente dal loro genere, permettendo, ad esempio, pari opportunità al momento dell'assunzione e del cambio mansione/promozione, parità di stipendio, ecc. e, al tempo stesso, permettendo pari

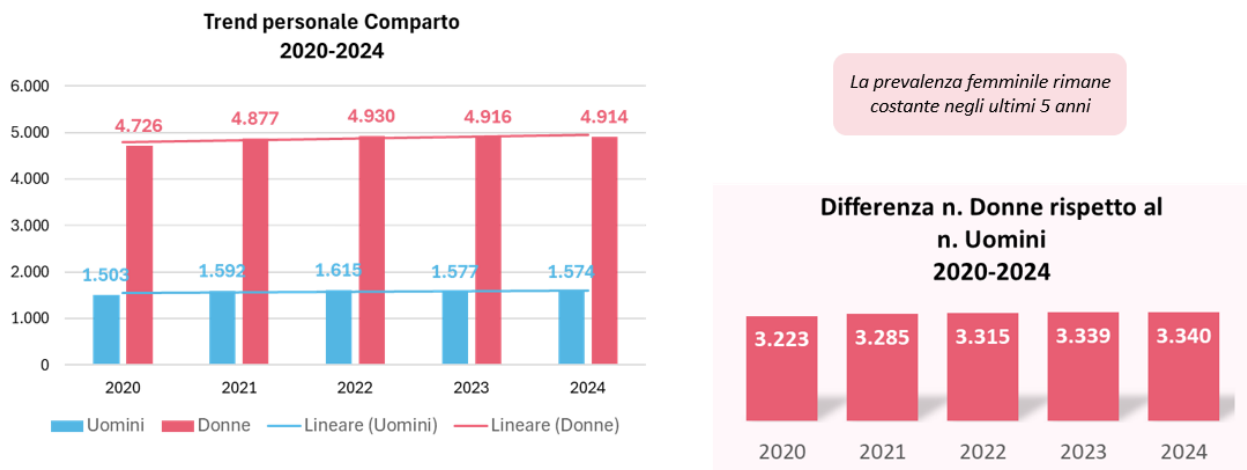
opportunità nell'accesso a strumenti di conciliazione tra lavoro e vita personale (es. part time, lavoro agile, congedi parentali, ecc.), per chi ne faccia richiesta.

Il 24 ottobre presso il Padiglione Rama dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre si è tenuto il convegno *Donne in sanità*, durante il quale è stata illustrata anche la rappresentazione di genere in Azienda.

È emerso che il 72% dei dipendenti è costituito da donne, dato lievemente superiore rispetto alla media nazionale. Tra i dirigenti la componente femminile è in progressiva crescita, come illustrato nel grafico che segue:



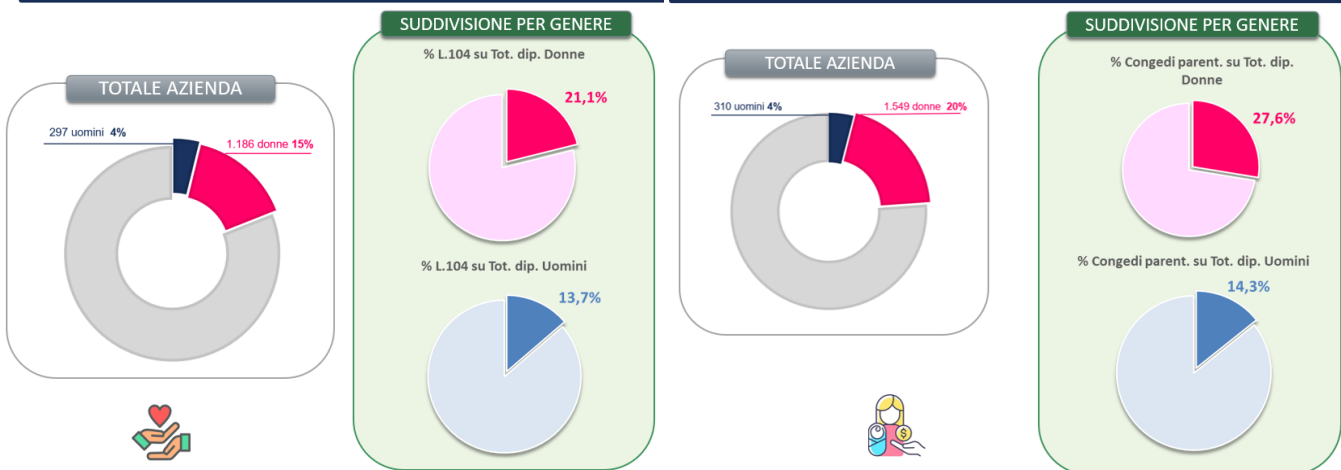
Relativamente al personale del comparto, la suddivisione tra uomini e donne è piuttosto stabile nel tempo:



I grafici seguenti rappresentano la fruizione per genere dei principali strumenti riguardanti la conciliazione vita-lavoro, ovvero: Permessi ex legge 104/1992, Congedi parentali, Part-time, lavoro agile e telelavoro.

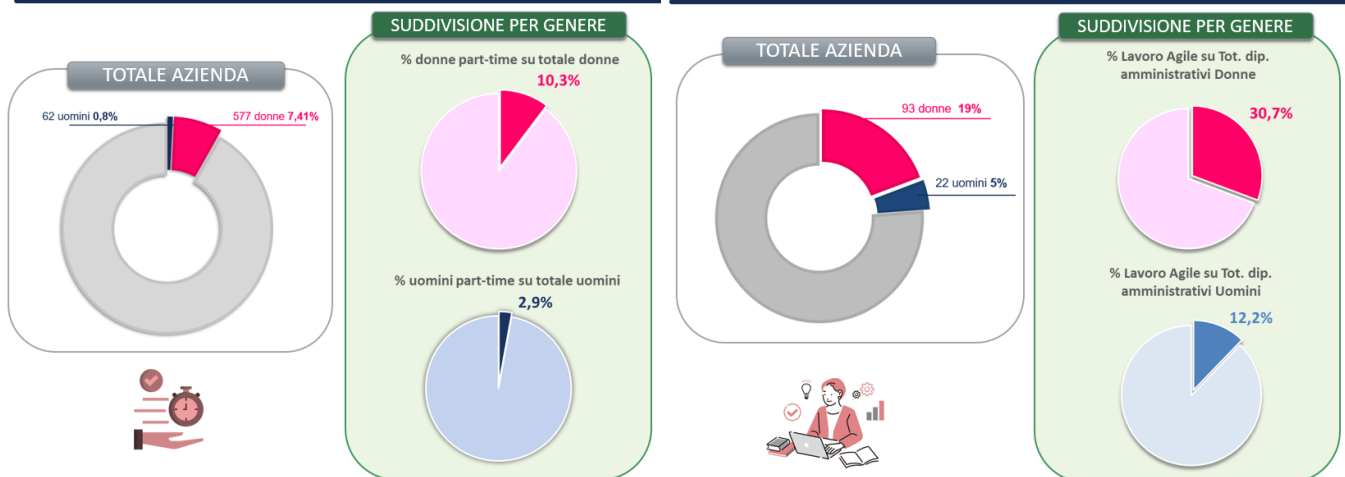
## LEGGE 104/1992

## CONGEDI PARENTALI



## RAPPORTI DI LAVORO A TEMPO PARZIALE

## LAVORO AGILE E TELELAVORO



## Benessere organizzativo e Piano delle Azioni Positive

Si riportano di seguito alcune delle principali iniziative di promozione, sensibilizzazione e diffusione della cultura della pari opportunità, valorizzazione delle differenze e conciliazione vita lavoro previste dal Piano Triennale di Azioni Positive:

- Ottenimento della **Certificazione di parità di genere UNI/PdR 125:2022**;
- **Corsi di formazione su violenza di genere e aggressioni**: l'Azienda ha organizzato convegni sulla violenza di genere con un focus ulteriore sul linguaggio di genere e corsi indirizzati a tutte le figure professionali su "Aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione";
- **Sportello di ascolto**: è attivo in Azienda uno Sportello di ascolto psicologico per il personale dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, uno spazio accogliente e flessibile, dove le persone possono esprimere le proprie difficoltà e vissuti in assoluta privacy;
- **Indagine di clima organizzativo aziendale**: a dicembre 2025 l'Azienda ha avviato l'indagine di Clima Organizzativo, in collaborazione con la Regione del Veneto, Azienda Zero e il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, con lo scopo di fotografare la realtà

organizzativa dell'Azienda al fine di individuare, oltre ai punti di forza, anche i punti di debolezza, allo scopo rilevare eventuali problematiche organizzative interne e di individuare idonee strategie e politiche volte a creare un clima più sereno e collaborativo.

- **Bollini Rosa:** L'Azienda ULSS 3 Serenissima ha ottenuto il massimo riconoscimento di 3 Bollini Rosa in tutti i suoi ospedali (Mestre, Venezia, Chioggia, Mirano, Dolo), certificando l'eccellenza nei servizi dedicati alla salute femminile, alla prevenzione e cura delle patologie specifiche e trasversali, e all'accoglienza in un'ottica di genere, grazie alla valutazione di Fondazione Onda. Questo significa che le strutture offrono percorsi ottimizzati, servizi specializzati (come ginecologia, senologia, oncologia) e supporto per la violenza di genere, diventando un punto di riferimento per le donne nella scelta consapevole dei servizi sanitari.



È inoltre a disposizione dei dipendenti la figura della Consigliera di fiducia, nominata con delibera n.1774 del 16/10/2024.

**Piano delle azioni positive - Obiettivi da realizzare:**

- Formazione in ambito delle pari opportunità, della discriminazione e della violenza di genere;
- Dare diffusione alle attività del CUG;
- Raccolta sistematica dei dati quantitativi disaggregati per genere sulle procedure concorsuali del personale;
- Rafforzare l'utilizzo di strumenti conciliativi sul luogo di lavoro, con particolare riferimento al telelavoro e al lavoro agile;
- Nuovo regolamento mobilità tra sedi;
- Dare attuazione al Regolamento del rapporto di lavoro a tempo parziale personale del comparto sanità;
- Dare continuità agli accordi per favorire l'inserimento dei figli dei dipendenti in servizi per l'infanzia;
- Pubblicità alla figura della Consigliera di Fiducia.

## 2.2 Performance

Il PIAO, con particolare riguardo alla sezione Performance, costituisce il principale documento di programmazione triennale, nel quale viene definita e misurata la performance aziendale valutandone i risultati conseguiti e consentendo una loro rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

La sezione Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse disponibili.

La Performance è il contributo che l'Azienda apporta, attraverso le proprie azioni, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che si è posta, alla soddisfazione dei bisogni socio-sanitari espressi dalla popolazione e quindi alla creazione di valore pubblico.

La presente sezione del PIAO definisce le linee di indirizzo aziendali ed individua i principali obiettivi strategici in coerenza con i contenuti della programmazione regionale.

Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e per la successiva declinazione degli obiettivi specifici riportati nelle schede di budget delle Unità Operative. Essi comprendono:

- obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Giunta Regionale alle Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale, cui si affiancano gli specifici obiettivi definiti dal Consiglio Regionale;
- obiettivi relativi alla trasparenza e all'anticorruzione che, secondo il legislatore, devono essere integrati nel Ciclo della Performance;
- obiettivi che l'Azienda intende perseguire per il miglioramento dei propri servizi, per l'economicità della gestione, nonché per l'aumento del benessere organizzativo.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale e realizzano percorsi di miglioramento continuo.

### 2.2.1 Le linee strategiche e gli obiettivi

L'Atto aziendale di organizzazione e funzionamento dell'Azienda ULSS 3 Serenissima definisce quali principi fondamentali alla base delle azioni dell'Azienda la centralità della persona nell'organizzazione dei processi di cura, l'umanizzazione dell'assistenza e l'attenzione ai diritti della persona.

L'Azienda, nella definizione degli obiettivi strategici, pone particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio;
- percorso del paziente in ospedale / territorio;
- presa in carico della cronicità e della multi-morbilità per intensità di cura e di assistenza;
- salute mentale;
- integrazione degli aspetti sociali e sanitari nell'assistenza e la cura;
- consolidamento delle reti cliniche.

Per quanto riguarda invece gli aspetti relativi al governo dell'Azienda e ai sistemi di supporto all'erogazione dei servizi sociosanitari, si sottolineano:

- gestione del patrimonio informativo;
- governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici;
- gestione delle risorse finanziarie e strumentali;
- innovazione di processo.

Nella definizione degli obiettivi aziendali è necessario muoversi anche in coerenza con le linee di indirizzo di carattere generale contenute nel Programma di Governo 2025-2030 della Regione del Veneto, che vengono di seguito riportate:

- **Medicina di prossimità e Comunità:** consolidare e aggiornare i modelli di prossimità, rendendo strutturale l'integrazione tra servizi sanitari e sociali e uniformando i livelli di accesso sull'intero territorio regionale.
- **Case della Comunità:** completare la rete delle Case della Comunità, garantendo che ogni cittadino, indipendentemente dal luogo di residenza, abbia accesso a un presidio di prossimità capace di rispondere in maniera integrata ai bisogni di salute.
- **Ospedali di Comunità e ADI:** Integrare Case della Comunità, OdC e ADI in un sistema coeso, capace di accompagnare ogni cittadino nel proprio percorso di cura.
- **Medici di Medicina Generale:** rafforzare ulteriormente le cure primarie lungo quattro assi prioritari: integrazione organizzativa, nuove modalità di lavoro, formazione e innovazione, semplificazione e deburocratizzazione.
- **Personale sanitario:** affrontare la sfida del personale sanitario con un approccio sistemico, che combina reclutamento, retention, formazione e valorizzazione.
- **Piano Marshall per gli infermieri:** rafforzare il piano già avviato con incentivi economici, campagne di promozione e strumenti di retention, con l'obiettivo di garantire non solo numeri adeguati, ma anche motivazione e qualità professionale.
- **Il valore delle competenze:** sviluppare una strategia integrata di formazione e nuove competenze, articolata in tre assi principali: incremento posti formativi, formazione continua e digitale e competenze tecnologiche.
- **Sicurezza e benessere del personale sanitario:** rafforzare le misure già avviate, trasformando il benessere organizzativo in una politica strutturale e trasversale.
- **Big data, telemedicina, AI:** consolidare la transizione verso la Sanità 5.0 con un piano organico che unisce tecnologia e prossimità.
- **Prevenzione e One Health:** rafforzare ulteriormente la prevenzione come moltiplicatore di valore sociale ed economico.
- **Green hospital e modelli eco-compatibili:** rendere la sostenibilità ambientale un asse strutturale della programmazione sanitaria, con tre linee prioritarie di azione: green hospital, gestione sostenibile dei rifiuti, acquisti verdi e mobilità sostenibile.
- **Ricerca, innovazione e partenariati PPP:** consolidare un ecosistema dell'innovazione sanitaria, articolato su quattro assi principali: ricerca e università, partenariati pubblico-privati (PPP), trasferimento tecnologico e start-up, valorizzazione delle competenze mediche e scientifiche.
- **Raccontare e rafforzare l'eccellenza della sanità veneta:** avviare l'aggiornamento del PSSR 2019–2023.

Gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2026, al momento della redazione del presente Piano, non sono ancora stati comunicati dalla Regione. In generale, le linee programmatiche regionali e la loro declinazione nei vari obiettivi vengono ogni anno definiti in continuità con quelli dell'esercizio precedente. È dunque ipotizzabile che il provvedimento regionale definisca per l'anno 2026 obiettivi coerenti con quelli indicati dalla d.G.R. 1557 del 30 dicembre 2024.

La figura rappresenta le principali linee strategiche che l’Azienda intende perseguire nel triennio 2026-2028:





### 2.2.2 Il Documento di Direttive

Il Documento di Direttive esplicita per l’anno di riferimento gli obiettivi prioritari per la Direzione aziendale in attuazione degli indirizzi e delle scelte di programmazione strategica pluriennale ed in coerenza con i vincoli interni ed esterni che l’Azienda è tenuta a rispettare. Il Documento rappresenta uno strumento operativo finalizzato a orientare le progettualità declinandole in specifici obiettivi.



I principali obiettivi strategici previsti per il 2026, in continuità con gli anni precedenti, sono i seguenti:

	<b>LISTE DI ATTESA: specialistica e ricoveri</b>	<b>SCREENING I E II LIVELLO: favorire una maggior integrazione delle strutture</b>	
	<b>RISPETTO DEI VINCOLI REGIONALI DI COSTO E DI RISORSE</b>	<b>PNRR: completamento dell'alta tecnologia, sviluppo delle strutture territoriali e della medicina territoriale</b>	
	<b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTA FARMACI E SPECIALISTICA</b>	<b>RIDUZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE</b>	
	<b>CONTRASTO ALL'ANTIBIOTICO RESISTENZA</b> (ridurre il consumo di antibiotici sia nell'ospedale sia nel territorio)	<b>PDTA e ATTUAZIONE NUOVI PROTOCOLLI</b> (desistenza terapeutica, paziente neuroleso, donazione organi e consenso informato)	
	<b>ACCREDITAMENTO ALL'ECCELLENZA: ACCREDITATION AGREEMENT CANADA</b> (Trauma e Ictus)	<b>SVILUPPO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE E TELEMEDICINA</b>	

### Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie

L'Azienda, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali, intende assicurare il governo delle liste di attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un equo accesso alle migliori prestazioni sanitarie in luoghi e secondo tempi adeguati.

L'Azienda persegue l'obiettivo di migliorare, ove possibile, la performance in riferimento a:

- Area delle prestazioni urgenti: tempi rapidi di primo intervento nell'ambito dei soccorsi primari, tempi di permanenza in Pronto Soccorso;
- Area specialistica ambulatoriale: rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di controllo. A tal fine verranno migliorati i percorsi interni ed i protocolli operativi soprattutto per ridurre le prestazioni per le quali all'atto del contatto del paziente con la struttura, non è stato possibile fissare un appuntamento (c.d. "pre-appuntamento").
- Area chirurgica: rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici oncologici e non oncologici in regime di ricovero.
- Nel 2026 verrà inoltre potenziata l'attività chirurgica relativa agli interventi di ernia al fine di ridurre sensibilmente il numero di prestazioni in lista di attesa.

Con delibera n. 418 del 7 marzo 2025 l'Azienda ha aggiornato il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa, in conformità alle indicazioni del Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) approvato dalla Regione del Veneto con DGR 626 del 04 giugno 2024.

### Promozione dell'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse e Governo dei costi della produzione

Per raggiungere l'obiettivo di risultato economico e costo della produzione compatibili con i valori di riferimento regionale, si rende necessario garantire il rispetto dei limiti di costo: Farmaceutica Convenzionata e Diretta, Dispositivi Medici, Diagnostici in vitro, Assistenza Integrativa e Protesica, Personale.

Inoltre, si intende proseguire nel processo di controllo sistematico dei costi, attraverso il monitoraggio dei principali canali di spesa, garantendo, nella combinazione dei fattori produttivi, una costante ricerca delle soluzioni più efficienti ed economicamente sostenibili.

#### **Appropriatezza prescrittiva nel consumo di farmaci e antibiotici**

Nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva del consumo di farmaci e antibiotici l'Azienda ha fissato obiettivi per promuovere il consumo appropriato dei farmaci e contrastare l'antibiotico resistenza nella popolazione e ciò in aderenza alle linee definite dal PNCAR e dagli obiettivi regionali.

#### **Accreditamento all'eccellenza**

L'Azienda ha ottenuto il prestigioso accreditamento all'Eccellenza di Accreditation Canada per i seguenti programmi di miglioramento della qualità:

- **Programma Stroke Distinction**, che adotta standard basati sulle *Canadian Stroke Best Practice Recommendations*, riconosciute a livello nazionale. Il programma include anche l'utilizzo di protocolli specifici per la gestione dell'ictus, formazione per i pazienti e le loro famiglie, nonché un progetto di eccellenza e innovazione.
- **Programma Trauma Distinction**, che integra standard di eccellenza, protocolli e indicatori di performance mirati alla gestione dei traumi.

L'accreditamento permette all'Azienda di migliorare l'efficienza, aumentare la qualità e la sicurezza, ridurre i rischi e generare maggior valore per la comunità.

L'Azienda continuerà a garantire un impegno costante per mantenere i livelli di qualità del servizio.

#### **Promozione della salute attraverso la prevenzione**

Anche le attività di Prevenzione si devono qualificare per una forte integrazione con i diversi attori della rete aziendale (macrostrutture del territorio e dell'ospedale) mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

A tale scopo è necessario assicurare e sostenere la prevenzione e l'adesione alle iniziative di screening nella consapevolezza che le iniziative volte alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale, oltre a migliorare i livelli di qualità della vita, si configurano come fattori essenziali di sostenibilità economica poiché riescono a contenere l'insorgere di patologie future con i conseguenti maggiori costi che ne deriverebbero.

Tra le attività aziendali di prevenzione e promozione della salute particolare attenzione deve essere posta alle seguenti aree: sicurezza nei luoghi di lavoro, screening oncologici, sicurezza alimentare, salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, promozione di stili di vita sani, copertura vaccinale ordinaria ed in particolare, con riferimento soprattutto alla popolazione di età  $\geq 60$  anni e agli operatori sanitari, rispetto degli standard di copertura della vaccinazione antinfluenzale.

#### **Progetti di investimento e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Come già esposto nel paragrafo relativo al Valore Pubblico, l'Azienda sta sviluppando molteplici progettualità che concorreranno, unitamente a quelle delle altre Aziende, a delineare il nuovo volto della sanità veneta. L'importo complessivo destinato a tali investimenti è di oltre 304 milioni di euro, di cui 40 finanziati con il PNRR. Nel territorio aziendale è prevista l'attivazione delle seguenti Case della Comunità:

- Nuove costruzioni: Casa di Comunità di Marcon (2,9 milioni di cui 2 PNRR), Casa di Comunità di Marghera (9,6 milioni di cui 5 PNRR), Casa di Comunità di Mira (3,8 milioni di cui 3,1 PNRR), Casa di Comunità di Dolo (3 milioni di cui 1,5 PNRR), Casa di Comunità di Chioggia (3,2 milioni di cui 2,2 PNRR), Casa di Comunità di Cavarzere (2,6 milioni);

- Ristrutturazione strutture esistenti: Casa di Comunità di Mestre (7,3 milioni di cui 3,5 PNRR), Casa di Comunità di Martellago (2,2 milioni di cui 1,5 PNRR).

A queste si aggiungono le Case della Comunità del Lido di Venezia, di Noale, di Favaro Veneto e di Venezia che verranno attivate all'interno di edifici già esistenti, senza particolari costi aggiuntivi.

Per quanto riguarda l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, l'Azienda ha già collaudato 28 grandi apparecchiature per i cinque ospedali presenti nel territorio aziendale: 3 acceleratori lineari (di cui uno in overbooking), 3 angiografi, 2 gamma camere, 1 gamma camera/TAC, 5 mammografi, 2 risonanze magnetiche, 9 sistemi radiologici fissi e 3 TAC per un totale di 15,3 milioni di euro.

### **Garanzia dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)**

Il PDTA rappresenta il percorso del paziente all'interno delle reti cliniche, più razionale e finalizzato al miglior esito delle cure. In tal senso, l'Azienda promuove la definizione e la corretta applicazione dei PDTA quali modelli organizzativi multidisciplinari e interprofessionali relativi a specifiche categorie di pazienti, in particolari contesti locali, affetti da patologie per le quali vi è maggior criticità nell'accesso alle prestazioni.

### **Ulteriore sviluppo dell'attività di Telemedicina**

Il progetto nell'ULSS 3 Serenissima è stato avviato già dal 2020 con l'acquisizione e la messa in uso di una piattaforma informatica dedicata, in grado di erogare in particolare servizi di tele visita, teleconsulto tra medici e monitoraggio da remoto del paziente. Il sistema coinvolge una molteplicità di settori operativi e figure professionali ed ha richiesto uno sviluppo graduale in cui ha ricoperto un ruolo centrale la formazione rivolta a tutti gli operatori coinvolti.

L'Azienda, in coerenza con le direttive ministeriali e le progettualità del PNRR, intende sviluppare ulteriormente il sistema di telemedicina, nell'ambito delle linee di indirizzo regionali, perché rappresenta uno strumento strategico in grado di offrire una risposta efficace anche in situazioni di emergenza grazie alla possibilità di operare in un contesto di flessibilità operativa ed integrazione organizzativa. La telemedicina ricoprirà inoltre un ruolo crescente nella gestione delle malattie croniche facilitando l'accessibilità ai servizi grazie alla riduzione di tempi e costi legati allo spostamento dei pazienti.

Nel 2026 si prevede l'utilizzo della nuova piattaforma regionale che andrà a sostituire quella attualmente in uso in Azienda.

### **Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**

Il Nuovo Sistema di Garanzia rappresenta lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Gli indicatori del NSG individuati dal DM 12 marzo 2019 sono 88. All'interno del NSG sono individuati un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "CORE", utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni.

### **Sviluppo delle reti cliniche**

L'Azienda intende promuovere lo sviluppo delle reti cliniche in modo da garantire per ciascun bacino di riferimento la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di "personalizzazione", secondo il criterio di una risposta appropriata, personalizzata ed efficace, nei luoghi di maggior prossimità del paziente e del contesto familiare. In particolare, l'Azienda garantirà la piena funzionalità delle reti per patologie tempo-dipendenti (emergenza/urgenza, emergenze cardiologiche, trauma, ictus).

### **Gestione del rischio sanitario e garanzia della sicurezza dei servizi**

Ciascun sistema aziendale di gestione dei rischi è un insieme coordinato, coerente e diffuso di attività, strumenti, procedure e risorse che si prefigge di governare i rischi presenti attraverso una rete di iniziative di miglioramento. I principali sistemi di gestione dei rischi riguardano i seguenti valori da tutelare: la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo), la sicurezza dei pazienti (rischio clinico), la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo), la tutela dell'ambiente (rischio ecologico), la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile), l'integrità della pubblica amministrazione (rischi di conflitti di interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione). Obiettivo dell'Azienda è promuovere la sicurezza del paziente e la cultura del rischio tramite la valutazione approfondita e congiunta degli eventi avversi, considerando questi come un'opportunità di miglioramento. In questo contesto si inquadra il potenziamento dei flussi informativi, strutturandoli in un unico sistema informativo organizzato al fine di costituire una banca dati completa e aggiornata.

### **Implementazione delle azioni di miglioramento dei controlli amministrativi**

L'Azienda considera come prioritario il tema della corretta organizzazione delle procedure al fine della regolarità amministrativo-contabile degli atti prodotti, a salvaguardia del patrimonio aziendale e della veridicità dei dati costituenti il sistema informativo dell'Azienda e a garanzia della legittimità ed economicità dell'azione amministrativa. In linea con tale obiettivo vengono promosse le azioni necessarie a consentire il continuo monitoraggio dei processi in essere ai fini della valutazione del rischio amministrativo, e l'individuazione e implementazione delle eventuali misure di intervento.

Il Piano di Audit per il triennio 2024-2026 prevede l'analisi e revisione del processo "Gestione magazzino beni di consumo sanitari" con l'obiettivo di valorizzare la valutazione dei rischi come strumento di individuazione dei controlli di I livello.

### **Diffusione dei temi della trasparenza e anticorruzione**

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione trova conforme riscontro nel piano di programmazione e della valutazione della performance individuali e dell'organizzazione. Tali misure, infatti, hanno una duplice valenza, in quanto incidono contemporaneamente sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile e appropriato delle risorse pubbliche, nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

Dovranno quindi essere rispettati gli obiettivi e le azioni presenti e riportate nella sezione del PIAO Rischi corruttivi e trasparenza nonché tutti gli obblighi di condotta contenuti nel Codice di Comportamento aziendale.

### **Flussi informativi e digitalizzazione**

L'Azienda si impegna a mantenere la qualità dei dati presenti nei flussi informativi, a rispettare le scadenze per l'invio delle informazioni tramite NSIS e a garantire la completezza, la tempestività e l'integrità nella raccolta delle informazioni. Oltre a ciò, si procederà gradualmente ad estendere il processo di digitalizzazione.

### **Formazione aziendale**

La formazione aziendale rappresenta per l'Azienda Ulss 3 Serenissima uno strumento ed una leva strategica per il perseguimento dei propri obiettivi gestionali. In particolare, l'Azienda attraverso la formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nella sezione dedicata del PIAO, vengono approfonditi con maggior dettaglio gli obiettivi formativi aziendali e il piano formativo aziendale per il 2026.

Di seguito si riportano alcuni dei principali obiettivi operativi suddivisi per area, relativi all'anno 2026, in continuità con l'anno precedente.

#### AREA OSPEDALIERA:

##### AREA CHIRURGICA

- **N° interventi chirurgici** (regime ordinario e diurno):  
aumento dell'attività, ove possibile, per ridurre le liste d'attesa
- **N° interventi per cataratta:**
  - mantenere la produzione in linea con il 2025
- **Fratture del femore operate entro 48h** (over 65):
  - Rispettare la percentuale dei tempi di attesa (80%)
- **N° interventi robotica Mestre e Dolo**
  - Pieno utilizzo dei 2 robot (Mestre e Dolo)
- **N° interventi per ernie**
  - Ridurre le liste di attesa degli interventi di ernie

##### AREA SPECIALISTICA

- **VOLUME PRESTAZIONI:**  
Aumentare la produzione per ridurre le liste di attesa
- **PERFORMANCE TEMPI D'ATTESA:**  
rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità

##### ANTIBIOTICI

- Riduzione ulteriore **del consumo di antibiotici** nei reparti rispetto al 2025 (DDD per 100 gg deg)
- **Migliorare l'appropriatezza sull'uso di antibiotici:**  
aumentare la % antibiotici ACCESS rispetto al 2025

##### AREA ONCOLOGICA

- % Reintervento **tumore maligno mammella** entro 120 giorni  $\leq 2,66\%$
- % Riammissioni a 30 gg dopo intervento per **tumore della prostata**  $\leq 3,5\%$
- % Reintervento **tumore colon** entro 30 giorni  $\leq 3,39\%$
- % di nuovi casi operati per **tumore del colon** con un **esame diagnostico nei 60 giorni precedenti** l'intervento  $\geq 85\%$
- % di nuovi casi operati per **tumore del retto** che hanno effettuato un **esame diagnostico nei 60 giorni precedenti** il primo trattamento chemioterapico, radioterapico o chirurgico  $\geq 80\%$



### AREA MEDICA

- **DEGENZA MEDIA:**  
ridurre la DM nelle UUOO che presentano valori particolarmente elevati

### INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

- **Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza**

### AREA MATERNO-INFANTILE

- **PARTI CESAREI PRIMARI:** rispetto soglie regionali

### OBIETTIVI DEL NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (NSG)

- Proporzione di **colecistomie laparoscopiche** con degenza post-operatoria < 3 giorni, superiore al 90%
- Mortalità a 30 giorni per **ICTUS ischemico**  $\leq 7,25\%$
- Mortalità a 30 giorni dall'intervento di **bypass aorto-coronarico**  $\leq 1,5\%$
- Percentuale di pazienti con diagnosi di **scompenso cardiaco** che aderiscono al **trattamento farmacologico con beta-bloccanti** > 73%
- Percentuale di **nuovi casi operati per tumore della mammella** che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento superiore del 50% rispetto il 2025

### DIP. SALUTE MENTALE

- **Miglioramento dell'appropriatezza nel percorso di presa in carico del paziente**

### TELEMEDICINA

- **Consolidare l'attività di telemedicina**

### PRONTO SOCCORSO

- **DURATA ACCESSI (codici bianchi e verdi escluso OBI):**  
 Monitorare i tempi di permanenza in PS dei codici bianchi e verdi

### CENTRALE 118

- **Mantenere l'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso <18 minuti**


**AREA TERRITORIALE:**
**APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

- **Diminuire il consumo di antibiotici**
- **Riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana:**  
riduzione della % di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farm/principi attivi
- **Governo della domanda con incontri con MMG**

**ASSISTENZA TERRITORIALE E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

- **ADI per pazienti over 65:** Prendere in carico il numero di pazienti previsto dal target regionale
- **Sviluppo della TELEMEDICINA**
- **Potenziare la RETE DI CURE PALLIATIVE**

**RETE DI OFFERTA TERRITORIALE**

- **PERSEGUIMENTO PNRR Missione 6:** Attivazione delle Case delle Comunità

**PREVENZIONE:**
**SCREENING**
**I° LIVELLO**

Copertura degli **screening di primo livello** del **colon retto** (soglia  $\geq 50\%$ ), **mammella** (soglia  $\geq 60\%$ ), **cervice uterina** (soglia  $\geq 50\%$ )

**II° LIVELLO**

Proporzione di **cancri in stadio II+** rilevati dai programmi di **screening** per il **tumore della mammella**  $\leq 25\%$

**Intervallo di tempo** tra lo screening di primo e di secondo livello

- del **colon entro 30 giorni** (soglia  $\geq 70\%$ )
- della **mammella entro 28 giorni** (soglia  $\geq 80\%$ )

**VACCINAZIONI**
**COPERTURE VACCINALI NELL'INFANZIA**

**Copertura** nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro **morbillo, parotite, rosolia** e per **ciclo base** (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) e per **morbillo, parotite, rosolia (MPR)**, (soglie  $\geq 95\%$ )

**Copertura HPV** nelle **coorti dei dodicenni** (soglia  $\geq 80\%$ )

**COPERTURE VACCINALI OVER 65**

- **Influenza**, soglia  $\geq 60\%$
- **Pneumococco**, soglia  $\geq 55\%$
- **Herpes Zoster**, soglia  $\geq 50\%$

- **Sicurezza dei prodotti chimici** – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione
- **Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali**, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.
- **Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti**, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale.
- **Indicatore composito sugli stili di vita**

### OBIETTIVI ECONOMICI:

#### RISPETTO dei Tetti di Costo regionali

#### RISPETTO DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA REGIONALE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA:

monitoraggio di tutte le fonti di spesa per un efficiente utilizzo di tutti i fattori produttivi

### 2.2.3 Il sistema di programmazione e verifica dei risultati

L'Azienda ULSS 3 Serenissima individua ed assegna gli obiettivi e verifica i risultati raggiunti utilizzando lo strumento del budget, inteso come strumento di indirizzo dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche di efficienza ed efficacia.

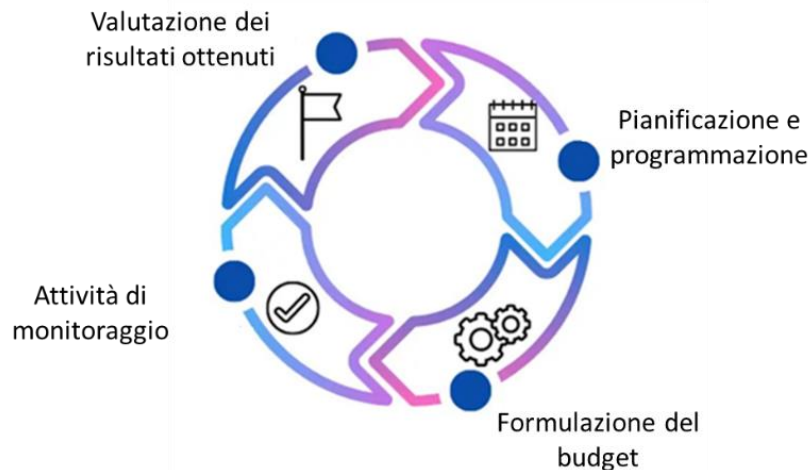
Le fasi temporali in cui si articola il Ciclo della Performance sono rappresentate nel prospetto.



Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima la performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale);
- a livello di singola Unità Operativa (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente (performance individuale).

Il sistema di programmazione e verifica dei risultati adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:



## 1. Pianificazione e programmazione

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Azienda definisce gli obiettivi aziendali e crea le condizioni per garantirne il perseguimento.

Il servizio Controllo di Gestione è l'infrastruttura di supporto che sovrintende all'intero sviluppo del ciclo della performance applicando la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse.

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda assolve, a una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi;
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
3. rafforzare la responsabilizzazione degli operatori;
4. rappresentare, misurare e rendere trasparente il processo finalizzato a rispettare gli obiettivi istituzionali.

## 2. Formulazione del budget

Il processo di Budget si applica alle Unità di Budget, unità organizzative aziendali in cui è possibile individuare e definire responsabilità di tipo organizzativo, gestionale ed economico all'interno dell'Azienda.

La definizione e contrattazione degli obiettivi di budget riguarda ogni singola Unità di Budget.

Sulla base delle linee strategiche aziendali vengono individuati gli indirizzi operativi per macroaree, utili per la definizione degli obiettivi delle Unità di Budget, validi per un arco temporale definito, solitamente

annuale. Gli obiettivi, così definiti, riguardano la performance dell'Unità Operativa e coinvolgono complessivamente tutto il personale, sia dirigente che del comparto.

Una volta definiti e condivisi, gli obiettivi di budget vengono formalizzati nella Scheda di Budget che viene sottoscritta dai Direttori coinvolti nella negoziazione. In essa sono esplicitati gli obiettivi che il personale afferente all'UO (dirigenza e comparto) deve perseguire, le risorse a disposizione, i risultati attesi, gli indicatori di riferimento e il peso assegnato.

Nell'ottica di condivisione e trasparenza, le Schede, una volta firmate, sono rese pubbliche e accessibili a tutti gli operatori mediante la pubblicazione nel portale aziendale.

La Direzione si riserva di aggiornare gli obiettivi in corso d'anno, a seguito di nuove direttive regionali oppure sulla base di proprie decisioni. Nel caso di modifiche sostanziali aziendali e/o dell'assetto organizzativo, è prevista la possibilità di rimodulare gli obiettivi concordati con l'Unità di Budget o modificarne il punteggio.

### **3. Attività di monitoraggio**

Il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Unità di Budget viene effettuato dal Controllo di Gestione con periodicità infra-annuale tramite i dati forniti dai sistemi informativi aziendali.

A ciascuna unità operativa viene inviata una scheda di monitoraggio con il livello di performance raggiunta consentendo al Direttore dell'Unità di Budget di attivare eventuali specifiche azioni correttive in caso di scostamento dagli obiettivi.

### **4. Valutazione dei risultati ottenuti**

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale come descritto nei punti successivi.

#### *Valutazione della Performance Organizzativa*

La fase di valutazione finale degli obiettivi di budget inizia a fine periodo con la misurazione a consuntivo degli indicatori contenuti nella Scheda di Budget. Il Controllo di Gestione, sulla base delle evidenze desunte dal sistema informativo aziendale e dalla documentazione fornita dal Direttore di UOC/UOSD o da altre Unità Operative, valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi secondo criteri definiti nelle schede di budget.

Il valutatore di I istanza può modificare o confermare il risultato indicato dal Controllo di Gestione, tenendo altresì conto delle eventuali motivazioni fornite dal Direttore dell'Unità Operativa. La valutazione di prima istanza si articola su due livelli di giudizio secondo scala gerarchica.

#### *Valutazione della Performance Individuale*

La misurazione della Performance Individuale valuta l'apporto del singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore, secondo i principi del contraddittorio, della partecipazione e della trasparenza dei criteri di valutazione utilizzati. L'UOC Gestione Risorse Umane coordina il processo di valutazione individuale e garantisce il rispetto delle scadenze previste relativamente alla corresponsione delle premialità come normato dagli accordi contrattuali. La corresponsione degli istituti economici previsti dalla contrattazione integrativa vigente avviene sulla base dell'esito della valutazione organizzativa ed individuale.

Ulteriori approfondimenti in materia di tempi e modi aziendali applicati per la determinazione degli obiettivi ed al loro monitoraggio e valutazione del risultato finale sono contenuti nel documento sul funzionamento complessivo del Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'ULSS 3 Serenissima, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente > Performance > Sistema di misurazione e valutazione della performance del sito aziendale.

#### 2.2.4 Raccordo tra le Sezioni Performance e Rischi corruttivi e Trasparenza

In base al quadro normativo vigente e agli orientamenti dell'ANAC, la definizione di misure per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza costituisce contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale dell'Amministrazione. Come previsto dall'art. 1, comma 8, della legge n. 190 del 2012 "L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ...". In tal modo, si stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

ANAC ha più volte ribadito la necessità di un coordinamento tra il documento che definisce la strategia di prevenzione del rischio corruttivo rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione. Già nel PNA 2019 veniva sottolineata l'importanza di garantire la "sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance". Alle misure programmate in tema di anticorruzione e trasparenza devono pertanto corrispondere specifici obiettivi di performance. Nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate, dell'effettiva partecipazione delle strutture e dei singoli alle varie fasi del processo di gestione del rischio.

Le misure generali e specifiche aziendali da porre in essere in collegamento con gli obiettivi della Performance riguardano:

- Adempimenti relativi alle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente";
- Analisi delle misure di prevenzione del rischio;
- Mappatura dei processi e monitoraggio delle attività a rischio;
- Attività di Audit nell'ambito dei rischi corruttivi;
- Realizzazione di attività formativa in tema di prevenzione della corruzione.

A corollario del coordinamento tra il presente documento e le altre attività di programmazione, vi è un efficace sistema di controlli interni in cui si colloca l'OIV che è chiamato a garantire che il ciclo di valutazione della performance sia eseguito nel rispetto delle procedure aziendali e dei principi di correttezza e trasparenza.

La valutazione della performance individuale ed organizzativa, che riguarda anche le misure di prevenzione della corruzione, è operata coerentemente al regolamento relativo al Sistema di misurazione e valutazione della performance, adottato e aggiornato annualmente, e inserita nei contenuti della Relazione annuale della performance quale documento che evidenzia *"(...) a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato"* (D.lgs. n. 150/2009, art. 10 come modificato dal D.lgs. n. 74/2017).

La valutazione della performance organizzativa deve essere coerente con la valutazione effettuata dalla Regione sul grado di raggiungimento degli obiettivi del Direttore Generale.

## 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La prevenzione della corruzione rappresenta una delle dimensioni fondamentali per la creazione e protezione del valore pubblico ed assume carattere trasversale rispetto a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale.

Essa, infatti, nel prevenire fenomeni corruttivi e di *maladministration* e nel perseguire obiettivi di trasparenza ed imparzialità, contribuisce alla generazione di valore pubblico.

La sezione *Rischi corruttivi e trasparenza* del PIAO è elaborata in coerenza con il quadro normativo di riferimento, costituito dalla legge n.190/2012, dal D.L. n.80/2021 e dal D.M. n.132/2022 nonché in conformità alle indicazioni e agli indirizzi formulati da ANAC. Si riportano di seguito i principali contenuti:

### Parte generale

- Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e di gestione del rischio
- Processo e modalità di predisposizione della sezione
- Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

### Analisi del contesto

- Analisi del contesto esterno
- Analisi del contesto interno:
  - Organizzazione
  - Mappatura dei processi e Gestione del rischio

### Programmazione delle misure di prevenzione

- Misure generali
- Misure specifiche

### Trasparenza

### Monitoraggio

Scopo della presente sezione è quello di illustrare la strategia aziendale per la prevenzione della corruzione in linea con gli obiettivi strategici aziendali.

L'Azienda ULSS 3 Serenissima, partendo da una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, identifica le aree di attività amministrativa maggiormente esposte e giunge ad individuare ed applicare le misure necessarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

Il processo di gestione del rischio corruttivo viene attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. Le fasi principali sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema.

L'Azienda persegue il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio al fine di rafforzare le misure volte alla prevenzione della corruzione. In questo processo assume un ruolo fondamentale il monitoraggio, i cui esiti sono alla base della progettazione delle misure stesse.

L'obiettivo finale cui tendere è un sistema che tenga conto dell'esigenza di uno sviluppo progressivo del sistema di prevenzione, con la consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti.

### 2.3.1 Soggetti: compiti e responsabilità

Alle attività di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità, al processo di gestione del relativo rischio e al monitoraggio concorrono, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i Dirigenti e tutto il personale dell'Azienda.

#### Il Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 1, comma 8, della L. 190/2012 *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO."*

Il Direttore Generale, inoltre:

- adotta il PIAO contenente la Sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" entro il 31 gennaio di ogni anno e tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra le azioni per la prevenzione della corruzione e gli altri atti di programmazione aziendale;
- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- assicura al RPCT lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

#### Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT è nominato dall'organo di indirizzo con apposito provvedimento previa valutazione dei requisiti necessari per lo svolgimento delle funzioni. Ai sensi dell'art. 1, comma 7, della L. 190/2012 *"l'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività"*.

Il RPCT assume i seguenti compiti:

- elabora, predispone e/o aggiorna la proposta di Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO che sottopone al Direttore Generale per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno e verifica l'efficace

attuazione del Piano;

- segnala alla Direzione aziendale, all'OIV e all'ANAC le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- monitora la rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- provvede ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- promuove il rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'Azienda;
- in materia di *whistleblowing*, riceve e prende in carico le segnalazioni di cui al d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante "la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali";
- entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo proroghe stabilite dall'ANAC, per l'anno 2025 la scadenza è stata prorogata al 31/01/2026), trasmette all'OIV e alla Direzione aziendale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito aziendale;
- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di trasparenza, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente.

Il RPCT dell'Azienda ULSS 3 Serenissima è il dott. Domenico Bagnara, nominato con delibera del Direttore Generale n. 419 del 16/03/2022. Con Delibera del Direttore Generale n. 1746 del 19 ottobre 2023, al fine di garantire la continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del RPCT in caso di assenza temporanea e improvvisa, si è provveduto a nominare come sostituto del RPCT il Direttore della UOC Affari generali.

### **Soggetti che collaborano con il RPCT**

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'Amministrazione. Tutto il personale dell'Azienda è tenuto all'osservanza delle norme anticorruzione e tutte le unità operative devono fornire il loro apporto collaborativo al RPCT per l'attuazione del presente documento di prevenzione della corruzione.

In particolare, i **dipendenti** hanno l'obbligo di:

- osservare le misure contenute nella presente sezione e prestare la propria collaborazione al RPCT;
- conformare il proprio comportamento alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento;
- segnalare le situazioni di illecito al RPCT;
- segnalare al proprio dirigente casi di personale conflitto di interessi;
- assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente garantendo la massima collaborazione.

Il contenuto della presente sezione è applicabile anche nei confronti di tutti i **collaboratori che operano a vario titolo** all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- medici, veterinari, psicologici e altri a rapporto convenzionale;
- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- personale assunto con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti e tirocinanti.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e al Codice di comportamento aziendale, applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, o in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

L'applicazione delle misure di prevenzione presuppone il coinvolgimento dei **dirigenti** e di tutto il personale che lavora nelle aree a più elevato rischio di corruzione. La normativa prevede che il RPCT sia coadiuvato anche dai Dirigenti dell'Area Tecnico Amministrativa e dell'Area Sanitaria. Ad essi sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. Tutto il personale è tenuto infatti a fornire all'RPCT e ai Referenti delle aree interessate dalla Sezione rischi corruttivi e trasparenza la collaborazione necessaria per prevenire la corruzione e, ai sensi dell'art. 8 del DPR n. 62 del 16.04.2013 (D.P.R. 62/2013), a rispettare le prescrizioni contenute nella Sezione stessa.

In particolare, ciascun Dirigente, nell'ambito della propria competenza, deve assumere i compiti di seguito indicati:

- rispettare le prescrizioni contenute nella Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO e prestare collaborazione al RPCT;
- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- partecipare al processo di gestione del rischio concorrendo alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e garantire l'applicazione delle misure di propria competenza;
- assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione, avviando i procedimenti disciplinari;
- verificare e garantire, ove possibile, la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e generalizzato;
- effettuare verifiche in ordine al rispetto della normativa sul conflitto d'interessi.

È dovere di tutti dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT ed adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso.

I responsabili delle diverse unità operative, nell'esercizio delle funzioni di referenti del RPCT, sono tenuti a curare il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti, in specie di quelli addetti alle aree a

più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione dei rischi, nonché di proposta e definizione delle misure per l'attuazione del piano di prevenzione della corruzione.

Nell'Elenco dei processi allegato sono indicati i Referenti coinvolti nello sviluppo, attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione individuate.

L'elenco che segue rappresenta la composizione del **Gruppo di supporto al RPCT**, costituito dai servizi che coadiuvano l'RPCT nelle funzioni di analisi e gestione del rischio. Il Gruppo di supporto garantisce una rete permanente e funzionale non soltanto alla predisposizione degli aggiornamenti annuali ma anche al monitoraggio delle azioni di contrasto alla corruzione e alla diffusione della cultura della legalità e trasparenza.

### Gruppo di supporto al RPCT - Composizione



### Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA). Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) è la dott.ssa Bon Cinzia, Direttore dell'UOC Provveditorato, Economato e Logistica.

### Internal Auditing

La Struttura di Internal Auditing svolge un'attività volta ad individuare la completezza, l'adeguatezza, la funzionalità e l'affidabilità del Sistema di Controllo Interno. Fornisce il supporto necessario per la corretta definizione ed effettuazione dei controlli di primo e secondo livello. Inoltre, pianifica e svolge audit relativi all'attività svolta dai Servizi in relazione ai controlli di competenza.

Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 231 del 6 marzo 2018, in attuazione di quanto previsto nella precedente deliberazione n. 1122 del 19 luglio 2017, sono state approvate le “Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di Internal Audit di Azienda Zero e delle Aziende sanitarie del Veneto”. Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 1025 del 16 agosto 2022 relativa all'approvazione delle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero, sono state rappresentate le finalità, i poteri, le responsabilità in capo alla Funzione di Coordinamento Rischi amministrativi e contabili che afferisce alla Direzione Generale di Azienda Zero. Tale Funzione coordina gli aspetti funzionali condividendo standard, strumenti e metodologie per garantire uniformità nella loro applicazione nelle aziende del SSR, emana annualmente le linee guida ai fini della programmazione delle attività, alle quali si devono attenere le Funzioni Internal Auditing delle Aziende sanitarie del Veneto.

Per il triennio 2025-2027 il Coordinamento regionale Rischi Amministrativi e Contabili, con nota protocollo n. 127484 del 19 giugno 2025, ha trasmesso le linee guida per la predisposizione del Piano Triennale di Audit 2025-2027. L'Azienda ULSS 3 Serenissima con delibera del Direttore Generale n. 1215 del 2 luglio 2025 ha approvato il Piano di Audit aziendale in conformità a quanto previsto dalle linee guida.

Nel documento viene fatto riferimento alla necessità di un raccordo con le azioni che devono essere svolte in collaborazione con il RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio di frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto.

Le attività di Internal Auditing programmate per il 2026 tengono conto anche delle indicazioni contenute nella presente sezione.

### **UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari**

L'UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari si occupa nell'Azienda ULSS 3 anche delle seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- cura assieme al RPCT l'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- predispone la relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza da trasmettere al RPCT.

I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC, pubblicata sul sito dell'Azienda nella sezione Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione > Relazione del RPCT.

### **Unità di supporto Privacy (USP)**

L'unità di Supporto Privacy, istituita con Delibera n.1017 del 24 maggio 2018, in qualità di struttura di supporto, fornisce le indicazioni tecnico-giuridiche ed operative connesse all'attuazione della normativa in materia di protezione dei dati.

L'USP collabora con l'RPCT fornendo indicazioni e pareri connessi alle istanze di accesso civico, valutando il giusto bilanciamento tra l'attuazione del diritto all'accesso e quello alla riservatezza.

### **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione si occupa delle seguenti attività:

- promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;

- esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione e modifica del Codice di Comportamento;
- verifica i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali inadempimenti degli obblighi di pubblicazione ed attiva le dovute forme di responsabilità;
- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso anche formulando proposte e raccomandazioni.

In base a quanto disposto nel PNA 2022, viene rafforzata la collaborazione tra RPCT e OIV al fine di garantire l'integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO. A tal fine l'OIV è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza con quelli della performance;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni.

L'OIV si confronta sia con il RPCT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti – che con i referenti del Gruppo di supporto, anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità sulla coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione, l'OIV può suggerire le azioni correttive ritenute più opportune.

Gli esiti delle attività svolte dall'OIV sono rendicontati nei relativi verbali che sono trasmessi alla Direzione strategica.

### **2.3.2 Processo di predisposizione della Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza**

Entro il 31 gennaio di ogni anno il RPCT, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte dall'analisi del contesto interno ed esterno e di quelle eventualmente fornite dai portatori di interesse nella consultazione pubblica, nonché dalle risultanze delle relazioni dei vari responsabili e referenti, predispone l'aggiornamento annuale della Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO con riferimento al triennio successivo.

In data 30 dicembre 2025 è stata effettuata la pubblicazione dell'avviso di consultazione, rivolta ai cittadini e agli altri stakeholder, della nuova sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO nella pagina principale della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale per favorire, la partecipazione dei portatori di interessi, attraverso la presentazione di osservazioni e proposte.

La bozza del documento è stata posta anche all'attenzione dei responsabili del gruppo di supporto al RPCT, in modo da favorire la più larga partecipazione e condivisione.

Nella stesura definitiva sono state prese in considerazione le proposte e le precisazioni pervenute dai servizi.

### 2.3.3 Obiettivi

La strategia di prevenzione della corruzione persegue l'obiettivo di promuovere la cultura dell'integrità e della trasparenza e si articola in più fasi a partire dall'analisi preliminare dell'organizzazione, delle sue regole e del suo funzionamento in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo. I processi organizzativi vengono esaminati prestando particolare attenzione alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche potenzialmente in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

Nel PNA 2025 ANAC ha esposto la strategia per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza e dell'integrità pubblica per l'Italia con riferimento al triennio 2026-2028.

La tabella che segue illustra le linee strategiche ed i relativi obiettivi definiti dall'Autorità per le Amministrazioni.

LINEE STRATEGICHE	OBIETTIVI
Razionalizzazione della pubblicazione di dati e documenti pubblici per una maggiore accessibilità e fruibilità e per una trasparenza al servizio dei cittadini	Incremento dei livelli di trasparenza ed accessibilità delle informazioni pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente
Semplificare e digitalizzare i processi di predisposizione della Sezione <i>Rischi corruttivi e Trasparenza</i> del PIAO	Partecipazione alle iniziative e attività sperimentali per semplificare e digitalizzare la programmazione anticorruzione
Creazione e protezione di Valore Pubblico attraverso gli strumenti di prevenzione della corruzione e promozione dell'integrità	Realizzare forme di integrazione e coordinamento tra la programmazione anticorruzione e gli altri strumenti di pianificazione nel PIAO
Garantire la correttezza e migliorare la trasparenza degli affidamenti degli incarichi pubblici	Rafforzare i processi di controllo sull'affidamento degli incarichi pubblici
Digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti in una prospettiva di semplificazione e di servizio agli stakeholder	Consolidare la digitalizzazione dei processi di approvvigionamento con particolare riferimento alla fase di esecuzione dei contratti
Consolidamento delle pratiche di Whistleblowing coinvolgendo tutti i portatori di interesse	Allineare i canali di segnalazione interni e formare e sensibilizzare il personale in base alle nuove indicazioni ANAC contenute nelle linee guida



Si riportano di seguito le linee d'indirizzo regionali di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1406 del 11 novembre 2025 "Attuazione legge 6 novembre 2012, n.190 recante "Attuazione Legge 6 novembre 2012, n.190, art. 1, comma 8: definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Aggiornamento del "Documento recante gli indirizzi strategici in materia di prevenzione della corruzione della Regione del Veneto" per l'anno 2026".

Tali indirizzi a loro volta confermano gli obiettivi strategici nazionali individuati da ANAC quali direttrici fondamentali nell'approccio preventivo al contrasto della corruzione:

## LINEE STRATEGICHE E OBIETTIVI DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

*Deliberazione della Giunta Regionale n. 1406 del'11 novembre 2025*

- **Prevenire la possibilità che si verifichino casi di corruzione** attraverso:
  - ✓ promozione di sempre maggiori livelli di **trasparenza**;
  - ✓ promozione di iniziative di **formazione** per responsabilizzare maggiormente i dipendenti sul tema;
  - ✓ divieto per i dipendenti di svolgere **attività successive alla cessazione dal servizio** (c.d. *pantouflage*).
  
- **Aumentare la capacità di far emergere casi di corruzione** attraverso:
  - ✓ applicazione del **Codice di comportamento**;
  - ✓ **monitoraggio dei tempi procedurali**;
  - ✓ astensione dal procedimento in caso di **conflitto di interesse** e contestuale dovere di segnalazione dello stesso;
  - ✓ **tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti** (*Whistleblowing*);
  - ✓ prevenzione del fenomeno della corruzione nella **formazione di commissioni** e nelle **assegnazioni agli uffici** (art. 35-bis, D Lgs. n. 165/2001) e nelle **procedure di affidamento**.
  
- **Creare un contesto sfavorevole alla corruzione** attraverso:
  - ✓ **coinvolgimento degli interlocutori interni ed esterni** ai fini di una più incisiva analisi del contesto;
  - ✓ disciplina del **conferimento e autorizzazione di incarichi**;
  - ✓ azioni di **sensibilizzazione**;
  - ✓ **rotazione del personale**.



Gli obiettivi aziendali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2026-2028, in coerenza con tali indirizzi nazionali e regionali, ed in continuità con i Piani precedenti, sono così definiti:

### Trasparenza

- Adozione dei nuovi schemi ANAC sugli obblighi di pubblicazione;
- Assicurare livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni tramite un flusso costante e completo di dati e informazioni aziendali nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- Pubblicare documenti, dati e informazioni secondo i requisiti di qualità del dato definiti da ANAC;
- Attuare regolarmente il monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza, in continuità con gli anni precedenti.

### Vigilanza sul rispetto della normativa in materia

- Promozione del rispetto delle norme in materia di conflitto di interesse, antiriciclaggio, pantouflage, inconfiribilità/incompatibilità degli incarichi, rotazione del personale, anche con riferimento a quanto previsto nel Codice di comportamento aziendale.



### Diffusione della cultura della trasparenza e della buona amministrazione

- Sensibilizzazione dei dipendenti attraverso la formazione;
- Pubblicazione ed aggiornamento del documento "Bussola della Trasparenza";
- Coinvolgimento di soggetti interni ed esterni attraverso una comunicazione efficace e l'impiego di strumenti volti ad acquisire i loro contributi, quali la consultazione pubblica e la procedura di segnalazioni di illeciti (Whistleblowing).

### Miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione

- Utilizzo del monitoraggio quale strumento volto all'individuazione delle misure di prevenzione del rischio e all'aggiornamento della mappatura dei processi;
- Supporto alle Unità Operative nel miglioramento continuo della mappatura dei processi, in sinergia con la funzione aziendale di Internal Audit;
- Predisposizione di una Procedura aziendale per uniformare le prassi nell'ambito della raccolta e verifica delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, in coordinamento con il servizio di Internal Auditing e gli altri Uffici aziendali interessati.

## 2.3.4 Analisi del contesto

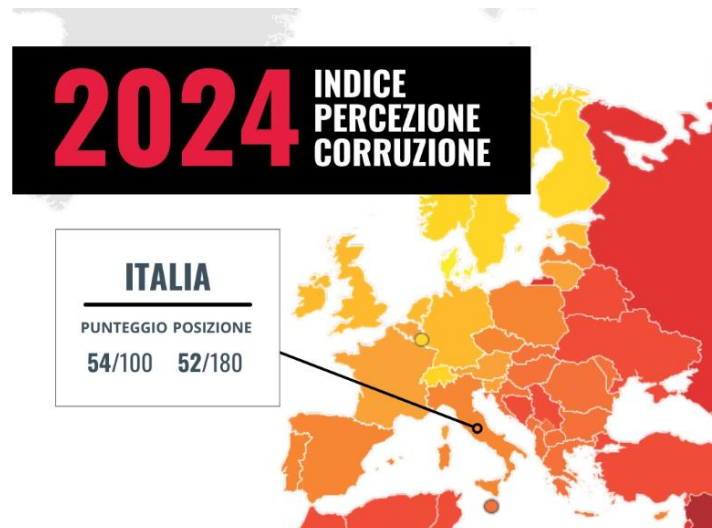
### 2.3.4.1 Analisi del contesto esterno

Le caratteristiche estremamente eterogenee del territorio di riferimento impongono all'Azienda ULSS 3 Serenissima la necessità di assicurare una rete di offerta dei servizi con caratteristiche di capillarità che comporta elevati costi sia fissi che variabili. Espongono inoltre al rischio corruttivo le peculiarità del settore sanitario, le ingenti risorse economiche impiegate, la molteplicità di situazioni, di rapporti e di interlocutori coinvolti nei vari ambiti di attività.

Attraverso l'analisi del contesto è possibile ottenere le informazioni su come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

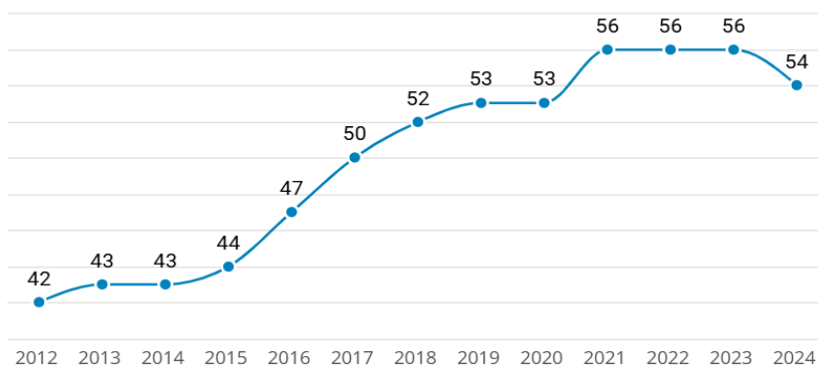
L'indice di percezione della corruzione (noto anche con l'acronimo CPI *Corruption Perception Index*) offre informazioni di base sullo stato del fenomeno corruttivo a livello globale. Si tratta di un indicatore statistico elaborato e pubblicato annualmente da Transparency International, un'organizzazione internazionale non governativa che si occupa della corruzione. A partire dal 1995 Transparency International classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad un pubblico di esperti. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

L'ultimo indice elaborato da Transparency sulla Percezione della corruzione percepita nel settore pubblico, relativo all'anno 2024, assegna il punteggio di 54 all'Italia collocando il nostro Paese al 52° posto nella classifica globale dei 180 Paesi oggetto della misurazione (ed al 19° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea). Il precedente Rapporto di Transparency International, collocava l'Italia in 42° posizione a livello mondiale.





VARIAZIONI DI PUNTEGGIO 2012 - 2024

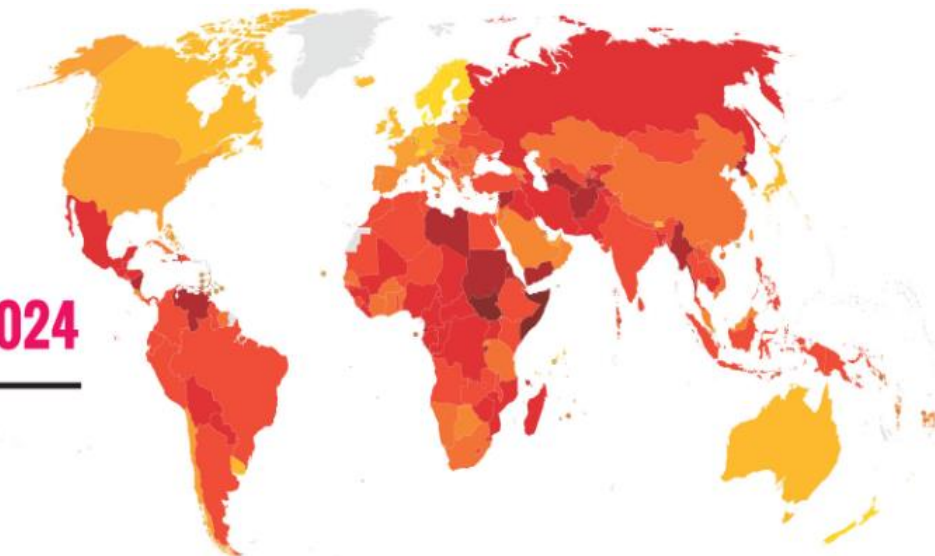


A livello mondiale, il progresso in questo ambito risulta purtroppo limitato, rivelando che, in più di un decennio, la maggior parte dei Paesi ha fatto pochi progressi nell'affrontare la corruzione del settore pubblico: oltre i due terzi dei Paesi ottengono infatti un punteggio inferiore a 50 su 100.

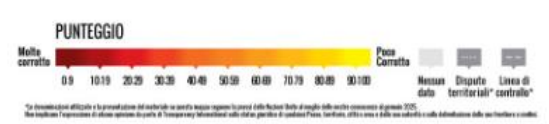


# INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2024

Il livello di corruzione percepito in 180 Paesi e territori del mondo.



PUNTEGGIO/PAESE	
90	Denmark
88	Finland
84	Singapore
83	New Zealand
81	Luxembourg
81	Norway
81	Switzerland
80	Sweden
78	Netherlands
77	Australia
77	Iceland
77	Ireland
76	Estonia
76	Uruguay
75	Canada
75	Germany
74	Hong Kong
72	Bhutan
72	Seychelles
71	Japan
71	United Kingdom
69	Belgium
68	Barbados
68	United Arab Emirates
67	Austria
67	France
67	Taiwan
65	Bahamas
65	United States
64	Israel
64	Korea, South
63	Chile
63	Lithuania
63	Switzerland
63	Saint Vincent and the Grenadines
62	Cabo Verde
60	Dominica
60	Slovenia
59	Latvia
58	Qatar
58	Saint Lucia
58	Saudi Arabia
58	Costa Rica
57	Botswana
57	Portugal
57	Rwanda
56	Cyprus
56	Czechia
56	Grenada
56	Barbados
55	Fiji
54	Italy
53	Bahrain
53	Georgia
53	Poland
51	Mauritius
50	Malaysia
50	Vanuatu
49	Greece
49	Jordan
49	Namibia
49	Slovakia
47	Armenia
47	Croatia
46	Kuwait
46	Malta
46	Montenegro
46	Romania
45	Benin
45	Côte d'Ivoire
45	Sao Tome and Principe
45	Senegal
44	Jamaica
44	Kosovo
44	Timor Leste
43	Bulgaria
43	China
43	Moldova
43	Solomon Islands
42	Albania
42	Ghana
41	Burkina Faso
41	Cuba
41	Hungary
41	South Africa
41	Tanzania
41	Trinidad and Tobago
40	Kazakhstan
40	North Macedonia
40	Suriname
40	Vietnam
39	Colombia
39	Guyana
39	Tunisia
39	Zambia
38	Gambia
38	India
38	Maldives
37	Argentina
37	Ethiopia
37	Indonesia
37	Lesotho
37	Morocco
36	Dominican Republic
35	Serbia
35	Ukraine
34	Algeria
34	Brazil
34	Malawi
34	Nepal
34	Niger
34	Thailand
34	Turkey
33	Belarus
33	Bosnia and Herzegovina
33	Laos
33	Mongolia
33	Panama
33	Philippines
33	Sierra Leone
32	Angola
32	Ecuador
32	Kenya
32	Sri Lanka
32	Togo
32	Uzbekistan
31	Djibouti
31	Papua New Guinea
31	Peru
30	Egypt
30	El Salvador
30	Mauritania
28	Bolivia
28	Guinea
27	Eswatini
27	Gabon
27	Liberia
27	Mali
27	Pakistan
26	Cameroon
26	Iraq
26	Madagascar
26	Mexico
26	Nigeria
26	Uganda
25	Guatemala
25	Kyrgyzstan
25	Mozambique
24	Central African Republic
24	Paraguay
23	Bangladesh
23	Congo
23	Iran
22	Azerbaijan
22	Honduras
22	Lebanon
22	Russia
21	Cambodia
21	Chad
21	Camoros
21	Guinea-Bissau
21	Zimbabwe
20	Democratic Republic of the Congo
19	Tajikistan
17	Afghanistan
17	Burundi
17	Turkmenistan
16	Haiti
16	Myanmar
15	Korea, North
15	Sudan
14	Nicaragua
13	Equatorial Guinea
13	Eritrea
13	Libya
13	Yemen
12	Syria
10	Venezuela
9	Somalia
8	South Sudan



#CPI2024  
www.transparency.org/cpi

This work from Transparency International (2025) is licensed under CC BY-ND 4.0

Un'ulteriore approfondimento nell'ambito del contesto territoriale della Regione del Veneto e della Provincia di Venezia è riportato all'interno delle Relazione semestrali pubblicate dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA), consultabili al seguente link: <https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>. La relazione più recente relativa al secondo semestre 2024 evidenzia che "La Regione Veneto ha visto una crescita moderata dell'attività economica, con segnali di rallentamento, principalmente a causa del calo degli ordini esteri, degli alti tassi di interesse e dell'erosione del potere d'acquisto delle famiglie. Tuttavia, il Veneto si distingue per una solida struttura economica, un settore manifatturiero resiliente e una ripresa nel comparto turistico, sostenuta soprattutto dai viaggiatori stranieri. La Regione, proprio per la vivacità del contesto economico-imprenditoriale e la posizione geografica strategica, in grado di attrarre investimenti sia statali che privati, risulterebbe maggiormente vulnerabile a infiltrazioni mafiose e a interessi di tipo crimino-affaristico."

### 2.3.4.2 Analisi del contesto interno

#### Organizzazione

L'analisi del contesto interno riguarda, da una parte, l'analisi dei fattori produttivi aziendali finalizzata a inquadrare correttamente le dimensioni della **struttura** e, dall'altra parte, la mappatura dei **processi** che rappresenta l'aspetto centrale e più importante finalizzato a una migliore valutazione del rischio.

Nell'Azienda Ulss 3 Serenissima lavorano, tra personale dipendente, medici specialisti ambulatoriali interni, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, circa ottomila unità.

L'Azienda ha un budget di circa 1,6 miliardi, e interagisce con una rete di circa 2.000 fornitori di beni, di servizi, e di lavori, incidendo quindi in maniera significativa, sull'economia provinciale. Sono previsti ingenti investimenti, già avviati (parte dei quali finanziati con PNRR) al fine di ristrutturare e adeguare gli edifici esistenti e di realizzare nuove strutture per l'attivazione delle Case della Comunità. Si tratta del più massiccio piano di investimenti degli ultimi decenni che riguarda soprattutto il potenziamento delle strutture territoriali e l'avvio del processo di digitalizzazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 3 Serenissima si rinvia per maggiori dettagli alla Scheda anagrafica dell'organizzazione del presente documento, nonché alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano. Tuttavia, l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi.

#### Mappatura dei processi e gestione del rischio

Obiettivo prioritario della presente sezione è la realizzazione di un sistema organico di azioni e misure per prevenire il rischio corruttivo nell'ambito di tutti i processi amministrativi e sociosanitari. È necessario quindi perseguire una strategia di governo dei rischi aziendale e globale, integrata e strutturata.



La **mappatura dei processi** è la prima fase del processo di gestione del rischio. Consiste nell'individuare e analizzare i processi organizzativi aziendali che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposti a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macro-processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse. L'Elenco dei processi è riportato alla fine del documento.

In fase di mappatura dei processi particolare attenzione è stata rivolta alle aree di rischio specifiche per il settore sanitario, ovvero:

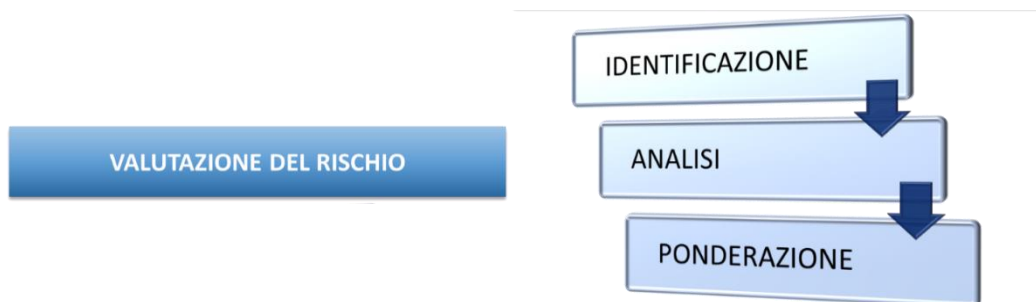


Nel corso del 2026 proseguirà l'attività di aggiornamento della mappatura dei processi contenuti nel Piano già avviata nel 2025 con il supporto della funzione aziendale di Internal Auditing. L'analisi viene eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi, per condividere l'identificazione, la

descrizione e la valutazione del rischio potenziale di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da attuare ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Nel Piano attuale sono stati mappati 99 processi. Nel corso del 2025 sono stati eseguiti controlli a campione sul rispetto e gli obblighi previsti in alcuni processi della UOC Provveditorato Economato e Logistica ed è stato individuato un nuovo processo per l'UOC Contabilità e Bilancio riguardante la gestione dei crediti. L'attività di monitoraggio e verifica svolta dalle strutture è soggetta al coordinamento e alla validazione da parte del RPCT, per verificare la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, avvalendosi anche del supporto dell'Internal Audit e del Gruppo di supporto RPCT.

La **valutazione del rischio** è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive ai fini di garantire un adeguato trattamento del rischio.



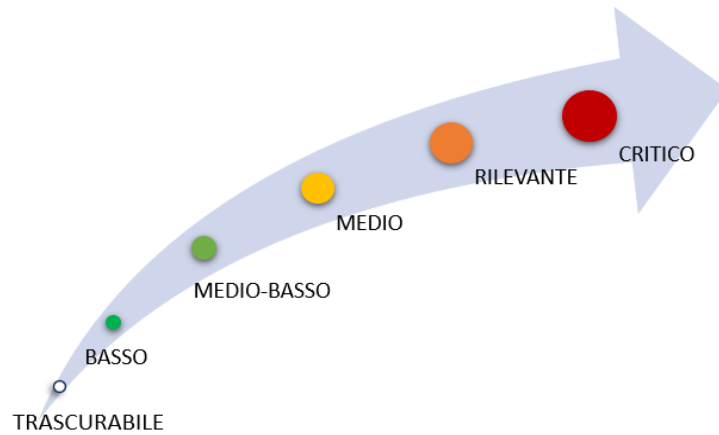
Compete ai responsabili di ogni unità organizzativa e/o processo (*owner*) l'**identificazione** degli eventi rischiosi che potrebbero potenzialmente verificarsi nell'ambito dello svolgimento delle loro attività. Come sottolineato dal PNA 2019, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV), dopo aver identificato le attività a rischio devono mantenere un atteggiamento vigile e segnalare eventuali successivi e diversi rischi rispetto a quelli già identificati.

Per individuare gli eventi rischiosi vengono adottate diverse tecniche di analisi:

- ricerca di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o *Internal Audit*) o comunque al contesto interno e/o esterno (a esempio casi giudiziari e altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre Aziende ULSS);
- *brainstorming* con il personale coinvolto nel processo per vagliare gli eventuali rischi specifici di corruzione;
- incontri da parte di RPCT e Internal Audit con gli *owner* del processo per verificare le attività esposte a potenziali rischi.

L'**analisi** ha il duplice obiettivo di pervenire a una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

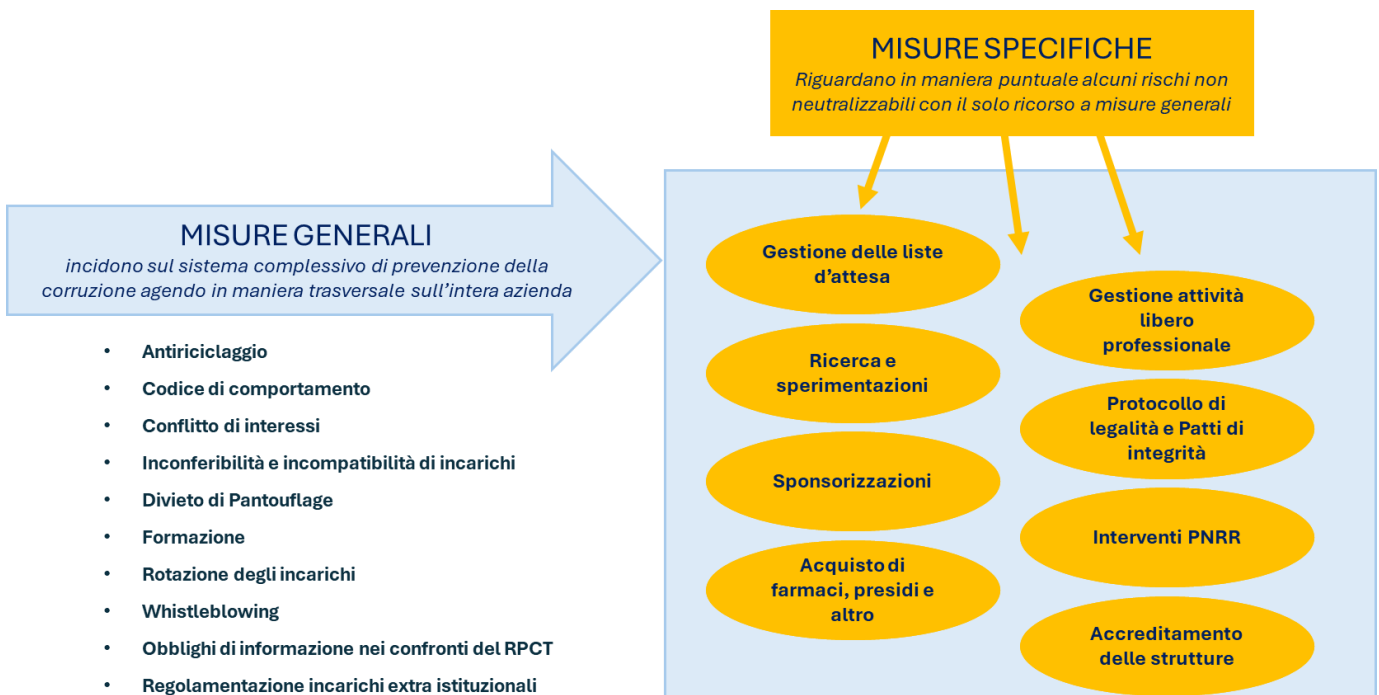
Per la **ponderazione** del rischio relativo a ciascuno dei processi individuati si è scelto di adottare una metodologia di tipo qualitativo dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza. Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a valutazioni espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono la loro rappresentazione finale in termini numerici. I rischi sono classificati secondo la scala seguente:



Il **trattamento del rischio** consiste nell'implementare sia misure generali che specifiche: le misure generali incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione agendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione; le misure specifiche, invece, riguardano in maniera puntuale alcuni rischi non neutralizzabili con il solo ricorso a misure generali. Nel capitolo successivo sono indicate le misure, generali e specifiche, che l'Azienda ULSS 3 Serenissima adotta per il trattamento dei rischi.

La fase di **monitoraggio** è descritta nel paragrafo dedicato.

### 2.3.4.3 Programmazione delle misure di prevenzione



#### 2.3.4.3.1 Misure generali

##### Antiriciclaggio

Le Pubbliche amministrazioni sono chiamate a svolgere un importante ruolo nel sistema italiano di prevenzione del riciclaggio ed il d. lgs n. 231/2007 ss.mm.ii. ne individua i relativi obblighi in materia.

Le pubbliche amministrazioni partendo da un’analisi dei propri processi devono individuare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo effettuando una preliminare attività di mappatura, valutazione e mitigazione dei rischi suddetti prevenendone il verificarsi. A questi doveri si aggiunge quello di intercettare e comunicare prontamente all’Unità di Informazione Finanziaria per l’Italia (UIF) istituita presso la Banca d’Italia “dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell’esercizio della propria attività istituzionale”, al fine di consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio. Con Provvedimento del 2018, la UIF ha fornito specifiche indicazioni in ordine al contenuto e alle modalità di inoltro delle comunicazioni dalla Pubblica Amministrazione alla UIF, aggiungendo che “Le Pubbliche Amministrazioni individuano, con provvedimento formalizzato, un “gestore” quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF”.

Alla luce delle norme esistenti in materia, l’Azienda ULSS 3 Serenissima, con Delibera del Direttore Generale n. 511 del 20 marzo 2025, ha adottato le “Disposizioni organizzative in tema di segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo” ed ha individuato il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza quale Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette. Il documento ed il collegato ‘Modulo per la Segnalazione di operazioni sospette’ sono pubblicati in Amministrazione Trasparente nella sezione Altri contenuti > Prevenzione della corruzione > Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Applicazione di misure anticiciclaggio	Gestione delle segnalazioni di operazioni sospette	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell’obiettivo: Tutte le UU.OO. aziendali coinvolte nelle segnalazioni al Gestore

### Codice di comportamento

L’Azienda ha adottato il Codice di comportamento attualmente vigente con Delibera del Direttore Generale n.2282 del 30 dicembre 2022.

Il Codice dell’Azienda integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013) e risulta altresì in linea con le modifiche apportate dal d.P.R. n. 81/2023. Entrambi i Codici di comportamento, aziendale e nazionale, devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l’Azienda, dai consulenti e dai collaboratori di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell’amministrazione. Con riferimento al rilievo giuridico del Codice di comportamento, sia nazionale che dell’amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri previsti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa-contabile e dirigenziale del soggetto. La vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 165/2001; artt. 13 e 15 del D.P.R. 62/2013) per l’ambito di propria competenza, in relazione alla natura dell’incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

Annualmente il Direttore dell’UOC Gestione Risorse Umane e l’UPD relazionano al RPCT in ordine alle segnalazioni ricevute sulle violazioni del Codice di comportamento, ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate. I dettagli sull’attività svolta dall’UPD sono riportati nell’annuale Relazione del RPCT all’ANAC.

Al fine di diffondere e promuovere la conoscenza dei contenuti del Codice da parte di tutti i dipendenti e dei neoassunti in particolare, l’Azienda intende continuare ad assicurare, così come avvenuto negli anni

precedenti, un percorso formativo sui temi dell’etica e della trasparenza e riproporre anche nel 2026 un corso FAD sul codice di comportamento al personale dipendente. Nel 2025, sono stati iscritti 223 dipendenti neoassunti dei profili amministrativo e sociosanitario.

In aggiunta alle prescrizioni del Codice di comportamento, l’Istruzione operativa ‘Regolamento per le Imprese di Onoranze Funebri’ introduce ulteriori specifiche disposizioni per il personale dell’ULSS 3, incluso quello assegnato agli obitori.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Diffondere i contenuti del Codice di comportamento	Applicare il Codice di comportamento (DDG n.2282 del 30 dicembre 2022)	Sì	Sì	Sì
	Avviare iniziative formative relative ai principi enunciati nel Codice a tutti i dipendenti, con particolare riferimento ai neoassunti	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell’obiettivo: RPCT

Il Codice è pubblicato nell’Intranet aziendale e in Amministrazione Trasparente nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione. L’Ufficio trasparenza e anticorruzione ha altresì proceduto all’elaborazione di un documento di sintesi delle principali disposizioni contenute nel Codice di comportamento, al fine di rendere più agevole la diffusione dello stesso tra il personale dipendente.

## Conflitto di interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l’individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Il conflitto di interessi è una condizione in cui il dipendente è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l’imparzialità e l’indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell’Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, e si estende a tutti i casi in cui sussiste il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all’interno dell’Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, oppure nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio l’imparzialità del dipendente nell’assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l’Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e/o servizi.

L’istituto dell’astensione in caso di conflitto d’interesse è disciplinato da un complesso di disposizioni normative ai sensi delle quali tutti i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti le proprie mansioni nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto d’interessi, anche potenziale.

La norma inserita nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici prevede che “Il dipendente si astiene dal partecipare all’adozione di decisioni o a attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull’astensione decide il responsabile dell’ufficio di appartenenza”.

Il dipendente, all’atto dell’assegnazione all’ufficio, è tenuto ad informare per iscritto il proprio Responsabile e l’UOC Gestione Risorse Umane di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni.

In presenza di situazioni di conflitto di interessi, il dirigente responsabile dell'unità operativa invita il dipendente ad astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti ed in caso di incompatibilità di fatto tra le funzioni svolte dal dipendente e i rapporti di collaborazione dichiarati, il Dirigente richiede l'assegnazione del dipendente ad altro ufficio.

Gli obblighi di condotta sono estesi, in quanto compatibili, oltre che ai dipendenti alle altre categorie di soggetti che non sono dipendenti ma che collaborano e prestano attività a vario titolo presso l'Azienda.

Il rischio del conflitto d'interessi è particolarmente elevato nelle attività ispettive ed in quelle che implicano l'assunzione di una valutazione, ad esempio nell'attività delle commissioni di gara e/o di concorso. Per questo motivo, il personale che svolge ordinariamente questo tipo di attività (ad esempio, il personale del Dipartimento di prevenzione e le Commissioni di vigilanza e controllo sulle farmacie) compila periodicamente un'apposita dichiarazione d'insussistenza di conflitto di interessi.

Al fine di garantire l'imparzialità nelle suddette procedure, i componenti delle commissioni si devono astenere ogni qual volta sia ipotizzabile anche solo un potenziale "conflitto di interessi". È essenziale, infatti, che chi giudica non abbia interessi personali che possano pregiudicare l'imparzialità della valutazione. Dovranno essere verificati, al momento della costituzione di tali organismi, i profili di incompatibilità previsti dalla vigente normativa, raccogliendo le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.

Nelle attività che riguardano i contratti pubblici è necessario verificare che non sussistano conflitti di interessi, neanche potenziali da parte dei dipendenti, raccogliendo idonea documentazione in tal senso.

In merito al conflitto di interessi il RUP è tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione a una procedura di gara;
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.

In caso di omissione delle dichiarazioni, di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, o di mancata astensione nelle situazioni in cui è richiesta, si configurerebbe *"un comportamento contrario ai doveri d'ufficio"*, sanzionabile disciplinarmente.

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di verificare l'attuazione delle misure programmate nel PIAO e di valutarne l'adeguatezza.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Gestire efficacemente eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali	Acquisizione e conservazione delle dichiarazioni prodotte dal personale	Sì	Sì	Sì
	Raccolta periodica delle dichiarazioni d'insussistenza di conflitto di interessi del personale che svolge ordinariamente attività ispettive o che implicano l'assunzione di una valutazione (commissioni di gara e/o concorso)	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: Tutte le UU.OO. aziendali

## Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013 che, all'art. 1 definisce che per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire un determinato incarico (...) e per "incompatibilità" si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Con delibera n. 149 del 22.12.2014, l'ANAC precisava che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie locali dovevano intendersi riferibili soltanto agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore dei Servizi Socio Sanitari. Ad oggi tale obbligo risulta assolto tramite la pubblicazione annuale delle dichiarazioni in Amministrazione trasparente. Con le delibere n. 1146/2019, n. 713/2020 e n. 75/2022 l'ANAC ha ritenuto applicabile la disciplina del D. Lgs. 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario chiarendo che i dirigenti di UOC delle aree Professionale, Tecnica ed Amministrativa, in quanto titolari di competenze di amministrazione e gestione, rientrano tra i soggetti ai quali si applicano gli obblighi di cui al D. lgs. 39/2013, e devono pertanto produrre la dichiarazione di inconferibilità ed incompatibilità dell'incarico. Tali dichiarazioni sono periodicamente raccolte per tutti i dirigenti dell'area PTA e conservate agli atti.

Recentemente, con la delibera n. 464 del 26 novembre 2025, ANAC ha ribadito l'importanza dell'attività di acquisizione e verifica sulla veridicità delle dichiarazioni che devono essere rese da colui al quale l'incarico è conferito sia all'atto della nomina sulla insussistenza di cause di inconferibilità sia, annualmente, sulla insussistenza di cause di incompatibilità individuate.

Con tale delibera, l'ANAC ha sottolineato l'importanza di dettagliare, nella Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, adeguate modalità per l'acquisizione delle dichiarazioni e per la loro verifica. A tal fine, nel 2026 si provvederà a formalizzare la relativa prassi aziendale.

L'ANAC ha adottato Linee Guida relative al ruolo e alle funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità. L'RPCT effettua il monitoraggio sull'attività di verifica svolta dagli uffici ed è tenuto a segnalare all'ANAC le violazioni gravi.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisire correttamente le dichiarazioni di incompatibilità e inconferibilità, con verifica da parte degli uffici	Sì	Sì	Sì
	Puntuale pubblicazione dell'atto di conferimento d'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità per la Direzione strategica	Sì	Sì	Sì
	Formalizzazione della prassi aziendale di raccolta e verifica delle dichiarazioni	Sì		

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane

## Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza (pantouflage)

La normativa in materia di pantouflage (art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.) prevede che i pubblici dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per le pubbliche amministrazioni, non possano svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. L'art. 21 del d. lgs n. 39/2013, ha inoltre precisato che "Ai fini dell'applicazione del divieto di pantouflage, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i *soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo*". Lo scopo della norma è evidentemente quello di evitare la possibilità, per il dipendente, durante il periodo di servizio, di preconstituire situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere successivamente un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. ANAC con delibera n. 493 del 25 settembre 2024 ha adottato le "Linee Guida n.1 in tema di c.d. divieto di pantouflage – art.53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001" con l'intento di fornire indirizzi interpretativi e operativi su questo tema e con delibera 493 bis del 25 settembre 2024 ha emanato il "Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001".

L'Azienda adotta le seguenti misure volte a prevenire il fenomeno del pantouflage:

- acquisizione da parte dell'UOC Gestione Risorse Umane di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto. Tale misura è in capo all'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e all'UOC Provveditorato, Economato e Logistica.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Promuovere la conoscenza del divieto di pantouflage e garantirne il rispetto	Predisposizione di apposita documentazione per informare il personale e i soggetti esterni coinvolti in merito alle disposizioni di legge in materia	Sì	Sì	Sì
	Inserimento apposita clausola nei documenti di gara	Sì	Sì	Sì
	Acquisire idonea documentazione nelle fasi di gara di lavori, beni e servizi e negli accordi contrattuali con le strutture private accreditate.	Sì	Sì	Sì

Referenti aziendali dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane, UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali, UOC Provveditorato, Economato e Logistica e UOC Direzione Amministrativa del Territorio.

## Formazione del personale

Il PNA 2025-2027, approvato dall'ANAC nel novembre del 2025, conferma la formazione come una delle misure di prevenzione della corruzione più efficaci per promuovere la cultura dell'integrità nelle pubbliche amministrazioni. In particolare il PNA invita le Aziende affinché la formazione non sia solo teorica o un adempimento formale e raccomanda un approccio pratico basato sull'esame di casi concreti e problemi etici che i dipendenti potrebbero incontrare nel loro specifico contesto lavorativo. Questo serve a sviluppare competenze decisionali per gestire situazioni critiche e conflitti di interesse. Viene inoltre fortemente incentivato l'utilizzo di strumenti digitali per l'erogazione dei corsi.

L’Azienda ULSS 3 Serenissima ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell’ambito della strategia per la prevenzione dell’illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto a osservare ai sensi del presente Piano e del Codice di comportamento.

L’Azienda intende attuare adeguatamente le previsioni normative e le raccomandazioni emanate nel PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- **Formazione generale:** rivolta a tutti i dipendenti sui temi dell'etica, della legalità e dei codici di comportamento;
- **Formazione specifica:** dedicata a chi opera in settori particolarmente esposti al rischio (come contratti pubblici, gestione risorse, o gestione dei fondi PNRR);
- **Formazione specifica per i neo-assunti,** per i quali deve essere previsto un percorso formativo immediato sugli ambiti della trasparenza e dell'anticorruzione, così da allinearli subito ai valori dell'ente.

A tal fine sono stati inseriti nel PFA 2026 corsi specifici sui contratti pubblici, un corso FAD (Formazione a distanza) sul Codice di comportamento ed è stato inoltre promossa la formazione mediante piattaforma Syllabus.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Adottare un programma per la formazione e l’aggiornamento del personale che opera nei settori a rischio di corruzione, differenziandolo in relazione alla tipologia di attività svolta.	Sì	Sì	Sì
	Erogare il corso relativo all’etica pubblica a tutti i neoassunti	Sì	Sì	Sì

Referenti aziendali dell’obiettivo: RPCT e UOSD Formazione

## Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione

La rotazione del personale è una misura di carattere preventivo che deve essere attuata nei confronti di coloro che operano nei settori maggiormente esposti a corruzione. La rotazione, che consiste nello spostamento periodico o occasionale di dipendenti da un ufficio a un altro, limita il consolidarsi di relazioni che possano favorire illeciti. Va però tenuto in considerazione anche l’impatto che la rotazione ha sull’intera struttura organizzativa e per tale motivo la stessa deve essere adeguatamente programmata.

Lo scopo è quello di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività o di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

Tuttavia, va considerato che la rotazione in ambito sanitario presenta peculiari criticità in ragione della *mission* affidata. Il settore clinico è caratterizzato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e gli stessi incarichi amministrativi e tecnici richiedono in molti casi competenze specifiche (si pensi a servizi come ingegneria clinica, settore protezione e prevenzione, ITC). Le figure in grado di svolgere compiti specifici sono in numero molto limitato. Per tutte queste ragioni, il settore sanitario rappresenta un ambito in cui la rotazione può risultare di difficile applicabilità. Si ritiene a tal fine di procedere con il ricorso a misure alternative quali:

- segmentazione delle funzioni, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli. Ad esempio, nel ciclo degli acquisti, distinguere le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti per incoraggiare il controllo reciproco;

- previsione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento, facendo sì che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- predisposizione di specifiche procedure operative cui attenersi e verifiche periodiche sul rispetto delle regole previste;
- previsione di una rotazione "funzionale" da attuarsi con la modifica periodica dei compiti;
- applicazione della misura della rotazione a processi decisionali brevi, come quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione, anche mediante ricorso ad albi appositamente istituiti.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire la rotazione del personale nelle aree a elevato rischio corruzione	Programmare la rotazione (o le eventuali misure alternative), compatibilmente con le esigenze operative, valutandone l'impatto sull'intera struttura.	Sì	Sì	Sì
	Applicare la rotazione straordinaria come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi	Sì	Sì	Sì

Referente dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane, altre UOC di area amministrativo-tecnica e UO ispettive e di controllo

### Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)

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

L'Azienda ULSS 3 Serenissima con Deliberazione n. 1746 del 19 ottobre 2023 ha approvato il Regolamento aziendale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali (illeciti amministrativi, contabili, civili e penali) e del diritto dell'Unione Europea, consistenti in comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.

Il whistleblower è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. La recente normativa ha ampliato sia il novero dei soggetti che possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate, perché lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica.

I soggetti che possono segnalare, divulgare o denunciare all'autorità giudiziaria sono tutti i dipendenti dell'Azienda e tutti coloro che con l'Azienda operano (lavoratori subordinati e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi, liberi professionisti e consulenti, volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza).

Le segnalazioni devono essere trasmesse attraverso i seguenti canali:

- 1) Canale interno, mediante l'apposito sistema informatico per le segnalazioni di Whistleblowing attivato dall'Azienda, servizio postale o posta interna (cartacea) indirizzata al RPCT, segnalazione telefonica o di persona al RPCT;
- 2) Canale esterno (gestito da ANAC), utilizzabile nei casi specificatamente previsti dalla normativa;
- 3) Divulgazione pubblica tramite stampa o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone, nei casi specificatamente previsti dalla normativa;
- 4) Denuncia all'autorità giudiziaria o contabile.

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

L'identità della persona segnalante e qualsiasi altra informazione da cui potrebbe evincersi non possono essere rivelate a persone diverse da quelle competenti. La persona segnalante non può subire alcuna ritorsione, intesa come qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione e che provochi o possa provocare alla persona segnalante, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto. La comunicazione dell'eventuale ritorsione subita va inoltrata esclusivamente all'ANAC.

La protezione dalle ritorsioni viene estesa anche ad altri soggetti: al facilitatore, alle persone del medesimo contesto lavorativo della persona segnalante e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado, ai colleghi di lavoro della persona segnalante, agli enti di proprietà della persona segnalante o per i quali le stesse persone lavorano nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.

Nel corso del 2025 è pervenuta una segnalazione, attualmente in corso di valutazione.

Il Regolamento è pubblicato nel sito aziendale alla sezione Home > Amministrazione trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione > Whistleblowing-Segnalazione di illeciti, raggiungibile al seguente link: <https://trasparenza.aulss3.veneto.it/Whistleblowing-Segnalazione-di-illeciti>.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	Garantire l'operatività della piattaforma informatica WhistleblowingPA per la segnalazione di illeciti	Sì	Sì	Sì
	Applicazione della procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e per la tutela del dipendente pubblico	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: RPCT

## Obblighi di informazione nei confronti del RPCT

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al RPCT di tutti gli elementi, dati e informazioni relativi ad eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

Tutti i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Referenti delle altre articolazioni aziendali sono dunque tenuti ad assicurare la massima collaborazione al RPCT, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste. L'Ufficio procedimenti disciplinari invia anche al RPCT la relazione annuale che predisporre per la Direzione strategica.

Del mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa si deve tener conto in sede di valutazione individuale ai fini del raggiungimento degli obiettivi di performance.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire al RPCT il corretto flusso di informazioni	Promuovere la massima collaborazione tra responsabili delle strutture e RPCT	Si	Si	Si
	Il rispetto del flusso informativo viene considerato anche in sede di valutazione della performance	Si	Si	Si

Referente aziendale dell'obiettivo: Tutte le UU.OO. aziendali

### Regolamentazione dello svolgimento di attività e incarichi extra istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, la normativa (art. 53 del D. Lgs. 165/2001) prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò per evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Azienda, con delibera n. 2216 del 31/12/2021 ha adottato un apposito regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, pubblicato sul sito web aziendale unitamente alla modulistica completa per eventuali richieste o comunicazioni.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Acquisire la documentazione relativa alle richieste per lo svolgimento di incarichi e attività extra istituzionali secondo le modalità e le tempistiche previste dal regolamento aziendale.	Si	Si	Si
	Autorizzare tali richieste sulla base dei criteri oggettivi individuati.	Si	Si	Si

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane

### Trasparenza

La trasparenza rappresenta una misura generale ed uno strumento essenziale ai fini della prevenzione della corruzione. Ad essa viene dedicato il paragrafo 2.3.4.3.3 del presente PIAO.

#### 2.3.4.3.2 Misure specifiche

In riferimento a determinati processi ritenuti particolarmente esposti al rischio corruzione, laddove l'applicazione delle misure generali non possa garantire la neutralizzazione dei fattori abilitanti l'evento rischioso, vengono adottate anche misure di prevenzione specifiche.

Di seguito vengono espone le principali misure che l’Azienda applica in relazione ai processi individuati. Tali misure sono condivise con i soggetti coinvolti attraverso l’informativa e la diffusione del Codice di comportamento aziendale.

### Gestione delle liste d’attesa e attività libero professionale

L’Azienda ULSS 3 Serenissima considera di particolare importanza il rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, per il fatto che i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell’utente finale. Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza, rispettando l’ordine cronologico di prenotazione e i criteri di priorità fissati per l’accesso alle prestazioni. Nell’apposita sezione di Amministrazione Trasparente, come previsto dalle indicazioni regionali, sono disponibili i dati sui tempi di attesa e le informazioni rilevanti per il cittadino su questa tematica. Con delibera n. 418 del 7 marzo 2025 l’Azienda ha adottato il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa per l’anno 2025, in conformità alle indicazioni del Piano Regionale Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA) approvato dalla Regione del Veneto con DGR n. 626 del 04 giugno 2024.

L’Azienda ha istituito, per alcune prestazioni, specifici "**percorsi di tutela**" per garantire che le richieste dei cittadini vengano soddisfatte anche quando le prestazioni di primo accesso, secondo la priorità, non possono essere erogate entro i tempi massimi previsti al momento della prenotazione.

L’esercizio dell’attività libero professionale deve essere autorizzato dall’Azienda e svolto nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Inoltre, non deve essere in contrasto con le finalità aziendali e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell’attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.

Il dipendente mantiene rigorosamente separate l’attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia; nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l’attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l’attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell’attività istituzionale. Il dipendente non deve inoltre favorire, nel percorso istituzionale, pazienti da lui seguiti in regime di libera professione.

Con Delibera del Direttore Generale n. 1088 del 26/06/2023 è stato aggiornato il Regolamento aziendale per l’esercizio della libera professione intramuraria e altre attività a pagamento, che disciplina l’esercizio di tali attività (le quali costituiscono un’offerta integrativa e non sostitutiva dei servizi resi in regime istituzionale) da parte del personale della dirigenza del ruolo sanitario con riferimento all’erogazione di prestazioni svolte sia in regime ambulatoriale che di ricovero, oltre alle modalità organizzative e gestionali delle attività di supporto.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire la corretta gestione delle liste d’attesa secondo le indicazioni fornite dalla normativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rispetto delle procedure e dei regolamenti aziendali</li> <li>• Efficiente gestione delle agende di prenotazione</li> <li>• Monitoraggio dell’attuazione del Piano Operativo Aziendale</li> <li>• Potenziamento dell’appropriatezza prescrittiva</li> <li>• Monitoraggio dei tempi d’attesa</li> <li>• Trasparenza dei percorsi organizzativi</li> </ul>	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell’obiettivo: UOS Specialistica, UOC Direzione Amministrativa di Ospedale

## Ricerca e sperimentazioni

Le attività di ricerca e sperimentazione sono svolte in conformità alla normativa nazionale e regionale e ai regolamenti aziendali, osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica, i principi etici e deontologici che ispirano l'attività medica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.

L'avvio di qualunque studio clinico o sperimentazione deve essere preceduto dall'acquisizione del parere del Comitato Etico e dall'autorizzazione della Direzione strategica aziendale.

Ai fini della prevenzione della corruzione, ogni dipendente è tenuto a condurre l'attività di ricerca e di sperimentazione libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone. Il Codice di comportamento aziendale prevede infatti che il dipendente:

- pubblici i dati in modo accurato, senza alterazione dei risultati;
- rendiconti in maniera puntuale e veritiera i contributi e i finanziamenti ricevuti;
- conduca le sperimentazioni cliniche senza compromettere il corretto espletamento dell'attività istituzionale;
- curi che i rapporti con lo sponsor siano trasparenti e documentati;
- informi, tramite l'Unità di ricerca Clinica, la Direzione strategica aziendale e il Comitato Etico di potenziali conflitti di interessi (finanziari o di altra natura) o di eventuali attività o iniziative che possano compromettere la credibilità della ricerca (a es. omissione di appropriati controlli, impiego di metodi analitici ingannevoli, impropria inclusione o esclusione di autori).

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Garantire all'attività di ricerca e sperimentazione lo svolgimento in assenza di condizionamenti esterni	Attuazione delle norme specificatamente indicate nel Codice di comportamento e nella procedura aziendale	Sì	Sì	Sì
	Presenza del servizio aziendale "Unità di Ricerca Clinica" e del Comitato Etico Territoriale competente	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOS Commissione Terapeutica e Ricerca Clinica e UOC Farmacia Ospedaliera.

## Sponsorizzazioni

La formazione, l'informazione e l'aggiornamento scientifico dei professionisti sanitari sono offerti e fruiti nell'ambito del SSR con caratteristiche di obiettività e indipendenza.

Tutti i soggetti coinvolti nel sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) devono conformare i propri comportamenti ai principi di:

- correttezza ed efficacia del sistema, attraverso il perseguimento di scopi esclusivamente formativi e di aggiornamento da parte dei soggetti pubblici e privati coinvolti, che hanno l'obbligo di perseguire prioritariamente l'interesse pubblico;
- trasparenza dell'azione amministrativa. Nell'offerta e nella fruizione di attività formative non debbono verificarsi condizioni di conflitto di interesse.

Il ricorso allo strumento della sponsorizzazione nell'ambito della formazione, che consente all'Azienda di disporre di ulteriori opportunità formative, viene disciplinato allo scopo di evitare insorgenza e realizzazione di condizioni di conflitto di interesse anche potenziali.

La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate all'Azienda. I dipendenti coinvolti nella formazione sono individuati dall'Azienda che comunica, per il tramite dell'UOSD Formazione Risorse Umane - SFeRis, alla segreteria organizzativa o allo sponsor, i nominativi dei professionisti individuati in relazione alle competenze possedute e al bisogno formativo, nel rispetto della procedura aziendale e secondo criteri di imparzialità e rotazione. Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare le attività formative aziendali, prima di ricorrere a soggetti esterni, viene prioritariamente valutata la presenza di professionisti interni che siano in possesso delle adeguate competenze professionali richieste dall'evento formativo sempre nel rispetto dei criteri di imparzialità e trasparenza.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Offrire attività formativa sponsorizzata prevenendo il verificarsi di situazioni di conflitto d'interessi	Rispetto Regolamento e procedura - elenco ditte sponsorizzatrici per eventi extra sede	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOSD Formazione

### Accreditamento delle strutture

In fase di accreditamento, oltre ai fattori strutturali, tecnologici e organizzativi, si aggiunge la necessità di verificare i requisiti di qualità e di organizzazione necessari per garantire prestazioni per conto del SSR. Oltre a quanto previsto dalle disposizioni normative, si considerino anche la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza degli atti assunti dall'Azienda.

Con nota prot. n.0574700 del 16 ottobre 2025, la Regione del Veneto ha richiesto la pubblicazione dell'elenco delle strutture private accreditate e degli accordi contrattuali vigenti individuando i seguenti ambiti come prioritari: strutture di ricovero, strutture residenziali eroganti attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito della salute mentale e strutture intermedie. L'Azienda ha tempestivamente integrato la sezione come da indicazioni regionali.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Rafforzamento dei controlli per la verifica dei requisiti di accreditamento istituzionale delle strutture convenzionate	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse del personale incaricato alla verifica	Sì	Sì	Sì
	Stesura del verbale secondo modelli Regionali	Sì	Sì	Sì
	Aggiornamento della pubblicazione in Amministrazione Trasparente dell'elenco delle strutture e dei relativi accordi contrattuali	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOS Rapporti con strutture accreditate, UOC Sociale, Dipartimento di Prevenzione

### Stipula di contratti per l'acquisto e l'utilizzo di farmaci, presidi e altro materiale sanitario

I rapporti con società farmaceutiche e/o con le ditte produttrici di dispositivi medici sono gestiti nel rispetto delle disposizioni di legge e in modo da evitare qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto.

Al fine di evitare di favorire un'impresa a discapito di altre vengono definiti in sede di gara i requisiti tecnico-economici in modo trasparente e oggettivo ed inoltre, in tutte le procedure di affidamento, sono rispettati i principi di parità di trattamento, non discriminazione, imparzialità e pubblicità.

Il personale medico prescrive i farmaci e i dispositivi e gli ausili secondo le migliori scelte di terapia basate su evidenze scientifiche, nel rispetto dei principi deontologici e di imparzialità, di sicurezza di uso e di sostenibilità economica e tenendo conto delle indicazioni relative all'appropriatezza prescrittiva.

Il dipendente non può promuovere nei confronti degli utenti l'acquisto o comunque l'acquisizione di prodotto e/o materiale sanitario e non, al di fuori di quanto previsto dalle procedure aziendali. I rapporti con i fornitori possono intercorrere soltanto nel rispetto delle procedure aziendali all'uopo definite.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2026	2027	2028
Evitare i comportamenti volti a favorire indebitamente determinati fornitori	Garantire il rispetto dei principi di imparzialità come previsto anche dal Codice di comportamento aziendale	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Provveditorato, Economato e Logistica e UOC Farmacia Ospedaliera

## Protocollo di legalità

In data 9 ottobre 2025 si è perfezionato il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata e del contrasto alla corruzione nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture tra Regione del Veneto (anche in rappresentanza delle relative ULSS), Prefetture Uffici Territoriali del Governo del Veneto, ANCI Veneto e UPI Veneto. Il Protocollo ha l'obiettivo di: rafforzare le misure di prevenzione e contrasto ai tentativi d'infiltrazione criminale e mafiosa nel settore degli affidamenti pubblici di contratti d'appalto e di concessione di lavori, servizi e forniture pubblici, in armonia con le disposizioni antimafia presenti nell'ordinamento giuridico italiano; promuovere il rispetto delle discipline sull'antimafia, sulla regolarità contributiva, sulla sicurezza nei cantieri e sulla tutela del lavoro in tutte le sue forme, sia nell'ambito dei lavori pubblici che delle forniture e servizi pubblici; migliorare l'interscambio informativo, anche attraverso l'interconnessione di banche dati, tra le pubbliche amministrazioni interessate per assicurare una maggiore efficacia delle azioni di vigilanza, controllo e monitoraggio da parte di tutti i soggetti preposti ai sensi della normativa vigente; potenziare le misure di prevenzione della corruzione nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

L'Amministrazione s'impegna - ai sensi dell'art. 4 del Protocollo e alla luce della deliberazione 1916 del 6 novembre 2025 di presa d'atto - a prevedere negli atti di gara e nei contratti le clausole pattizie di cui all'Allegato A) del Protocollo medesimo quali, *inter alia*, l'esclusione dalla procedura di affidamento in caso di mancata accettazione di dette clausole e la risoluzione immediata e automatica del contratto in caso di omessa comunicazione alla stazione appaltante e alle competenti autorità dei tentativi di pressione criminale. In particolare, si è inserita nella documentazione relativa alle procedure di gara, la seguente dicitura: "Alla presente procedura si applicano le prescrizioni previste dal Protocollo di Legalità, rinnovato dalla Regione Veneto in data 09/10/2025, ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, recepito da questa Azienda con delibera n. 1916 del 06/11/2025 e consultabile nel sito internet [www.aulss3.veneto.it](http://www.aulss3.veneto.it) percorso: Amministrazione Trasparente, Bandi di gara e contratti, Protocollo di legalità."

## Misure specifiche per gli interventi finanziati con i fondi PNRR

Visto l'ingente flusso di risorse economiche a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, l'Azienda intende mantenere con specifiche e puntuali misure tutti gli affidamenti relativi al PNRR, di seguito elencate:

### *Misure di trasparenza* (tracciabilità informatica degli atti)

I provvedimenti relativi agli interventi finanziati con fondi PNRR sono pubblicati nell'apposita sezione "Provvedimenti PNRR" in Amministrazione Trasparente.

Le procedure di affidamento sono realizzate con il supporto della piattaforma e-procurement Sintel.

Sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione del Veneto (nota prot. n.0360178 del 18 luglio 2024), per promuovere la conoscenza dello stato di avanzamento delle iniziative finanziate con fondi PNRR e garantire la trasparenza riguardo agli impatti delle stesse sul territorio, l'Azienda ha istituito una sezione "PNRR" all'interno del sito aziendale, all'interno della quale sono pubblicate informazioni e fotografie aggiornate di ogni intervento;

### *Misure di controllo* (effettuazione di monitoraggi periodici infrannuali)

La Circolare MEF n.30/2022 stabilisce che "l'efficace e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati, da parte delle Amministrazioni interessate, adeguati sistemi di gestione e controllo, in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione del Piano stesso da parte dell'U.E."

L'Azienda a questo fine si è dotata di un efficace sistema di gestione e controllo, formalizzato attraverso l'istruzione operativa "Sistema di controllo interno e gestione PNRR" che coinvolge attivamente diversi attori e funzioni aziendali, per garantire un costante monitoraggio.

Con deliberazione n. 547 del 31 marzo 2022, sono stati individuati il Referente unico aziendale per tutte le componenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e i RUP per ciascuno degli interventi previsti. I RUP sono responsabili della realizzazione operativa dei progetti e dei connessi adempimenti di monitoraggio, rendicontazione e controllo. I RUP effettuano controlli di primo livello in ogni settore operativo, per ogni processo, procedimento o procedura.

Le attività di rendicontazione degli interventi PNRR sono svolte attraverso il sistema informativo ReGIS, sviluppato dal MEF, che consente di rilevare:

- lo stato di avanzamento delle misure;
- il monitoraggio e la rendicontazione di milestone e target tramite la verifica del soddisfacimento dei requisiti richiesti, sulla base della documentazione giustificativa e delle analisi di scostamento quantitativo, qualitativo e temporale;
- lo stato di avanzamento finanziario, fisico e procedurale dei progetti afferenti a ciascuna misura di investimento.

Altri controlli sono affidati a funzioni autonome, indipendenti e distinte da quelle operative, quali ad esempio:

- il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione nell'ambito del monitoraggio semestrale dei processi esposti a rischio corruttivo;
- il servizio Internal Auditing, il quale, anche tramite campionamento, pianifica e svolge appositi audit relativi all'attività di rendicontazione svolta dai Servizi, sulla base delle check-list fornite dal Coordinamento Regionale PNRR.

Vengono inoltre effettuate numerose iniziative interne di coordinamento tra i vari Uffici aziendali per raccordare le varie attività al fine di rispettare le scadenze previste dal PNRR.

- *Gestione degli aspetti contabili e tracciabilità dei movimenti economici e finanziari*

La tracciabilità dei movimenti economici e finanziari legati al PNRR è garantita attraverso la contabilità generale. Per garantire chiarezza e trasparenza, il Bilancio consuntivo riporta schemi di conto economico e di stato patrimoniale specifici relativi agli interventi PNRR;

- *Utilizzo di check list, ovvero strumenti operativi che consentono un'attività di autocontrollo da parte dei soggetti coinvolti nello svolgimento della procedura di affidamento, nonché un successivo controllo/supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (uffici amministrativi interessati)*

Per ogni affidamento la piattaforma Regis chiede che siano inseriti dal RUP, tra le altre informazioni, la compilazione di check-list con il dettaglio delle specifiche informazioni che hanno riguardato l'intervento e l'effettiva applicazione degli obblighi di legge e di quelli specifici del PNRR;

- *Dichiarazioni sull'assenza del conflitto di interesse*

Secondo le linee guida PNRR, per ogni affidamento viene richiesta ai soggetti interessati (RUP, titolare effettivo, DEC) la sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.

### 2.3.4.3.3 La Trasparenza

La trasparenza rappresenta uno strumento essenziale per favorire la partecipazione dei cittadini all'operato della Pubblica Amministrazione, garantire il controllo pubblico e prevenire la corruzione.

#### Gli Obblighi di pubblicazione

L'Azienda ULSS 3, nell'Allegato n. 2, ha individuato le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, i principali flussi informativi, le tempistiche di pubblicazione, nonché le unità operative responsabili della pubblicazione dei dati. L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali e l'indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili. La pubblicazione delle informazioni e dei dati viene effettuata in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa comunitaria e nazionale e dalle "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati" del Garante della Privacy, nel rispetto di tutti i principi in materia quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative a cui compete l'elaborazione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Il documento ANAC "Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013" (Delibera n.495 del 25 settembre 2024, all. 4) prevede che al fine di assicurare la qualità dei dati pubblicati in Amministrazione Trasparente, i Responsabili siano tenuti a verificare i requisiti di qualità del dato di cui agli artt. 6, 7 bis, co.1 e 9 del d.lgs. 33/2013, ovvero: integrità, completezza, tempestività, costante aggiornamento, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità e riutilizzabilità, conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione, indicazione della provenienza e riservatezza.

I Responsabili documentano la procedura di validazione tramite la compilazione di una check-list acquisita agli atti dal RPCT e aggiornata con cadenza annuale al fine di consentire il monitoraggio delle sezioni di Amministrazione Trasparente.



## L'Accesso civico

L'Azienda ha aggiornato il proprio Regolamento in materia di accesso ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico semplice e generalizzato a dati, informazioni e documenti con la deliberazione n. 2190 del 29 dicembre 2023.

Il Regolamento recepisce gli orientamenti giurisprudenziali consolidati in tema di accesso nonché gli indirizzi espressi dall'ANAC e le pronunce della Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi, e riguarda le seguenti tipologie di accesso:

- “accesso documentale”: l'accesso ai documenti e dati detenuti dalla pubblica amministrazione, per i quali è comprovato un interesse giuridicamente rilevante da parte dell'istante;
- “accesso civico” (o accesso civico semplice): riguardante esclusivamente documenti, informazioni o dati per i quali è previsto un preciso obbligo di pubblicazione, nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione;
- “accesso generalizzato”: l'accesso a dati e a documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria per legge, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

L'RPCT, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, cura e pubblica l'aggiornamento semestrale del registro degli accessi, elencando le richieste di accesso presentate all'Azienda con indicazione di oggetto, data dell'istanza, relativo esito e data della decisione.

## Trasparenza e conferimento incarichi

L'Azienda ULSS 3 Serenissima considera di particolare importanza assicurare la massima trasparenza negli incarichi di direzione di struttura complessa (di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero), di struttura semplice, negli incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo e negli incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Nello svolgimento di queste attività vengono rispettate tutte le disposizioni normative relative alle procedure di selezione ed assegnazione degli incarichi, anche con riferimento a quelli conferiti ai sensi dell'art.15 septies del D.lgs. 502/1992.

## Trasparenza e contratti pubblici di acquisti in ambito sanitario

Il d.lgs. 36/2023 (nuovo Codice dei contratti pubblici) ha introdotto, a partire dal 1° gennaio 2024, rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni, in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e del principio dell'unicità dell'invio (only once), in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informativo (art. 19, comma 2).

L'Azienda comunica tempestivamente i dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), raggiungibile mediante un link collocato nella sezione “Bandi di gara e contratti” in Amministrazione Trasparente.

L'Azienda, inoltre, pubblica all'interno della relativa sezione del sito web aziendale, i dati che non vengono trasmessi alla BDNCP ma che sono comunque oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n.601 del 19 dicembre 2023.

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

L'attività di prevenzione di rischi corruttivi e trasparenza deve disporre di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'intero sistema, attraverso verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità rispetto ai valori attesi. Per le modalità di attuazione del controllo e del monitoraggio si rinvia alla sezione "Monitoraggio" del presente PIAO.



## SEZIONE 3

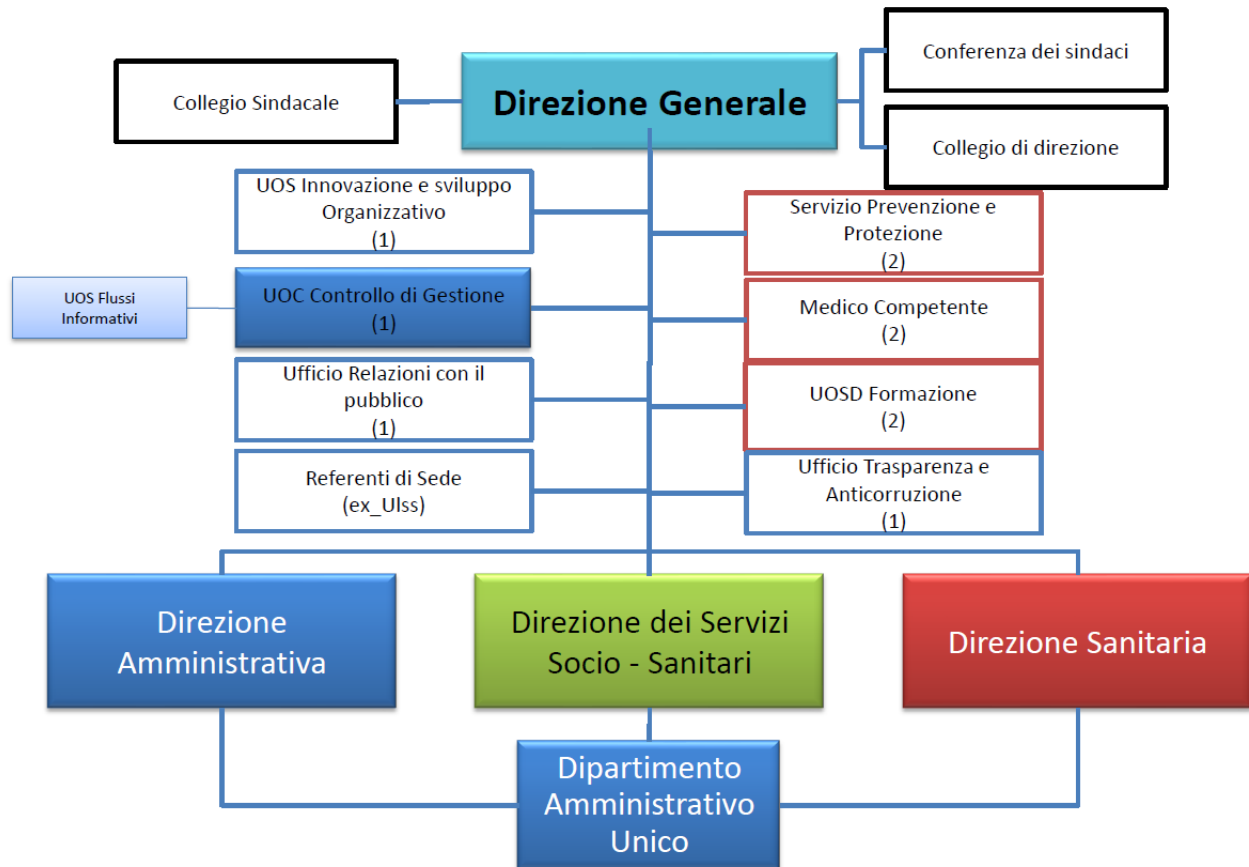
# ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

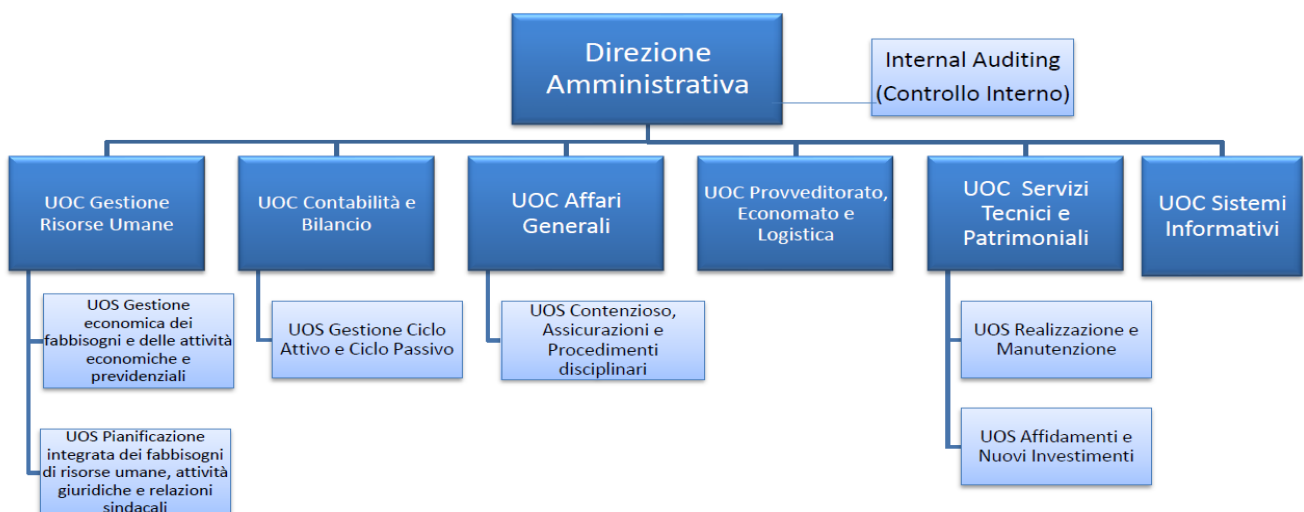
#### 3.1 Struttura organizzativa

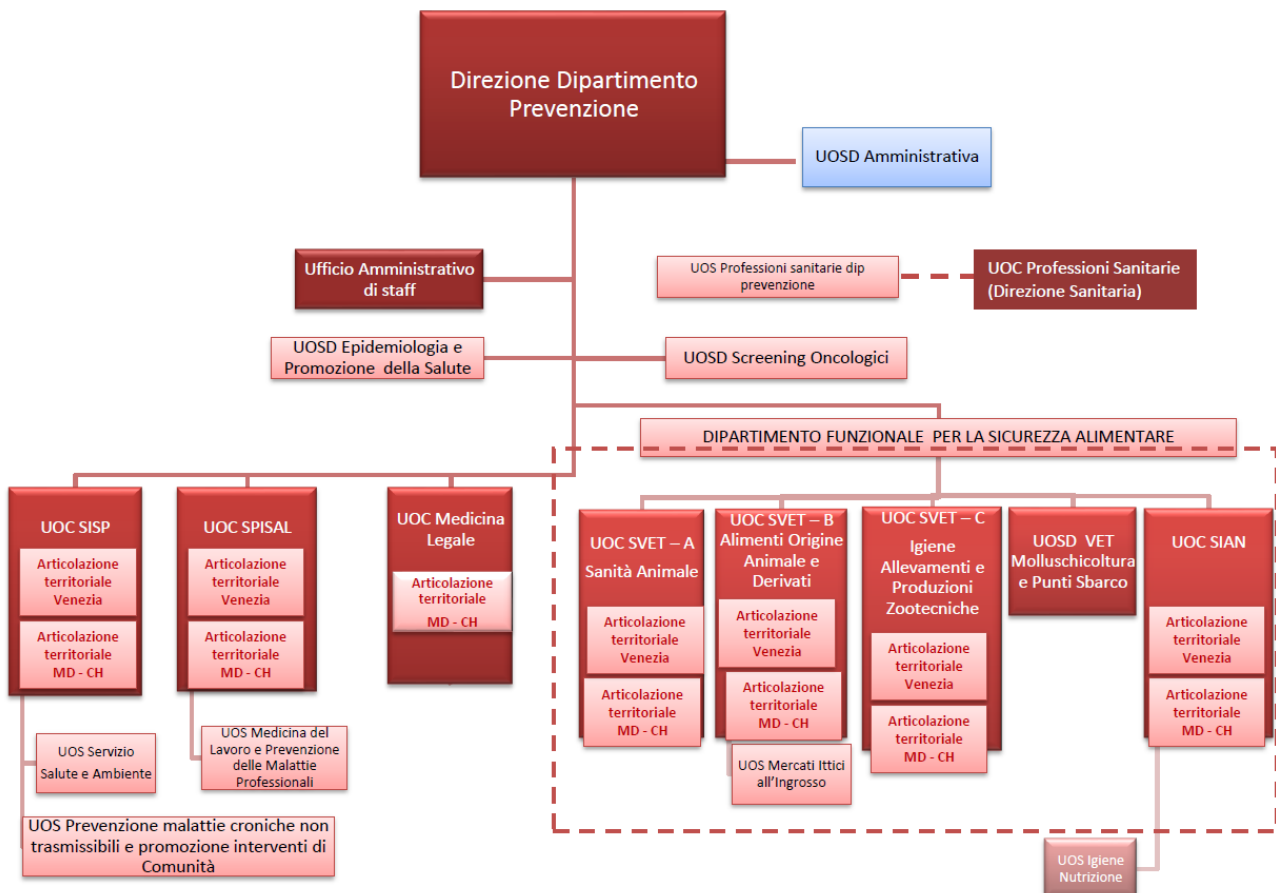
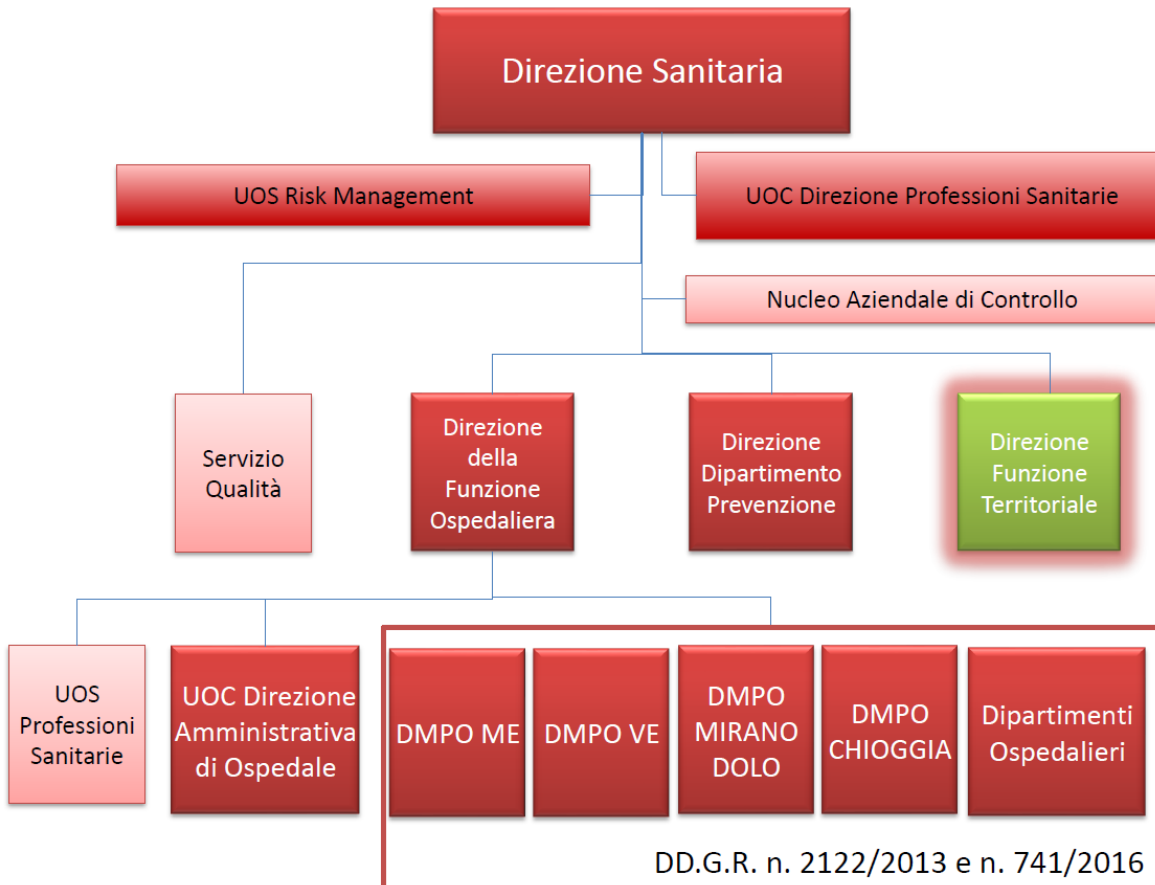
Con delibera aziendale n. 1457 del 25 agosto 2023 è stato adottato l'attuale Atto Aziendale.

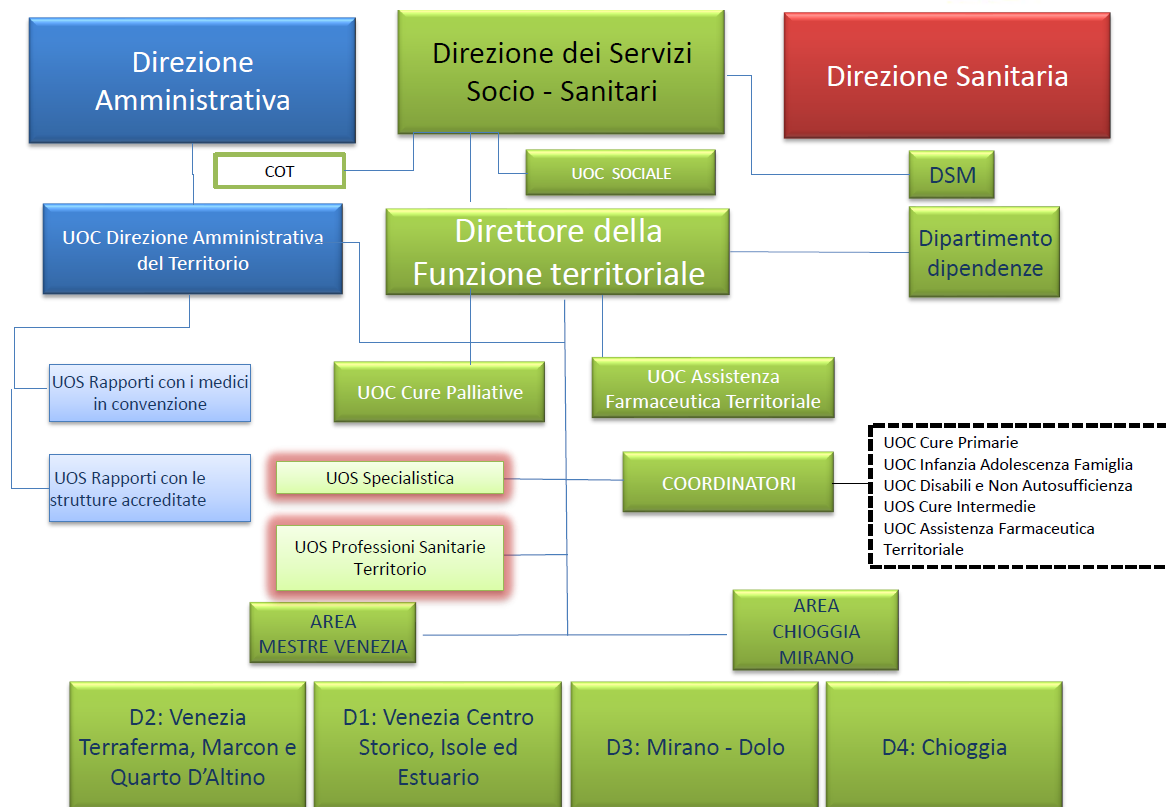
Gli organigrammi che vengono esposti nel prosieguo fanno riferimento alla vigente articolazione aziendale.



- (1) Con afferenza funzionale alla Direzione Amministrativa
- (2) Con afferenza funzionale alla Direzione Sanitaria







### 3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'istituto del lavoro agile di cui alla Legge 22 maggio 2017, n. 81, costituisce una nuova modalità di esecuzione del rapporto di lavoro, con lo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, mediante accordo tra le parti, con forme di organizzazione del lavoro per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro e con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Questa Azienda, superata la fase emergenziale da Covid-19 - durante la quale ha adottato una modalità di attuazione semplificata del lavoro agile -, ha avviato un percorso di attuazione del lavoro agile ordinario volto a perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo, nonché la fiducia, la delega e la capacità di gestione del tempo in rapporto agli obiettivi specifici dell'attività lavorativa;
- consolidare le competenze manageriali sia nell'organizzazione del lavoro per obiettivi svolto dai collaboratori che nella concomitante valutazione degli obiettivi stessi;
- favorire attraverso lo sviluppo della cultura gestionale orientata al risultato, l'incremento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa
- agevolare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, introducendo una maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività;

- e. favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti casa-lavoro, nell’ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi, percorrenza e inquinamento;
- f. valorizzare l’uso di nuove tecnologie e razionalizzare gli spazi lavorativi, realizzando economie di gestione e di spesa.

Nell’esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile, il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza, ai sensi del D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 “Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, delle previsioni di cui al d.lgs. 196/03 - modificato dal d.lgs. 101/2018, del Regolamento Aziendale recante misure tecniche e organizzative relativo alla protezione dei dati personali (approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1017 del 24 maggio 2018), nonché delle informative diramate dall’Amministrazione e delle istruzioni operative impartite dal Dirigente ai fini dell’adozione delle misure di sicurezza necessarie per il corretto trattamento dei dati personali.

### **3.2.1 Lavoro agile alla luce della contrattazione collettiva**

L’istituto è stato contrattualizzato inizialmente per il personale del Comparto nel 2022 con il CCNL triennio 2019-2021. Successivamente anche i CCNL delle aree dirigenziali hanno disciplinato il lavoro agile e ciò ha portato all’elaborazione di un Regolamento Aziendale, attraverso anche il confronto con le Organizzazioni Sindacali, che ha avuto applicazione nel corso del 2024 sia per il personale del comparto che della dirigenza di tutte le aree contrattuali e risulta tutt’ora in vigore.

I CCNL hanno ripreso alcuni concetti chiave dalla normativa di riferimento, come quello di garantire l’equilibrio fra tempi di vita e di lavoro, il miglioramento dei servizi pubblici e l’innovazione organizzativa.

L’adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori (eccetto per il lavoratore turnista e per chi utilizza strumenti o documentazione non “remotizzabili”) – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, a tempo indeterminato o determinato.

La prestazione lavorativa viene svolta in parte all’interno dei locali dell’Azienda e in parte all’esterno, secondo il principio dell’alternanza tra lavoro in presenza e lavoro a distanza, nel rispetto della tutela della salute e sicurezza del lavoratore, della piena operatività della dotazione informatica, dell’adozione di tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee ad assicurare la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni dell’Azienda, sulla base di un accordo individuale stipulato tra datore di lavoro e lavoratore, sia ai fini della regolarità amministrativa che della prova.

Il Regolamento Aziendale, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 737 del 08/05/2024, disciplina sia il lavoro agile, individuando le attività che possono essere svolte con tale modalità e i criteri di priorità, sia il lavoro da remoto, in particolare nella forma del telelavoro domiciliare.

Di seguito si riportano i dati relativi al numero di accordi in essere al 31/12/2025, suddivisi tra lavoro agile e telelavoro.

- Personale che fruisce di lavoro agile: tot. 150 dipendenti, di cui 116 donne e 34 uomini
- Personale che fruisce di telelavoro: tot. 4 dipendenti, di cui 3 donne e 1 uomo.

### 3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli normativi alle assunzioni di personale e di finanza pubblica.

In questa sottosezione si riportano i contenuti predisposti dall'Azienda per il fabbisogno triennale di personale - relativo agli anni 2026-2027-2028 e aggiornamento 2025 - secondo l'impostazione prevista dalla d.G.R. n. 677/2018 e dalle successive indicazioni regionali fornite alle aziende, che definiscono le procedure e le tempistiche per l'adozione e l'approvazione dei PTFP da parte delle Aziende ed enti del S.S.R., prevedendo la adozione in via provvisoria del Piano entro il 30 novembre di ogni anno al fine di garantire il successivo percorso autorizzatorio.

Con delibera del Direttore Generale n. 2027 del 25/11/2025 è stato adottato in via provvisoria il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028 e l'aggiornamento anno 2025 e trasmesso alla Regione del Veneto con nota prot. 249013 del 01 dicembre 2025. La Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto lo ha approvato con nota prot. 270992 del 29/12/2025 e l'Azienda, con Delibera del Direttore Generale n. 31 del 16/01/2026 ha provveduto all'*Adozione e approvazione definitiva del Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) relativo agli anni 2026-2027-2028 e aggiornamento anno 2025 - dotazioni organiche dell'anno 2025 aggiornate e dell'anno 2026.*

Il PTFP è rappresentato nei documenti di seguito specificati:

- Tabella A – “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 25/27 - Aggiornamento anno 2025”
- Tabella A – “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 26/28”, che esprime il fabbisogno in termini di unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE) per ciascuno degli anni del triennio di riferimento (2026,2027,2028)
- Tabella B che espone la “Dotazione Organica Personale Dipendente” anno 2025 e 2026.

Ai fini della determinazione del fabbisogno del personale FTE dipendente, si è tenuto conto delle esigenze delle singole unità operative appartenenti ai Presidi Ospedalieri, ai Distretti Socio-Sanitari, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento di Salute Mentale, al Dipartimento delle Dipendenze e ai Servizi Amministrativi.

Nella determinazione del fabbisogno del personale dipendente – Area Comparto Sanità – si è tenuto conto della DGR Veneto n. 614 del 14/05/2019 e della redazione del conseguente Piano Aziendale di Attuazione della nuova Programmazione Regionale delle Strutture Ospedaliere ed Intermedie che ha ricevuto parere di congruità con la DGR Veneto n. 69 del 21/01/2020.

Nella determinazione del fabbisogno del personale FTE non dipendente è stato inserito il personale convenzionato: medico specialista ambulatoriale interno, veterinario e altre professionalità sanitarie ambulatoriali.

Al personale FTE non dipendente va aggiunto il personale con il quale è instaurato un rapporto di lavoro di natura libero professionale, di consulenza e di prestazione occasionale, in presenza di autonomo finanziamento proveniente dall'Unione Europea, dal Ministero della Salute, dalla Regione e dagli Enti Locali.

#### **DOTAZIONE ORGANICA PERSONALE DIRIGENTE**

Si sottolinea che, con riferimento ai numeri indicati nella Tabella B, l'Azienda ha effettuato un'analisi dei volumi prestazionali delle singole UOC e Servizi e, nella prospettiva di non poter più usufruire di formule contrattuali che vedono alcuni servizi sanitari affidati a fornitori esterni (vedi ESTERNALIZZAZIONE), per

l'anno 2026 si dovrebbe tener conto di un incremento del numero dei Dirigenti Medici per garantire l'adeguata copertura medica nei Pronto Soccorso e per l'attivazione della guardia nelle Radiologie.

Dall'analisi effettuata per il 2026, si rende necessario un Dirigente delle Professioni Sanitarie dell'Area della Prevenzione. Tale posizione, prevista nell'organigramma aziendale, per la rilevanza delle attività svolte e al fine di garantire una gestione integrata e coordinata del numero di operatori afferenti al Dipartimento di Prevenzione, si rende ormai indispensabile.

#### **DOTAZIONE ORGANICA PERSONALE COMPARTO – RUOLO AMMINISTRATIVO**

Con riferimento ai numeri indicati nella Tabella B, per il personale del ruolo amministrativo, l'Azienda Ulss 3 Serenissima dal mese di dicembre 2024 ha dato attuazione all'obiettivo regionale dell'attivazione della Centrale Operativa 116117 - sede di Mestre – che attualmente svolge la propria attività a favore anche delle Aziende Ulss 1 Dolomiti, Ulss 4 Veneto Orientale e parte dell'Ulss 7 Pedemontana.

Dal mese di febbraio 2026 si arriverà quasi alla completa attivazione della Centrale Operativa 116117 – dando piena copertura anche al territorio di competenza dell'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, mentre l'attività a favore dell'Ulss 5 Polesana si avrà dal mese di aprile 2026.

Tale programmazione comporterà necessariamente un aumento del numero di dipendenti del ruolo amministrativo che, allo stato delle cose, non è ancora possibile quantificare.

#### **DOTAZIONE ORGANICA PERSONALE COMPARTO – RUOLO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO**

In relazione a quanto riportato all'interno della Tabella B, l'analisi effettuata dall'Azienda ha tenuto conto delle priorità dettate dalla programmazione regionale.

Si evidenzia come le sotto riportate aree chiave di sviluppo organizzativo richiedano per una loro attuazione una necessaria implementazione di unità di personale in diversi ambiti dell'Azienda Ulss 3.

- L'evoluzione organizzativa in linea con le disposizioni del DM 77 del 23 maggio 2022: nel particolare l'attivazione e l'ampliamento di strutture territoriali quali le Case di Comunità di Noale e Chioggia, l'Ospedale di Comunità di Noale, Chioggia e Venezia e l'Hospice di Chioggia per un totale di 51 posti letto, nonché l'attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) e di un PUA per ogni Casa della Comunità;
- Le schede ospedaliere per l'attivazione di nuovi posti letto, che richiedono un adeguato supporto di personale: 14 posti letto di Medicina Fisica Riabilitativa presso l'Ospedale di Mirano e 12 posti letto di degenza ortopedica presso l'Ospedale di Dolo;
- L'implementazione di importanti applicativi tecnologici, resi possibili dagli investimenti previsti dal PNRR: n.1 Mammografo presso il Presidio Ospedaliero di Mirano/Dolo, l'installazione del nuovo Robot Da Vinci destinato alle attività di sala operatoria presso il blocco operatorio dell'Ospedale di Dolo;
- Lo sviluppo dell'Ospedale per Intensità di Cura, come delineato dalla DGR 1070 del 2022: nel particolare è prevista l'attivazione di n. 4 posti letto di Terapia Semintensiva presso l'Area Medica e n. 4 posti letto di Terapia Semintensiva presso l'Area Cardiochirurgica;
- L'incremento dell'attività formativa, derivante dal potenziamento e dall'apertura di nuovi Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie anche in relazione alla DGR 1439 del 05 agosto 2014 che definisce i rapporti ottimali tra il numero di studenti e il numero di tutor (n°1 tutor ogni 25 studenti).

Vi è inoltre la necessità di un adeguamento del personale di supporto al fine di garantire i bisogni di assistenza diretta dei degenti; tale esigenza discende anche dal fatto che un numero crescente di personale Operatore Socio-Sanitario, a fronte di severe prescrizioni all'attività lavorativa, non è più proficuamente inseribile nelle attività di assistenza diretta. Come conseguenza si è spesso costretti all'assegnazione di detto personale in contesti in cui è prevalente, se non esclusiva, l'attività di tipo amministrativo o a funzioni marginali e non di effettivo sostegno per garantire i livelli assistenziali necessari. Per tale ragione si rende necessario un incremento della dotazione organica per il profilo di Operatore Socio-Sanitario, al fine di compensare le unità che non possono più essere impiegate nell'assistenza diretta.

## **MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DEI RELATIVI COSTI**

### **MEDICINA CONVENZIONATA**

Per la specialistica ambulatoriale interna l'importo previsto per l'anno 2025 è pari ad euro 24.692.674,26. Per gli anni 2025 e 2026 vengono rispettati i tetti di spesa.

### **SERVIZI SOCIALI**

Sono a totale carico del Bilancio - parte sociale il personale in staff al Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, appartenente al ruolo amministrativo e alla Dirigenza PTA, nonché parte del personale del comparto – profilo educatore professionale, operatore sociosanitario, assistente sociale e personale amministrativo – che opera presso le 2 UOC Disabilità dell'area di Mestre-Venezia e di Mirano-Chioggia.

### **ACQUISTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

Tali risorse, previste nel piano, in armonia a quanto stabilito dalle norme contrattuali e legislative, nonché da disposizioni regionali, vengono utilizzate per:

1. consentire il rispetto delle liste di attesa attraverso l'acquisto di prestazioni aggiuntive da dirigenti medici dipendenti e personale del comparto;
2. remunerare le guardie notturne ai sensi dell'art. 89, comma 6, del CCNL Area Sanità, Triennio 2019-2021;
3. far fronte ad effettive insufficienze degli organici nelle discipline carenti sul mercato per le quali l'Azienda ha chiesto ad Azienda Zero l'indizione di procedure di reclutamento le cui graduatorie non sono sufficienti a coprire i posti messi a bando.

La Regione del Veneto ha riconosciuto alla Azienda Ulss 3, come quota per l'acquisto prestazioni per il triennio 2026-2028 rispettivamente:

- a) per la Dirigenza € 3.985.635,00;
- b) per il Comparto € 967.442,00;
- c) la quota Balduzzi, calcolata sul valore del 2024 per l'anno 2025, è pari a € 450.000,00 esclusa la quota relativa ai medici SAI pari a € 50.000,00 circa.

Come da indicazioni, la stessa previsione è stata indicata nel BEP 2026.

Per ulteriori approfondimenti relativi alle tematiche che seguono si rinvia alla citata delibera del Direttore Generale n. 31 del 16 gennaio 2026:

- Incarichi ex art. 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001
- Attività di consulenza
- Incarichi ex art. 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 con specifico finanziamento
- Incarichi ex art. 7 comma 6 del d. lgs. 165/2001 – costo non dipendenti bilancio sociale
- Esternalizzazione
- *Assunzioni categorie protette ex art. 1 comma 1 legge n. 68/1999*
- *Assunzioni categorie protette ex art. 18 comma 2 legge n. 68/1999*
- Stabilizzazione personale precario

Gli allegati alla presente sezione si trovano alla fine del documento.

### 3.4 Formazione Aziendale

La formazione aziendale rappresenta per l’Azienda Ulss 3 Serenissima uno strumento ed una leva strategica per il perseguimento dei propri obiettivi gestionali.

La formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all’assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, la partecipazione degli operatori alle iniziative di formazione, è finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, e ad adeguare i comportamenti al progresso scientifico e tecnologico.

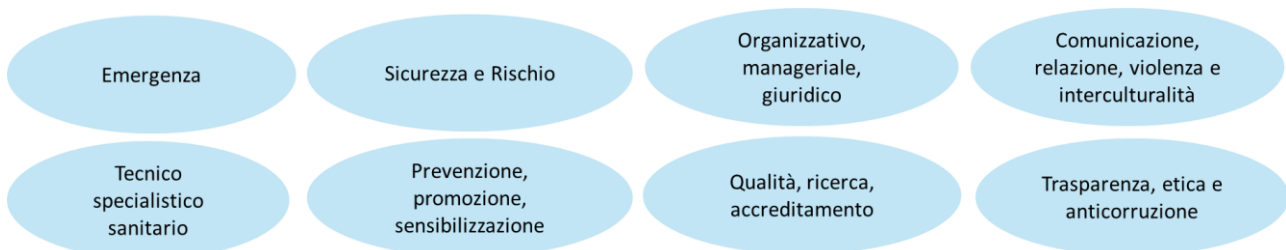
L’Azienda al fine di erogare la formazione ed aggiornamento professionale ai propri dipendenti si avvale sia di risorse interne sia di risorse esterne rappresentate da docenti ed esperti, oltre che da enti formatori.

Una delle principali leve strategiche è rappresentata dalle risorse umane e strumentali dell’UOSD Formazione ai fini dell’organizzazione ed erogazione di corsi ed eventi formativi e di aggiornamento professionale rivolti ai propri dipendenti. La formazione extraaziendale avviene quando non sono presenti adeguate professionalità internamente all’Azienda stessa o qualora, per gli argomenti trattati, per l’autorevolezza dell’ente formatore, per la necessità di attivare scambi con altre realtà, sia preferibile il ricorso all’esterno dell’Azienda.

L’Azienda utilizza tutti gli istituti contrattuali previsti per il personale dipendente al fine di permettere allo stesso la fruizione della formazione e dell’aggiornamento professionale, sia obbligatorio sia facoltativo, oltre alla formazione universitaria, extra universitaria e specialistica.

La formazione del personale del ruolo sanitario viene erogata privilegiando, ove possibile, corsi ed eventi formativi accreditati ai fini del sistema ECM.

Le aree formative riguardano i seguenti ambiti:



#### Piano Formativo Aziendale

La definizione degli obiettivi formativi e di aggiornamento professionale discende da un’attività di pianificazione che coinvolge tutti i livelli organizzativi, tenuto conto degli obiettivi e dei vincoli a livello nazionale e regionale collegati sia alla formazione continua in medicina (ECM), sia alla formazione finalizzata alla realizzazione dei piani sanitario e socio-sanitario nazionale e regionale.

In primis, la Direzione Aziendale informa le strutture aziendali degli obiettivi strategici da perseguire e da tenere in considerazione nella redazione del piano formativo aziendale annuale. La stessa Direzione Aziendale individua alcuni obiettivi e i relativi eventi formativi ritenuti strategici, o trasversali all’organizzazione, o normativamente cogenti per i quali si procede ad inserirli nel piano formativo aziendale. Successivamente, l’UOSD Formazione avvia il processo di redazione del piano formativo aziendale, invitando tutte le strutture aziendali ad analizzare il proprio fabbisogno formativo e a proporre eventi formativi e di aggiornamento professionale per mezzo dei rispettivi direttori di dipartimento/distretto.

**Tematiche di interesse nazionale, regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da appositi provvedimenti, tra le quali rientrano tematiche che rispondono ad obiettivi PNRR e che prevedono percorsi programmati nel prossimo triennio, come di seguito riportate:**

- Rilevanza nazionale
  - vaccini e strategie vaccinali
  - la responsabilità professionale
  - la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario
  - l'antimicrobico-resistenza
  - la medicina di genere
  - regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
  - sanità digitale
  - formazione in infezioni ospedaliere;
  - piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 2023). Aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze;
  - formazione sull'uso improprio del Fentanyl e di altri oppioidi sintetici;
  - Health Technology Assesment.
- Rilevanza regionale
  - modelli innovativi di presa in carico e governo dell'assistenza
  - innovazioni nel governo delle risorse umane
  - tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità
  - salute mentale e budget di salute
  - gestione della cronicità
  - innovazione digitale nella Regione del Veneto
  - sicurezza delle cure
  - salute della donna e del bambino
  - gestione malattie infettive. Prevenzione, sorveglianza e controllo
  - On health: l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale
  - Implementazione regionale del FSE 2.0



## SEZIONE 4

# MONITORAGGIO

## 4 MONITORAGGIO

Di seguito vengono illustrati i principali strumenti e le modalità di monitoraggio che l’Azienda adotta relativamente alle sezioni precedenti (Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e Trasparenza, Organizzazione e Capitale umano).

Tutte le attività inserite nel PIAO sono soggette a monitoraggio periodico. Il confronto dei risultati attesi con le azioni realizzate e le risorse utilizzate, è volto a garantire una maggiore efficacia e trasparenza dell’utilizzo delle risorse, l’ottenimento di migliori risultati e la valorizzazione economica dei servizi erogati.

In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell’Azienda attuare un sistema di monitoraggio il più possibile integrato fra tutte le sezioni del Piano.

Nel PIAO viene illustrata l’integrazione tra i cicli della Performance e dell’Anticorruzione e Trasparenza. Con riferimento agli obiettivi di performance organizzativa, nel PIAO sono infatti individuate le aree in cui sono presenti i rischi che potrebbero ostacolare o impedire il raggiungimento degli obiettivi ed in coerenza con la mappatura dei processi sono monitorate le azioni individuate per mitigare il rischio di corruzione e che costituiscono obiettivi di budget. L’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione non si può infatti disgiungere da un’adeguata programmazione e dalla valutazione della performance individuale ed organizzativa. I monitoraggi vengono effettuati secondo anche le indicazioni previste dalla normativa specifica.

Azioni programmate		
Competenza	Data	Attività
RPCT	Gennaio	Avvio consultazione pubblica per la raccolta dei contributi degli stakeholder per la redazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO
OIV	Gennaio	Avvio del ciclo della Performance
Direttore Generale	Entro 31 gennaio	Approvazione del PIAO
Dirigenti aree a rischio e RPCT	Entro 31 gennaio	Proposta di eventuali modifiche/integrazioni all’Elenco dei processi a rischio e alle relative misure di prevenzione
RPCT	Entro febbraio	Comunicazione del Piano ai Responsabili e ai dipendenti dell’Azienda
Direttore Generale	Entro 30 giugno	Approvazione Relazione sulla Performance
Dirigenti aree a rischio	Giugno e dicembre	Monitoraggio dei processi a rischio
OIV	Luglio	Attestazione sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione
OIV	Settembre	Validazione Relazione sulla Performance Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni
RPCT	Almeno 2 volte l’anno	Monitoraggio obblighi di pubblicazione
RPCT	Dicembre <i>(salvo proroghe ANAC)</i>	Relazione annuale del RPCT sull’attività svolta

## Monitoraggio del Valore Pubblico

Il monitoraggio della sezione Valore Pubblico avviene principalmente attraverso la misurazione del livello di Benessere equo e sostenibile rilevato nel territorio di riferimento dell’Azienda.

Si tratta di un concetto multidimensionale, la cui misurazione richiede un ampio spettro di indicatori in grado di rappresentarne la complessità attraverso una lettura integrata. L’ISTAT ha sviluppato una serie di indicatori per misurare il livello di benessere equo e sostenibile (Bes). Il sistema di indicatori riferiti ai territori (BesT) consente di estendere a livello sub-regionale un ampio set delle misure del Benessere equo e sostenibile (Bes), con l’obiettivo di valutare il progresso dei territori non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

Si riporta di seguito la misurazione degli indicatori relativi al dominio Salute esposti nella relazione Istat “Bes dei Territori” edizione Veneto 2025.

Per gli indicatori “Speranza di vita alla nascita”, “Mortalità evitabile” e “Mortalità per tumore” i dati relativi alla provincia di Venezia riportano un valore più alto rispetto al valore nazionale. Nella provincia di Venezia nel 2024 la speranza di vita alla nascita (84,2 anni) supera di 9,6 mesi il valore nazionale.



## Tavole

**Tavola 1 - Dominio Salute: indicatori per provincia. Veneto - Valori dell'ultimo anno disponibile e differenze rispetto all'Italia (a)**

Province REGIONE Ripartizione Italia	Speranza di vita alla nascita (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)
	2024 (*)	2022	2022	2023	2022	2022
Verona	84,6	15,3	2,0	1,1	7,0	31,3
Vicenza	84,6	15,3	0,8	0,4	6,3	39,7
Belluno	83,3	18,2	0,9	0,0	6,6	39,9
Treviso	84,9	14,1	1,7	1,1	6,2	42,5
Venezia	84,0	15,5	2,6	0,9	6,5	41,6
Padova	84,4	14,3	2,7	0,5	6,5	38,7
Rovigo	83,2	18,5	3,4	0,5	6,9	35,3
<b>VENETO</b>	<b>84,2</b>	<b>15,2</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>	<b>6,5</b>	<b>38,6</b>
<b>Nord-est</b>	<b>84,1</b>	<b>15,6</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7</b>	<b>6,8</b>	<b>36,0</b>
<b>Italia</b>	<b>83,4</b>	<b>17,6</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>	<b>7,6</b>	<b>35,3</b>

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2025

(a) La colorazione applicata alle celle rappresenta l’entità e la direzione della differenza tra la misura del territorio in esame e il valore dell’Italia. La rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero le differenze positive (verde) indicano un livello di benessere più alto del valore Italia, quelle negative (rosse) un livello più basso. Per rendere comparabili indicatori diversi per ordine di grandezza o unità di misura, le differenze dal valore Italia sono state standardizzate, ovvero rapportate alla variabilità della distribuzione provinciale (cfr. nota metodologica); (b) Numero medio di anni; (c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti; (d) Per 1.000 nati vivi.

(\*) Dati provvisori.

Per ulteriori approfondimenti con riferimento agli altri domini è possibile consultare il report completo pubblicato nel sito dell’ISTAT.

L’Ulss 3 Serenissima aderisce alla campagna di comunicazione della qualità percepita, promosso dalla Regione Veneto, per pazienti e professionisti del sistema sanitario regionale “**La tua voce per una sanità**”

**migliore”** che comprende un insieme di progetti con la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema. Tutte le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto sono coinvolte e prenderanno progressivamente parte attiva in alcuni progetti specifici:

- **Progetto PREMS** (Patient Reported Experience Measures) per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, rivolto nello specifico ai pazienti che hanno avuto un ricovero in ospedale;
- Progetto **PROMs** (Patient Reported Outcome Measures) per la misurazione degli esiti e dell’esperienza con il percorso oncologico per il tumore maligno alla mammella riportati dalle pazienti;
- Progetto **PaRIS** (Patient-Reported Indicators) promosso dall’OCSE – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, rivolto nello specifico ai pazienti affetti da cronicità che hanno effettuato una prestazione specialistica.

Per la progettazione, la sperimentazione e il consolidamento di questi programmi Regione Veneto si avvale del supporto tecnico metodologico di Azienda Zero e la collaborazione del Laboratorio MeS (Management e sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. I risultati dell’indagine saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi di miglioramento.

### **Monitoraggio Sezione Performance**

L’UOC Controllo di Gestione svolge un monitoraggio continuo delle performance aziendali e di singola struttura in modo da permettere una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi proposti. Il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle UOC/UOSD è effettuato con periodicità infra-annuale tramite i dati forniti dai sistemi informativi aziendali; a ciascuna unità operativa viene inviata una scheda di monitoraggio con il grado di performance raggiunto al fine di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive.

Per gli obiettivi non quantitativi, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestato dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni supportate da idonea documentazione.

L’OIV è l’organo garante dell’intero processo di definizione degli obiettivi e di valutazione dei risultati di budget e ne attesta la correttezza metodologica. A conclusione del ciclo della performance, ai sensi dell’art. 10 del d.lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance, validata dall’OIV, che evidenzia, rispetto all’anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

Si riportano di seguito alcuni esempi di cruscotti utilizzati per il monitoraggio della performance, consultabili anche da smartphone:



HOME

**BENVENUTO nella HOME del Cruscotto SDO**

- Applicazione a cura dell' U.O.C. Controllo di Gestione -

**SINTESI**

Attività Ospedale

Attività per mese

Attività Provenienza

Mobilità attiva

Ricoveri genere ed età

Ricoveri urgenti e non

Tempi di attesa

fare click qui per dettaglio Proiezione/Budget ▶

**Proiezione Farmaci**



**Proiezione Dispositivi Medici**



**Proiezione IVD**



Il monitoraggio della performance individuale avviene periodicamente mediante una scheda di valutazione compilata per ciascun dipendente dal suo diretto superiore. La scheda è articolata in diversi item, quali ad

esempio la qualità della prestazione, l'impegno lavorativo e il coinvolgimento nei percorsi di miglioramento. Nel caso in cui in sede di monitoraggio venissero rilevate situazioni di insufficienza, queste vengono segnalate dal valutatore.

### Monitoraggio Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Il monitoraggio degli obiettivi aziendali in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza avviene con le seguenti modalità:

Obiettivo	Modalità di monitoraggio
Trasparenza	Monitoraggio programmato della sezione Amministrazione Trasparente
Vigilanza sul rispetto della normativa in materia	Continua attività di impulso e coordinamento del RPCT
Diffusione della cultura della trasparenza e della buona amministrazione	Monitoraggio effettuato dalla UOSD Formazione relativamente ai corsi sul tema; Declinazione dell'obiettivo nelle schede di budget.
Miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione	Svolgimento da parte del RPCT di incontri e monitoraggi anche con il supporto del servizio di Internal Auditing

Il processo di gestione del rischio corruttivo si completa con l'azione di monitoraggio, che verifica la corretta attuazione delle misure di prevenzione del rischio di corruzione e l'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. 33/2013. Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui viene verificata l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione introdotte consentendo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie e la messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio è effettuato dai referenti anticorruzione e dai responsabili del monitoraggio e dell'attuazione delle misure, coordinati dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. Non è infatti sufficiente misurare e valutare i rischi, ma è necessario anche monitorare l'efficacia delle misure di mitigazione del rischio.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, riportate nell'Elenco dei Processi allegato alla fine del presente documento, si conclude con una breve relazione degli owner di ciascun processo nella quale sono descritte le attività svolte nel corso dell'anno di riferimento e viene valutata l'adeguatezza delle misure stesse. Viene altresì verificata la loro congruità e sostenibilità, anche in termini di efficacia e di efficienza, al fine di promuovere il costante miglioramento della strategia di prevenzione della corruzione.

### Monitoraggio sezione Organizzazione e capitale umano

La Regione Veneto adotta ogni anno il provvedimento contenente le disposizioni e le risorse riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Periodicamente le Aziende monitorano le azioni attivate in relazione alle suddette indicazioni regionali.

Il monitoraggio viene effettuato periodicamente da parte dell'UOC Gestione Risorse umane.



# ALLEGATI

## **Allegato alla Sottosezione 2.2 Performance**

Prospetto sinottico degli obiettivi triennali dell'azienda

## **Allegato alla Sottosezione 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza**

Obblighi di pubblicazione 2026-2028

Elenco dei processi a rischio corruzione

## **Allegato alla Sottosezione 3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale**

Tabella A – Scheda 1 – “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 25/27 - Aggiornamento anno 2025

Tabella A – Scheda 2 – “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 26/28 – anno 2026

Tabella A – Scheda 3 – “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 26/28 – anno 2027

Tabella A – Scheda 4 – “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 26/28 – anno 2028

Tabella B – Scheda 1- “Dotazione Organica Personale Dipendente anno 2025

Tabella B – Scheda 2 - “Dotazione Organica Personale Dipendente e 2026

## ALL. SOTTOSEZIONE 2.2 PERFORMANCE: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

Gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2026, al momento della redazione del presente Piano, non sono ancora stati comunicati dalla Regione. In generale, le linee programmatiche regionali e la loro declinazione nei vari obiettivi vengono ogni anno definiti in continuità con quelli dell'esercizio precedente. Si riportano gli obiettivi di cui alla d.G.R. 1557 del 30 dicembre 2024, definiti dalla Regione del Veneto per l'anno 2025:

### S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027	OBIETTIVO 2028
S.01 Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	S.D.01.1 % prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	Target regionale	Target regionale
	S.D.01.2 % prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Target regionale		
	S.D.01.3 % prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti			
	S.D.01.4 Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria			
	S.D.01.5 % di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90%	Target regionale	Target regionale
S.03 Perseguimento PNRR Missione 6	S.D.03.1 PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Target regionale o Milestone PNRR		
	S.O.03.2 PNRR: "Grandi apparecchiature". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone			
	S.S.03.4 PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone			
S.04 Perseguimento interventi strategici di informatica	S.S.04.1 SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Target regionale		
	S.S.04.2 Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Target regionale		
S.05 Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.D.05.1 DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Target regionale		
	S.D.05.2 PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone			
S.06 Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	S.S.06.1 Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	Target regionale		

### A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027	OBIETTIVO 2028
A.1 Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.P.01.1 P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	Soglia Nazionale		
	A.D.01.1 D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)			
	A.O.01.1 H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui			
A.2 Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.P.02.1 Indicatore di mantenimento specifico per ulss Prevenzione	Mantenimento o Soglia Nazionale		
	A.D.02.1 Indicatore di mantenimento specifico per ulss Distretto			
	A.O.02.1 Indicatore di mantenimento specifico per azienda Ospedale			

## ALL. SOTTOSEZIONE 2.2 PERFORMANCE: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

### INDICATORI DI MANTENIMENTO

PREVENZIONE
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.
Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
Indicatore composito sugli stili di vita
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina
Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza
Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella
DISTRETTO
Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
OSPEDALE
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)
Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti
Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute
Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)
Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
Frequenza di infezioni post-chirurgiche

**ALL. SOTTOSEZIONE 2.2 PERFORMANCE: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA**

**E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari**

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027	OBIETTIVO 2028
<b>E.01</b> Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	<b>E.S.01.1</b> Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	Rispetto del tetto regionale		
	<b>E.S.01.2</b> Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025			
	<b>E.S.01.3</b> Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025			
	<b>E.S.01.4</b> Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025			
<b>E.02</b> Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	<b>E.S.02.1</b> Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Target regionale		
<b>E.03</b> Rispetto della programmazione economica finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	Target regionale	Target regionale
	Indice di distanza dalla best performance	Target regionale		
<b>E.04</b> Gestione degli investimenti	<b>E.S.04.1</b> Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Target regionale		
	<b>E.S.04.2</b> Indice di produttività delle apparecchiature	Target regionale		
<b>E.05</b> Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	<b>E.S.05.1</b> Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Target regionale		
	<b>E.S.05.2</b> Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	Target regionale	Target regionale
	<b>E.S.05.3</b> Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Target regionale		
	<b>E.S.05.4</b> % di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	Target regionale	Target regionale
	<b>E.S.05.5</b> Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Target regionale		
	<b>E.S.05.6</b> Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Target regionale		

**ALL. SOTTOSEZIONE 2.2 PERFORMANCE: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA**

**Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza**

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027	OBIETTIVO 2028
<b>Q.01</b> Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	<b>Q.01.P.1</b> Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Target regionale		
<b>Q.02</b> Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	<b>Q.P.02.1</b> Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Target regionale		
<b>Q.03</b> Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	<b>Q.P.03.1</b> Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell' ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	Target regionale		
<b>Q.04</b> Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	<b>Q.P.04.1</b> Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	100%	Target regionale	Target regionale
<b>Q.05</b> Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	<b>Q.O.05.1</b> % di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%	target regionale	target regionale
	<b>Q.O.05.2</b> Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Target regionale		
	<b>Q.O.05.3</b> Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Target regionale		
<b>Q.05</b> Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	<b>Q.O.05.4</b> Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	Target regionale		
	<b>Q.O.06.1</b> % di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Target regionale		
<b>Q.06</b> Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	<b>Q.D.06.2</b> Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Target regionale		
	<b>Q.O.06.3</b> Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	Target regionale		
	<b>Q.S.06.4</b> Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Target regionale		

**ALL. SOTTOSEZIONE 2.2 PERFORMANCE: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA**

Q.07 Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	Q.D.07.1 Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	Target regionale		
	Q.D.07.2 DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	Target regionale		
Q.08 Miglioramento efficienza dei processi di supporto	Q.O.08.1 % di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Target regionale		
	Q.S.08.2 Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma		
	Q.S.08.3 Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Target regionale		
	Q.S.08.4 Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Target regionale		
	Q.S.08.5 % flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	100%	Target regionale	Target regionale
	Q.S.08.6 Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Target regionale		
Q.09 Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	Q.S.09.1 Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti	Target regionale	Target regionale
Q.10 Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Q.S.10.1 % di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Target regionale		
	Q.S.10.2 Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Target regionale		
Q.11 Promozione dei processi per la ricerca	Q.S.11.1 Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Target regionale		

**TABELLA DEGLI OBBLIGHI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE\***

ANAC, con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato le Istruzioni operative per la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013. Tali indicazioni devono essere recepite

\* sono esclusi i dati non di pertinenza delle Aziende Sanitarie e quelli sospesi da ANAC.

Su sfondo verde gli adempimenti extra richiesti dalla normativa

**ALLEGATO SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE**

<b>Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)</b>	<b>Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimento normativo</b>	<b>Denominazione del singolo obbligo</b>	<b>Contenuti dell'obbligo</b>	<b>Aggiornamento</b>	<b>Struttura responsabile produzione e aggiornamento del dato</b>
<b>Disposizioni generali</b>	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. 1 c. 2-bis della legge n. 190/2012, (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT

		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	RPCT
<b>Organizzazione</b>	Titolari di incarichi	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1- bis, del d.lgs. n.33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013, Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
<b>Personale</b>	Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c.1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n.33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti	Per ciascun titolare di incarico:
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

		situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

		pubblicare sul sito web)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1,lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n.33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della trattativa integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
<b>Bandi di concorso</b>	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Controllo di Gestione
Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

<b>Performance</b>	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - PNE (Legge n. 208/2015)	Art. 1, c. 522, legge n. 208/2015	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - PNE	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - PNE	Annuale (30 giugno)	Direttore UOC Controllo di Gestione
<b>Enti controllati</b>	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art.22, c.1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art.22, c.1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

		Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n.124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			Per ciascuno degli enti:		
			1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Attività e procedimenti			<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>		
	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza

Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza

		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
				<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali

<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
<b>Bandi di gara e contratti</b>	Si veda All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023					
	<b><u>ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE</u></b>					
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.			Una tantum con agg. tempestivo in caso di modifiche	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT			Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica	

ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 <i>Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo</i> (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica	
Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica	
<b>PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023 PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I</b>				
<b>Pubblicazione</b>	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo)  Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

<b>Affidamento</b>	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021  D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023 )	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente e alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
<b>Esecutiva</b>	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati  D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro 6 mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a 15 dipendenti)	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
<b>Sponsorizzazioni</b>	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

	<b>Procedure di somma urgenza e di protezione civile</b>	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023		Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	<b>Finanza di progetto</b>	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
				Per ciascun atto:		

Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico- sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 Art. 18-bis del d.lgs. n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Direttore UOC Controllo di Gestione
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Controllo di Gestione
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Controllo di Gestione
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali

<b>Servizi erogati</b>		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali
	Costi contabilizzati	Art.32, c.2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art.10, c.5, d.lgs. n.33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs.82/2005 modificato dall'art. 8 c.1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare <u>obbligatoriamente per il versamento</u>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
<b>Opere pubbliche</b>	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013, Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016, Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Tempi costi e indicatori di	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

	realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC SISP
<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT
		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio/Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica/ Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio/Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica/Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio/Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica
<b>Prevenzione della Corruzione</b>		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT

	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT
	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT
<b>Accesso civico</b>	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9- bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT
	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT
	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT
<b>Altri contenuti</b>	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo_gestiti_da_AGID">http://basidati.agid.gov.it/catalogo_gestiti_da_AGID</a>	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

<b>Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati</b>	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7,D.L. n. 179/2012)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
<b>Risarcimento del danno per RCT (Legge n. 24/2017)</b>	Art. 4, c.3, L. 24/2017, Art. 2,c. 5, L. 24/2017 Art. 10, c. 4, L. 24/2017	Adempimenti <i>ex lege</i> 24/2017	Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio; relazione annuale consuntiva; denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa	Annuale	Direttore UOC Affari Generali
<b>Autovetture in dotazione</b>	art. 4 del D.P.C.M. 25/09/2014	Autovetture in dotazione		Annuale	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica
<b>Dati su scioperi (Legge n. 146/1990)</b>	art. 5 della legge 146/1990	Dati su scioperi	Numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente	Tempestivo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
<b>Specialisti ambulatoriali interni (SAI) - ACN 2015</b>	art. 9, A.C.N. SAI 17/12/2015	Specialisti ambulatoriali interni (SAI) - ACN 2015	Numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta		Direttore UOC DAT
<b>Sperimentazioni</b>	Art. 11, comma 4-bis, d.lgs 211/2003 Art. 2 d.lgs 52/2019	Sperimentazioni	Nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nella conduzione di una sperimentazione oltre che tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonche' i correlati finanziamenti e i programmi di spesa con i relativi contratti		Comitato etico per la Sperimentazione Clinica

	<b>Dati ulteriori</b>	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	....	RPCT
--	-----------------------	--	--	--	------	------

## ELENCO DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

UOC Contabilità e Bilancio							
Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio		
					Tempi	Metodi	
1	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Pagamenti	Anticipare pagamento per specifici fornitori	Medio-basso	Publicazione periodica elenco pagamenti e loro tempestività (L. 89 del 2014) e D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
2	Gestione finanziaria e contabile	Gestione pratiche recupero credito (prestazioni PS e SPS)	Modifica manuale dello stato della pratica da parte di un operatore per favorire determinati soggetti	Medio-basso	Monitoraggio della % di pratiche chiuse manualmente, con verifica a campione	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
3	Pianificazione e controllo strategico	Predisposizione e aggiornamento del Piano Investimenti	1) Spesa per investimenti superiore ai limiti regionali 2) Investimenti non autorizzati	Medio-basso	Supporto al NUMI (Nucleo Monitoraggio Investimenti) nel monitoraggio del piano investimenti e verifica della copertura finanziaria per ciascun investimento	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti disciplinari							
Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio		
					Tempi	Metodi	
3	Gestione contenzioso e cura dei rapporti con studi legali per tutela azienda	Fasi processo di liquidazione	Mancato rispetto di quanto previsto dal Decreto del Ministero della Giustizia 10 marzo 2014, n. 55, (come modificato dal Decreto del Ministero della Giustizia 8 marzo 2018, n. 37), dalle disposizioni previste dall'avviso aziendale.	Medio-basso	Adozione di procedure per lo svolgimento dell'attività di verifica della congruità della parcella sia al momento dell'arrivo del preventivo (che non può prevedere importi superiori a quelli minimi previsti dal DM 2014/n. 55) sia nella fase di liquidazione della parcella sulla base di quanto previsto dall'Avviso aziendale e in relazione all'attività effettivamente svolta.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
4	Gestione assicurazioni	Pagamento del premio	Inosservanza di regole previste dal capitolato e mancata verifica degli importi dovuti.	Medio-basso	Adozione di procedure di controllo degli importi dovuti, con particolare riferimento alla fase di regolazione del premio, anche attraverso raccolta dei dati necessari presso le strutture interessate, nel rispetto delle scadenze previste.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
5		Gestione sinistri RCT/O e relativo contenzioso	Inosservanza delle disposizioni previste dalla polizza assicurativa e/o dalla Regolamentazione dell'attività di gestione in autoassicurazione parziale (franchigia per sinistro).	Medio-basso	Codificazione (e aggiornamento costante) delle procedure, con previsione dell'intervento nelle stesche di soggetti diversi afferenti alle aree medica e giuridico amministrativa. Principalmente: -Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Ufficio Sinistri Centrale (del. 1359/2017); -Regolamento di funzionamento CVS Aziendale (del. 938/2017)	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
6	Procedimenti disciplinari	Provvedimento finale di disposizione della sanzione disciplinare	Inosservanza di regole, anche di natura procedurali, a garanzia dell'imparzialità.	Rilevante	Previsione di procedure di gestione dei procedimenti: Adozione del Regolamento di disciplina con del. 28/2017 (e aggiornamento costante) in conformità alle disposizioni normative e contrattuali vigenti.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Direzione Amministrativa dell'Ospedale							
Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio		
					Tempi	Metodi	
7	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Espletamento procedure di gara per acquisizione di attrezzature in caso di urgenza fino a 40.000 euro, ai sensi dell'Atto Aziendale dell'ULSS 3	Avvantaggiare un fornitore nell'aggiudicazione dell'appalto rispetto all'eventuale concorrenza	Rilevante	1. Verifica della fondatezza delle motivazioni per ogni affidamento in urgenza e sua evidenza nelle deliberazioni di aggiudicazione nel rispetto di quanto disposto da: - Regolamento aziendale per l'acquisizione di forniture di importo inferiore alla soglia comunitaria; - Procedura operativa aziendale per la richiesta di attrezzature sanitarie; - Art. 50 c. 1 lett. b) del D.Lgs 36/2023(Codice Contratti Pubblici); 2. Utilizzo del Catalogo e delle procedure ME.P.A. all'interno della piattaforma "acquistinretepa.it" 3. Monitoraggio di eventuali ricorsi di operatori economici sul numero di procedure e di eventuali rilievi da parte della Direzione aziendale e del Collegio dei Revisori	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
8	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Gestione fatture assistenza sanitaria a cittadini comunitari ed extracomunitari	Induzione ad alterare atti per favorire singoli soggetti	Rilevante	Azioni implementate in fase di monitoraggio: 1. Verifiche a campione casuale sulla corrispondenza tra i dati riportati in fattura, nel nomenclatore tariffario e nella SDO. 2. Per gli Ospedali di Mestre e Venezia, attraverso l'utilizzo di uno specifico modulo, la fatturazione avviene utilizzando direttamente l'applicativo per la gestione clinica dei pazienti. Il modulo riporta automaticamente l'anagrafica del paziente, i valori del DRG e del correlato importo. 3. Astensione dall'operare sull'anagrafe regionale in merito a iscrizioni/variazioni del diritto all'assistenza.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

9	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Libera professione in regime ambulatoriale	Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Critico	Acquistato specifico pacchetto di controllo dati HR SIGMA LIBERA PROFESSIONE con i dati dai tre sistemi cassa (controllo presenze medico e fatture / prenotazione casse LP). La procedura permette la verifica della compatibilità dei dati delle rilevazioni presenze, dell'attività istituzionale con gli orari di svolgimento dell'attività LP, incrociando i dati con le agende di LP a CUP al fine di pervenire ad un'analisi puntuale ed esaustiva di tutte le prestazioni erogate in LP. L'obiettivo raggiunto è stato quello di trasformare i precedenti controlli manuali a campione in sistematici, informatici e complessivi. In particolare vengono ora incrociate le prestazioni rilevate a CUP con le timbrature causalizzate in libera professione focalizzando il controllo: - Sulla mancata timbratura causalizzata in presenza di prenotazioni in LP; - Sulla rilevazione di timbrature causalizzate in LP in assenza di prenotazioni; - Sulla eventuale sovrapposizione fra orario istituzionale e orario in LP; - Su eventuali mancate o parziali timbrature. Da tale rilevazione ne consegue una puntuale richiesta a ciascun dirigente di giustificazione delle incongruenze rilevate, eventuali segnalazioni all'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica e, nei casi più gravi, eventuale avvio di procedimento disciplinare.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
10			Induzione a favorire prenotazioni per un particolare specialista	Rilevante	1. Rotazione periodica del personale e formazione 2. Monitoraggio del flusso per individuare eventuali anomalie 3. Informatizzazione per tracciatura del singolo episodio di prenotazione	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

## UOC Direzione Amministrativa del Territorio

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
11	Gestione Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)	Instaurazione incarico	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione per favorire una specifica persona	Medio-basso	Standardizzazione dei processi utilizzati	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
12		Controllo e liquidazione attività svolte (timbratura presenze)	Inosservanza di leggi e regolamenti per favorire determinati soggetti	Medio-basso	Informatizzazione dei processi utilizzati	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
13		Pagamento prestazioni erogate	Utilizzo procedura prevista dal contratto nazionale di categoria, dagli AA.I.R. e disposizioni regionali in materia economica; Controllo interno	Medio-basso	Informatizzazione dei processi utilizzati	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
14	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Rimborsi (per spese di medicina turistica, cure termali, trapiantati, cure all'estero, spese di trasporto pazienti dializzati)	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti	Medio-basso	distinzione tra soggetto deputato all'istruttoria (Distretto) e soggetto liquidatore (DAT)	30/06 31/12	Verifica da software applicativo (NFS)
15		Verifica delle dichiarazioni mendaci e recupero ticket non pagati con irrogazione della sanzione	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti	Medio-basso	Evidenza della proceduralizzazione	30/06 31/12	Reportistica da software applicativo

## UOS Rapporti con strutture accreditate

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
16	Gestione contabile ed amministrativa, in attuazione della programmazione regionale ed aziendale, dell'attività degli erogatori privati accreditati per l'erogazione - per nome e per conto del SSN - di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera presso il territorio dell'Ulss	Esecuzione della programmazione regionale ed aziendale per la determinazione del finanziamento da attribuire a ciascun erogatore	Indicazione di quote di budget diverse rispetto alla programmazione regionale.	Basso	1. Rigida applicazione della normativa nazionale e regionale in materia; 2. Rispetto delle tempistiche; 3. Separazione funzioni (caricamento budget e liquidazione)	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
17		Formalizzazione dell'esito della Contrattazione delle prestazioni da eseguire in corrispondenza del finanziamento attribuito (cfr. processo precedente)	Indicazione di prestazioni non presenti nel fabbisogno aziendale valutato dalla UOS Attività Specialistica.	Medio-basso	Pubblicazione delle prestazioni contrattate	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
18		Convenzioni/contratti per acquisto di attività o servizi sanitari	Mancata verifica dei requisiti.	Basso	Verifica documentazione antimafia con protocollazione e fascicolazione dell'istruttoria. Ottenimento autodichiarazioni circa il possesso dei requisiti.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOSD Formazione							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
19	SCelta DEI FORMATORI	scelta dei docenti interni, esterni e fornitori per i corsi di formazione	Insufficiente giustificazione rispetto alla scelta dei formatori, scelta continuativa di un docente, senza rotazione, inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi	Rilevante	Avvio AVVISI INTERNI per reclutamento docenti interni e implementazione dell'ALBO FORMATORI	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
20	VERIFICHE CONTABILI e LIQUIDAZIONE FORNITORI	Verifica contabile amm.va, liquidazione docenti interni, esterni e fornitori servizi e materiali, pubblicaz. affidamenti e inserimento dati in PerlaPA	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi - mancato rispetto delle procedure di liquidazione, mancato inserimento in perlaPA	medio-basso	Rispetto Regolamento e procedura - NFS, CIG, PERLAPA	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
21	OFFERTA FORMATIVA "A MERCATO"	Eventuale progettazione eventi formativi destinati a soggetti esterni previa quota d'iscrizione	Imparzialità nell'attribuzione di priorità di accesso ai corsi; mancata trasparenza lista d'attesa	medio-basso	Rispetto Regolamento e procedura implementazione lista di attesa, trasparenza in base a date e requisiti candidatura	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
22	AUTORIZZAZIONI A FORMAZIONE OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA	autorizzazione allo svolgimento di iniziative di formazione aziendali, dipartimentali o distrettuali	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi	medio	Rispetto Regolamento e procedura - TOM	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
23		autorizzazione alla partecipazione ad iniziative di formazione extra- aziendali	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi	medio	Rispetto Regolamento e procedura - TOM	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
24	FORMAZIONE CON SPONSOR	avvio di eventi formativi con contributo di sponsor o partecipazione di sponsor a eventi extrasede	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi , mancata indicazione ditta sponsor in GRANT esterni	Rilevante	Rispetto Regolamento e procedura - elenco ditte sponsorizzatrici per eventi extrasede	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
25	GESTIONE DEI PROGETTI DI RICERCA SANITARIA FINALIZZATA E DEI PROGETTI EUROPEI	comunicazione opportunità di finanziamenti, presentazione, valutazione e approvazione del progetto, monitoraggio, conclusione del progetto con relazione finale, rendicontazione economica e diffusione dei risultati	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi , comunicazione non efficace, disparità nelle opportunità di accesso ai finanziamenti anche con riguardo alle competenze a al gender balance	medio-basso	Rispetto Regolamento e procedura - miglioramento delle azioni comunicative	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Affari generali							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
26	DONAZIONI	Accettazione di lasciti, donazioni e conferimenti	Conflitto di interessi del donatore e del destinatario della donazione	medio	Applicazione della Procedura aziendale e raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Gestione Risorse Umane							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
27	Acquisizione e progressione del personale	Reclutamento Procedure selettive per l'assunzione di personale a tempo indeterminato e a tempo determinato non ricomprese nelle competenze e funzioni di Azienda Zero	Irregolare composizione delle commissioni di concorso/avviso	Rilevante	Per gli avvisi di incarico di Direttore di UOC e nei concorsi rivolti alla Dirigenza Sanitaria si applica la normativa vigente in materia di trasparenza e pubblicità delle operazioni di sorteggio per la composizione delle commissioni concorsuali, con la pubblicità di data, luogo e ora del sorteggio per la nomina della commissione sul sito web aziendale	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
28			Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità	Rilevante	1. Rotazione dei funzionari addetti alle segreterie di concorso 2. Formazione dei segretari	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
29		Gestione mensile delle presenze e assenze	Mancata o non corretta timbratura presenza in servizio	Rilevante	Controllo periodico delle timbrature da parte degli uffici competenti con comunicazione ai coordinatori e ai responsabili delle irregolarità rilevate	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
30		Gestione missioni	Pagamento di rimborsi spese per missioni non spettanti o superiori al dovuto	Rilevante	Verifiche a campione da parte del dirigente responsabile della correttezza dell'iter seguito per la liquidazione/pagamento delle missioni	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
31		Gestione relazioni sindacali	Attribuzione di permessi sindacali in misura superiore a quanto contrattualmente previsto	Rilevante	Verifica del monte ore usufruito dai dipendenti per permessi sindacali da parte del dirigente responsabile del servizio	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

32	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Autorizzazioni per attività occasionale (prestazioni occasionali ex art. 53)	Autorizzazione rilasciata non in conformità della norma in ordine alla non occasionalità	Rilevante	Verifica annuale da parte dell'UO Gestione Risorse Umane del numero di autorizzazioni rilasciate a ciascun dipendente dell'Azienda	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
----	--	--	--	-----------	--	----------------	--

## UOC Provveditorato, Economato e Logistica

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
<b>A. Programmazione</b>							
33	Affidamento servizi e forniture	Analisi e definizione dei fabbisogni	1. Alterazioni nella definizione dei fabbisogni per premiare interessi particolari e/o al fine di configurare motivi a sostegno di affidamenti diretti/procedure negoziate. 2. Possibile alterazione dei valori stimati per gli affidamenti, con conseguente frazionamento, al fine di non superare le soglie di cui all'art. 14 del d.lgs. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici, nel seguito "Codice") o del valore stimato e/o frazionamento della concessione effettuata con l'intenzione di escludere tale concessione dall'ambito di applicazione del Codice.	Rilevante	1. Adozione atto di programmazione aziendale degli acquisti di beni/servizi in ottemperanza alla normativa vigente e pubblicazione del medesimo in Amministrazione Trasparente. 2. Obbligo di documentare il calcolo del valore stimato del contratto ovvero della concessione da affidare.	Tempi monitoraggio UOC: Annuale  Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12	1. Verifica da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit in merito all'adozione dell'atto e relativa pubblicazione. 2. Atti corredati dalla motivazione.
<b>B. Progettazione</b>							
34	Affidamento servizi e forniture	Nomina Responsabile Unico del Progetto e responsabili di fase	Inadeguata gestione del conflitto di interessi nella fase di progettazione dell'affidamento.	Critico	Rilascio di dichiarazione da parte del RUP e dei responsabili di fase circa i rapporti di assiduità con operatori del settore di riferimento dell'affidamento.	Tempi monitoraggio UOC: 1. Al momento dell'attribuzione dell'incarico - cadenza annuale per Provveditore - e al verificarsi di una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alle circostanze conosciute dal dichiarante. 2. A campione.  Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12	1. Rilascio dichiarazione, munita di protocollazione. 2. Verifica e valutazione da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit delle dichiarazioni rese.
35	Affidamento servizi e forniture	Scelta della procedura di aggiudicazione	Scelta della strategia di acquisizione in elusione delle regole di affidamento del contratto (es: affidamenti diretti/procedure negoziate tesi a selezionare uno specifico operatore; scelte tecniche finalizzate a restringere la concorrenza).	Rilevante	Obbligo di motivazione sulla scelta del sistema di affidamento; in caso di assenza di concorrenza per motivi tecnici, esplicitazione puntuale delle condizioni/motivazioni dell'assenza.	Tempi monitoraggio UOC: In occasione di ogni procedura.  Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12	Atti corredati dalla motivazione.
36	Affidamento servizi e forniture	Definizione dei criteri di partecipazione e aggiudicazione	1. Fissazione di requisiti discriminatori e sproporzionati all'oggetto dell'affidamento e non correlati alla necessità di garantire la capacità dell'operatore economico di eseguire l'appalto/concessione. 2. Fissazione di criteri di valutazione non ottimali per individuare la migliore offerta nelle procedure con criterio di aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa.	Rilevante	Controllo sui requisiti e sui criteri di valutazione fissati nella determina a contrarre, nel bando o atto equivalente.	Tempi monitoraggio UOC: A campione.  Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12	Controllo da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit.

C. Selezione del contraente							
37	Affidamento servizi e forniture	Nomina commissione di gara	Inadeguata gestione del conflitto di interessi nelle procedure di affidamento.	Critico	Rilascio di dichiarazione da parte dei commissari di gara.	<p>Tempi monitoraggio UOC: 1. Al momento dell'attribuzione dell'incarico e al verificarsi di una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alle circostanze conosciute dal dichiarante. 2. A campione.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	<p>1. Rilascio dichiarazione, munita di protocollazione. 2. Verifica e valutazione da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit delle dichiarazioni rese.</p>
38	Affidamento servizi e forniture	Valutazione dell'offerta	Valutazione errata della congruità dell'offerta (es: utilizzo di metodi impropri per l'attribuzione dei punteggi; applicazione distorta dei criteri).	Rilevante	Tracciabilità della motivazione nei verbali della commissione o dell'organo incaricato della valutazione dell'offerta.	<p>Tempi monitoraggio UOC: In occasione di ogni procedura.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	Verbali corredati di motivazione.
39	Affidamento servizi e forniture	Gestione offerte anormalmente basse	Erronea gestione delle offerte anormalmente basse nelle ipotesi di cui all'art. 110 del Codice.	Rilevante	Tracciabilità della valutazione delle giustificazioni (nei casi previsti) dell'offerta anomala con riferimento agli elementi specifici indicati nei documenti di gara.	<p>Tempi monitoraggio UOC: In occasione di ogni procedura.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	Presenza di motivazione.
D. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto							
40	Affidamento servizi e forniture	Verifica dei requisiti ai fini dell'aggiudicazione e dei presupposti previsti dalla lex specialis di gara ai fini della stipula del contratto	Alterazione/omissione delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario o pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	Rilevante	Predisposizione di una check list di controllo.	<p>Tempi monitoraggio UOC: Annualità 2025.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	Predisposizione check list.
E. Esecuzione del contratto							
41	Affidamento servizi e forniture	Nomina Direttore Esecuzione del Contratto, responsabili di fase e componenti Collegio Consultivo Tecnico	Inadeguata gestione del conflitto di interessi nella fase di esecuzione dell'affidamento.	Critico	Rilascio di dichiarazione da parte del DEC, dei responsabili di fase e dei componenti CCT.	<p>Tempi monitoraggio UOC: 1. Al momento dell'attribuzione dell'incarico e al verificarsi di una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alle circostanze conosciute dal dichiarante. 2. A campione.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	<p>1. Rilascio dichiarazione, munita di protocollazione. 2. Verifica e valutazione da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit delle dichiarazioni rese.</p>
42	Affidamento servizi e forniture	Controllo tecnico-contabile esecuzione del contratto	Esecuzione dell'appalto in difformità rispetto a quanto proposto in sede di gara e/o comunque "non a regola d'arte" a causa dell'assenza di adeguati controlli sulla corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali in violazione dei principi di economicità, efficacia, qualità della prestazione e correttezza nell'esecuzione dell'appalto, ciò al fine di favorire l'appaltatore.	Rilevante	Relazione periodica del DEC in ordine alla esecuzione di contratti giudicati dal RUP rilevanti/complessi.	<p>Tempi monitoraggio UOC: Almeno annuale.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	Acquisizione relazione formale.
43	Affidamento servizi e forniture	Pagamento corrispettivi	Pagamento con prezzi difforni dal contratto.	Critico	Verifica identità tra quotazioni da contratto e quotazioni da ordine di acquisto.	<p>Tempi monitoraggio UOC: A campione.</p> <p>Tempi monitoraggio RPCT: 30/06-31/12</p>	Verifica da parte del Servizio Internal Audit.

UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
<b>A. Affidamento lavori servizi e forniture</b>							
44	Affidamento diretto lavori entro 150.000 euro	Art. 50, comma 1, lett. a), D. Lgs n° 36/2023	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Critico	Rotazione professionisti e verifica competenze professionali	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
45	Affidamento diretto servizi e forniture, inclusi servizi ingegneria e architettura entro 140.000 euro	Art. 50, comma 1, lett. b), D. Lgs n° 36/2023	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Critico	Rotazione professionisti e verifica competenze professionali	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
46	Procedura negoziata senza bando per lavori superiore 150.000 euro e fino a 1 mln euro	Art. 50, comma 1, lett. c), D. Lgs n° 36/2023. Consultazione con almeno cinque operai economici	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Rilevante	Applicazione esclusione automatica prevista dall'art. 54 del D. Lgs. n° 36/23	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
47	Procedura negoziata senza bando per lavori compresi tra 1 mln di euro e la soglia europea	Art. 50, comma 1, lett. d) D. Lgs. n° 36/2023. Consultazione con almeno dieci operatori economici	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Rilevante	Applicazione esclusione automatica prevista dall'art. 54 del D. Lgs. n° 36/23	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
48	Procedura negoziata per servizi e fornitura, compresi servizi ingegneria e architettura tra i 140.000 euro e la soglia europea	Art. 50, comma 1, lett. e), del D.Lgs n° 36/2023	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Rilevante	Applicazione esclusione automatica prevista dall'art. 54 del D. Lgs. n° 36/23	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
49	Procedura aperta ad evidenza europea per affidamento lavori sopra soglia europea	Artt. 14, 70, 71, 83, 84 e 85 del D.Lgs. n° 36/2023	Gestione appalto su piattaforma digitale	Basso	Aggiudicazione OEV (offerta economicamente più vantaggiosa) ai sensi art. 108, comma 1, e 110 del D.lgs. n° 36/2023	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
50	Procedura aperta ad evidenza europea per affidamento servizi e forniture sopra soglia europea, compresi servizi ingegneria ed architettura	Artt. 14, 70, 71, 83, 84 e 85 del D.Lgs. n° 36/2023	Gestione appalto su piattaforma digitale	Basso	Aggiudicazione OEV (offerta economicamente più vantaggiosa) ai sensi art. 108, comma 1, e 110 del D.lgs. n° 36/2023	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
51	Procedura negoziata senza pubblicazione di un bando	Art. 76 del D.Lgs. n° 36/2023	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi agli stessi operatori economici	Critico	Verifica dei presupposti elencati nell'art 76 del D.Lgs. n° 36/2023	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
52	PIANO DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR MISSIONE 6 SALUTE	Attualmente questa Aulss ha attivato procedure propedeutiche alla progettazione delle opere. Tutti gli atti vengono inseriti in una cartella condivisa predisposta dalla Regione che supervisiona	le procedure di affidamento verranno gestite dall'Azienda Zero . Dal Ministero della salute Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR vedasi direttiva operativa MDS UMPMNR 8// Politica antifrode, conflitto di interessi e doppio finanziamento - indicazione per i soggetti attuatori	Medio-basso	Eventuali affidamenti delle procedure propedeutiche attraverso la piattaforma Sintel	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
<b>B. Selezione del contraente</b>							
53	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo	Medio-basso	Porre in gara l'elenco approvato degli atti e degli elaborati di gara	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
<b>C. Esecuzione del contratto</b>							
54	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Approvazione delle modifiche del contratto originario	Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri (varianti ai sensi di legge)	Medio-basso	Pubblicazione determina riportante le motivazioni delle modifiche	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
55	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o insufficiente verifica effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma per evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	Rilevante	Verifica puntuale dell'attività della Direzione Lavori sul rispetto dei tempi contrattuali	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

Servizio NAC							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
56	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Controlli e vigilanza su appropriatezza, congruità e corretto setting assistenziale. Controlli <b>interni</b>	Alterazioni dei criteri di appropriatezza del setting assistenziale di ricovero e di specialistica	Rilevante	1) Applicazione del piano di controllo previsto dalle indicazioni regionali 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controlli a campione effettuati e verbali redatti
57		Controlli e vigilanza su appropriatezza, congruità e corretto setting assistenziale. Controlli <b>esterni</b>	Alterazioni dei criteri di appropriatezza del setting assistenziale di ricovero e di specialistica	Rilevante	1) Applicazione del piano di controllo previsto dalle indicazioni regionali 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controlli a campione effettuati e verbali redatti

Direzione della Funzione Ospedaliera							
PP.OO. Mestre, Dolo Mirano, Venezia, Chioggia							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
58	Servizio necroscopico	Servizio necroscopico	Segnalazione da parte di operatori sanitari a imprese di onoranze funebri	Rilevante	Mantenimento dell'attività di monitoraggio in essere (anche tramite verifica di eventuali segnalazioni URP) ed eventuale aggiornamento delle procedure operative in occasione di variazioni normative o riorganizzazione dei servizi. Rispetto di quanto previsto dall'IO Regolamento per le Imprese di Onoranze Funebrì	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Farmacia Ospedaliera Mirano -Dolo							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
59	Gestione attività farmaceutica	Gestione magazzino	Sottrazione di farmaci costosi	Trascurabile	Controllo, durante l'anno a cadenza mensile, a campione delle giacenze per i prodotti ad alto costo, inventari di fine anno, presenza di allarme, accesso controllato ai soli dipendenti autorizzati.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Farmacia Ospedaliera Venezia-Mestre							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
60	Gestione attività farmaceutica	Gestione magazzino	Sottrazione di farmaci costosi	Trascurabile	Controllo a campione delle giacenze per i prodotti ad alto costo, inventari di fine anno, presenza di allarme, accesso controllato ai soli dipendenti autorizzati.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
61	Ricerca e sperimentazione	Gestione ricerca clinica	Gestione ricerca clinica non etica, non conforme alla convenzione di Helsinki e nell'interesse dei soli sperimentatori	Rilevante	Presenza dell'Unità di Ricerca clinica (URC) Aziendale e del Comitato Etico Territoriale Area Centro Est Veneto	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Farmaceutica territoriale							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
62	Gestione attività farmaceutica	Vigilanza farmacie, parafarmacie e distribuzione intermedia	Induzione a favorire la singola azienda	Medio-basso	1. Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 2. Parziale rotazione dei componenti della commissione di vigilanza	30/06 31/12	Controllo a campione dei verbali di ispezione

UOS Specialistica							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
63	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Prenotazione prestazioni presso privati accreditati	Induzione a favorire prenotazioni per un particolare specialista/centro accreditato	Rilevante	Informatizzazione per tracciatura del singolo episodio di prenotazione	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
64	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Liste d'attesa	Induzione a favorire persona priva di diritto	Medio-basso	Informatizzazione delle procedure	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC SOCIALE							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
65	Prestazioni di residenzialità e semi residenzialità socio-sanitaria	Acquisto prestazioni di residenzialità e semi residenzialità per Anziani: Rimborsi a MMG assunti direttamente dai Centri Servizi per Anziani in applicazione art.5 Elenco E - DGR 1231/2018	Possibile alterazione di atti e valutazioni per favorire singoli soggetti	Basso	Standardizzazione dei processi utilizzati attraverso l'uniformità di utilizzo della Scheda di rilevazione presenze del Medico per tutti i Centri Servizi interessati	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
66	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Verifiche accreditamento strutture socio-sanitarie private (LR 22/2002)	Redazione rapporto di visita alla Regione Veneto da parte del Team di verifica come da normativa vigente	Basso	1) Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse del personale incaricato alla verifica; 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controllo a campione del rispetto del protocollo e dei Verbali redatti
67		Verifiche accreditamento strutture sociali pubbliche-private (DGR84/2007)	Redazione rapporto di visita al Comune di competenza da parte del Team di verifica come da normativa vigente	Basso	1) Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse del personale incaricato alla verifica; 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controllo a campione del rispetto del protocollo e dei Verbali redatti

UOC Medicina Legale							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
68	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Valutazione medico-legale monocratica o collegiale per Idoneità a godimento di beneficio (pass per disabili, cessione del 5° dello stipendio, idoneità alla mansione, idoneità per porto d'armi)	Certificare l'idoneità-capacità alla attività de quo in assenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente	Rilevante	1. Valutazione a campione di congruità tra giudizio espresso e documentazione agli atti utilizzata per esprimere il giudizio 2. Standardizzazione delle valutazioni	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
69		Valutazione medico-legale monocratica o collegiale per rilascio-rinnovo patente di guida, medico monocratico e Commissione Medico Locale Patenti di Guida	Certificare l'idoneità-capacità alla attività de quo in assenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente	Rilevante	1. Valutazione a campione di congruità tra giudizio espresso e documentazione agli atti utilizzata per esprimere il giudizio 2. Standardizzazione delle valutazioni 3. Adozione di procedure di miglioramento mediante presentazione a tutti i componenti medici della CML degli errori rilevati in sede di controlli e discussione delle modalità per ridurre/annullare errori	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
70	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Riconoscimento invalidità civile l. 68/99, l. 104/92	Attestare la sussistenza delle condizioni di salute che comportano benefici economici o sociali in assenza delle stesse.	Trascurabile	La commissione è costituita da più membri, soggetti a rotazione, e il giudizio definitivo è dato da ente terzo (INPS). Verifica a campione su percentuale di concordanza di giudizio tra Azienda Ulss 3 e INPS	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica							
	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
71	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Pareri per autorizzazione strutture sanitarie, sociali, socio-sanitarie (L.R.22/2002 e Medicina di base)	Rilascio certificazioni/pareri senza requisiti	Rilevante	1) Il Medico Incaricato verifica la documentazione dei TDP che effettuano l'istruttoria; 2) In caso di potenziali situazioni di conflitto d'interesse è in carico al personale di vigilanza / certificatore (Medico o TDP) l'onere di dichiararlo al Direttore UOC così come indicato dal Codice aziendale di comportamento; 3) I singoli Responsabili Dirigenti Medici garantiscono la verifica degli atti mediante partecipazione diretta ai sopralluoghi o la verifica/supervisione in fase istruttoria di tutte le pratiche.	30/06 31/12	Relazione al RPCT o evidenze agli atti

72	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi di effetto economico	Pareri per autorizzazione attività artigianali - Pareri per uso residenziale, commerciale, IOF, impianti sportivi, attività scolastiche, Certificazione igienico sanitaria, usi consentiti, concorso alloggi, rilascio certificazioni di sanità pubblica.	Rilascio certificazioni/pareri senza requisiti	Rilevante	1) Il Medico Incaricato verifica la documentazione del TDP che effettuano l'istruttoria; 2) In caso di potenziali situazioni di conflitto d'interesse è in carico al personale di vigilanza/certificatore (Medico o TDP) l'onere di dichiararlo al Direttore UOC così come indicato dal codice aziendale di comportamento; 3) I singoli Responsabili Dirigenti Medici garantiscono la verifica degli atti mediante partecipazione diretta ai sopralluoghi o la verifica/supervisione in fase istruttoria di tutte le pratiche.	30/06 31/12	Relazione al RPCT o evidenze agli atti
----	---	---	--	-----------	--	----------------	--

## UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
73	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Ispezioni, controlli e sanzioni	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti/aziende	Rilevante	1. Programmazione settimanale (pubblicata il lunedì) delle ispezioni/controlli 2. Controllo di II livello dell'intervento svolto 3. Rotazione personale ispettivo	30/06 31/12	Verifica a campione sulla programmazione delle ispezioni e sull'avvenuta rotazione con relazione RPCT
74		Rilascio autorizzazione, certificazione e pareri vincolanti	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti/aziende	Rilevante	1. Rotazione personale ispettivo 2. In caso di potenziali situazioni di conflitto d'interesse è in carico al personale di vigilanza/certificatore (Medico o TDP) l'onere di dichiararlo al Direttore UOC così come indicato dal Codice aziendale di comportamento	30/06 31/12	Relazione al RPCT o evidenze agli atti

## UOC Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
75	Vigilanza negli Ambienti di Lavoro (con sopralluoghi in cantieri, aziende, altri ambienti)	Atti finalizzati ad agevolare/penalizzare soggetti o aziende	Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	Rilevante	1. Rotazione del personale di vigilanza; 2. Audit nei casi più complessi	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
76	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Sanzioni penali/amministrative	Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	Rilevante	Supervisione di II livello	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
77	Vigilanza - Inchieste Infortuni (con sopralluoghi in cantieri, aziende, altri ambienti)	Indagini orientate ad attribuire responsabilità/ esonerare da responsabilità	Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	Rilevante	1. Supervisione di II livello 2. Audit nei casi più complessi e controllo da parte del Direttore UOC	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
78	Inchieste malattie professionali (con possibili sopralluoghi in cantieri, aziende, altri ambienti)	Indagini orientate ad attribuire responsabilità/ esonerare da responsabilità	Induzione ad alterare l'esito di indagini	Medio-basso	Controllo di II livello da parte del Direttore della struttura	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
79	Ricorso avverso il parere del medico competente	Pareri orientati ad avvantaggiare /penalizzare i richiedenti	Induzione ad alterare l'esito di indagini	Medio-basso	Controllo di II livello	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate

## UOC Veterinaria Area A (Sanità animale)

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
80	Esecuzione di operazioni a valenza sanitaria finalizzate al controllo di malattie infettive e infestive	Attività correlate al controllo ufficiale su base programmata a seconda della malattia; Attività effettuate su richiesta dell'operatore del settore primario	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
81	Gestione archivio documentale ed informatico	Acquisizione, elaborazione ed archiviazione della documentazione ricevuta	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	Utilizzo del protocollo informatizzato	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
82	Attività di certificazione relativa allo stato sanitario di beni mobili ed immobili	Attività effettuate su richiesta dell'operatore del settore primario	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
83	Controllo della riproduzione animale e gestione anagrafe degli operatori della riproduzione animale.	Sopralluoghi ed ispezioni c/o centri di monta e fecondazione artificiale, rilascio pareri e autorizzazioni ai centri ed agli operatori, verifica del rispetto delle norme vigenti in materia, registrazione informatica e documentazione agli atti dell'attività svolta	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore.	Trascurabile	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12

UOC Veterinaria Area B ( Alimenti Origine Animale e Derivati)							
Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio		
					Tempi	Metodi	
84	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Attività correlate al controllo ufficiale su base programmate o su segnalazione, in stabilimenti all'ingrosso e al dettaglio di produzione, trasformazione e deposito di alimenti di origine animale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico fornitore	Medio-basso	1. Elaborazione di report di attività; 2. Confronto tra dati di programmazione e dati di attività	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
85	Gestione delle emergenze e degli stati di allerta in campo alimentare (RASFF)	Riscontro c/o Operatori del Settore Alimentare di eventuali giacenze, verifica documentazione (Liste di distribuzione, etc.)	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Assegnazione casuale, compatibilmente con il personale presente, con le altre attività UOC e con la distribuzione delle strutture sul territorio e le competenze acquisite; 2. Visibilità complessiva di sistema.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
86	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Controllo e verifica della merce e della relativa documentazione c/o Operatori del Settore Alimentare ai fini dell'esportazione verso Paesi Terzi di alimenti di origine animale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Archiviazione copia certificazioni.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
87	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Attività correlate al controllo ufficiale su richiesta degli Operatori del Settore Alimentare, anche con consulenza preventiva, ai fini dell'attribuzione del riconoscimento comunitario degli stabilimenti di produzione e trasformazione degli alimenti di origine animale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Assegnazione casuale istruttoria; 2. Inserimento dati in SISAV (banca dati regionale) da parte di tutto il personale della UOC	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
88	Rilascio di consulenze riguardanti insediamenti produttivi e commerciali in campo alimentare	Attività correlate al controllo ufficiale anche con consulenza preventiva	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Trascurabile	Sorteggio attribuzione istruttoria.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12

UOC Veterinaria Area C ( Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche)							
Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio		
					Tempi	Metodi	
89	Controlli sull'uso del farmaco veterinario e prevenzione della farmaco resistenza negli allevamenti, strutture veterinarie e farmacie.	Redazione Verbali di Ispezioni sulle aziende zootecniche autorizzate e sul canale di distribuzione del farmaco Vigilanza effettuata negli allevamenti autorizzati alla detenzione di scorte e strutture veterinarie. Esecuzione Piani programmati di controllo PNR.	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico fornitore	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
90	Controlli sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione degli alimenti destinati agli animali	Audit, ispezioni ed attività di campionamento presso gli OSM. Registrazione e riconoscimenti OSM. Esecuzione Piani programmati PNAA	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Trascurabile	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
91	Controlli del benessere in allevamento e del trasporto degli animali da reddito.	Controlli ufficiali con sopralluoghi e Redazione Verbali di Ispezioni, attività di supporto alle FFOO	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Trascurabile	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
92	Controlli sulla raccolta, trasporto e trasformazione dei sottoprodotti animali (carcasse, residui di macellazione)	Controlli ufficiali, vigilanza e sopralluoghi ispettivi per autorizzazioni, rilascio certificazioni e prelevamento campioni	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
93	Controlli sui flussi dei sottoprodotti di origine animale e degli alimenti per animali intra i Paesi Comunitari e da e verso i Paesi terzi	Controlli ufficiali, vigilanza e sopralluoghi ispettivi per autorizzazioni, rilascio certificazioni e prelevamento campioni presso gli OSM	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Rilevante	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12

94	Controllo sul deposito, trasporto e trasformazione dei sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati	Attività di controllo ufficiale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Rilevante	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
95	Gestione delle emergenze e degli stati di allerta in campo mangimistico	Sopralluogo ispettivo ed acquisizione documentazione procedimento di vincolo della merce presso gli OSM e procedimento di svincolo della merce.	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Trascurabile	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
96	Esecuzione consulenze per pareri di conformità su progetti edilizi di impianti zootecnici e strutture veterinarie.	Verifica congruità istanza e relativa documentazione sopralluogo e verbali di accertamento	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Rilevante	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

## UOSD Molluschicoltura e Punti di sbarco

	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
97	Gestione archivio documentale ed informatico	Acquisizione, elaborazione ed archiviazione della documentazione ricevuta	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	Utilizzo del protocollo informatizzato	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
98	Attività di certificazione relativa allo stato sanitario di beni mobili ed immobili	Attività effettuate su richiesta dell'operatore del settore primario	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. Redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
99	Monitoraggio ambiti marini e lagunari per molluschicoltura	Prelevamento campioni ufficiali molluschi c/o in aree marine/lagunari	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Aggiornamento anno 2025

Azienda		503 - Serenissima																												
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers. a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>6</sup>	Altre Tipologie												
						OCN: L.219/2023; D.L. 202/2024	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>												1) Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 60% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili											Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>
						Dirigenza	Comparto												Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario											Altro Personale
FTE ANNUI		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=H+L+N+O	Q	R	S												
				€ 434.540.922,52	€ -	€ 4.958.707,29			24.692.674,26 €						13.636.711,00															
						€ 1.228.870,77									734.488,00															
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.283,3	85,8	€ 133.522.453,13	€ -	€ 6.175.617,00	€ 450.391,00	€ -	€ 21.213.483,96	€ 9.645.780,00	€ 1.181.267,22	€ 5.489.317,75	€ -	€ 286.500,00	€ 11.113.547,22	€ 225.000,00	€ -	€ 3.728.438,28											
	Dirigenza veterinaria	S	29,0	0,0	€ 2.980.125,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 759.947,85	€ -	€ 53.149,20	€ -	€ -	€ -	€ 53.149,20	€ -	€ -	€ -											
	Dirigenza sanitaria	S	148,3	10,0	€ 12.542.469,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.719.242,85	€ 101.000,00	€ 353.465,33	€ 210.984,29	€ -	€ -	€ 454.465,33	€ 419.780,52	€ 22.752,24	€ -											
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -										
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	40,0	1,1	€ 3.804.862,98	€ 135.430,61	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 111.000,00	€ 276.516,02	€ -	€ -	€ -	€ 387.516,02	€ 3.500,00	€ 27.172,86	€ -											
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>1.500,5</b>	<b>96,9</b>	<b>€ 152.849.910,39</b>	<b>€ 135.430,61</b>	<b>€ 6.175.617,00</b>	<b>€ 450.391,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,66</b>	<b>€ 9.857.780,00</b>	<b>€ 1.864.397,77</b>	<b>€ 5.700.302,04</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 286.500,00</b>	<b>€ 12.006.877,77</b>	<b>€ 648.280,52</b>	<b>€ 49.925,10</b>	<b>€ 3.728.438,28</b>										
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.491,4	0,7	€ 159.792.254,90	€ -	€ 1.883.475,00	€ -	€ -	€ 30.500,00	€ 1.498.316,71	€ -	€ -	€ -	€ 1.528.816,71	€ -	€ -	€ 635.141,57												
	Personale tecnico sanitario	S	457,1	0,6	€ 19.238.259,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 711.628,93	€ -	€ -	€ -	€ 711.628,93	€ 20.132,35	€ -	€ -												
	Personale della riabilitazione	S	308,6	4,7	€ 11.257.202,39	€ 1.112.244,45	€ -	€ -	€ -	€ 3.500,00	€ 241.320,74	€ -	€ -	€ -	€ 244.820,74	€ 151.570,55	€ 28.843,10	€ -												
	Personale della prevenzione	S	120,2	0,0	€ 4.569.955,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 168.763,08	€ -	€ -	€ -	€ 168.763,08	€ -	€ -	€ -												
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -											
	OSS	SS	1.257,4	0,0	€ 47.759.564,45	€ 460.911,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 147.782,75	€ -	€ -	€ -	€ 147.782,75	€ -	€ -	€ -												
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	414,3	3,0	€ 12.624.827,48	€ 418.426,67	€ -	€ -	€ -	€ 40.220,00	€ 96.501,40	€ -	€ -	€ -	€ 136.721,40	€ 76.400,00	€ 42.673,90	€ -												
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	756,1	0,0	€ 26.448.947,26	€ 733.447,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.039.787,76	€ -	€ -	€ -	€ 2.039.787,76	€ -	€ -	€ -												
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>6.805,2</b>	<b>9,0</b>	<b>€ 281.691.012,13</b>	<b>€ 2.725.029,20</b>	<b>€ 1.883.475,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 74.220,00</b>	<b>€ 4.904.101,37</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.978.321,37</b>	<b>€ 248.102,90</b>	<b>€ 71.517,00</b>	<b>€ 635.141,57</b>												
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>8.305,7</b>	<b>106,0</b>	<b>€ 434.540.922,52</b>	<b>€ 2.860.459,81</b>	<b>€ 8.059.092,00</b>	<b>€ 450.391,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,66</b>	<b>€ 9.832.000,00</b>	<b>€ 6.768.499,14</b>	<b>€ 5.700.302,04</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 286.500,00</b>	<b>€ 16.986.999,14</b>	<b>€ 896.383,42</b>	<b>€ 121.442,10</b>	<b>€ 4.363.579,85</b>											

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

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

3 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

F.to il Direttore Generale  
dott. Edgardo Contato

Tabella A - Scheda 2 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2026

Azienda		503 - Serenissima																												
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019 in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo pers.a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie												
						CCNL: L.213/2023;	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>												1) Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili											Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>
						Dirigenza	Comparto												Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario											Altro Personale
€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€												
FTE ANNUI		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S												
		1.285,3	85,1	€ 135.469.052,73	€ -	€ 3.985.635,00	€ 450.000,00	€ -	€ 20.936.674,26	€ 9.609.500,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 377.000,00	€ 9.986.500,00	€ 200.000,00	€ -	€ 3.268.623,06											
		29,0	0,0	€ 3.023.571,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 806.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -											
		150,3	9,7	€ 12.725.323,62	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.950.000,00	€ 251.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 251.000,00	€ 199.623,36	€ 67.367,30	€ -											
		0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -											
		40,0	1,4	€ 3.860.333,39	€ 135.430,61	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 123.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 123.000,00	€ 16.500,00	€ 27.172,86	€ -											
<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>1.504,6</b>	<b>96,2</b>	<b>€ 155.078.281,49</b>	<b>€ 135.430,61</b>	<b>€ 3.985.635,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,26</b>	<b>€ 9.983.500,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 377.000,00</b>	<b>€ 10.360.500,00</b>	<b>€ 416.123,36</b>	<b>€ 94.540,16</b>	<b>€ 3.268.623,06</b>											
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.491,4	0,7	€ 162.121.837,18	€ -	€ 575.245,82	€ -	€ -	€ 30.500,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 30.500,00	€ -	€ -	€ 565.582,50											
	Personale tecnico sanitario	S	457,1	1,0	€ 19.518.730,93	€ -	€ 309.949,75	€ -	€ -	€ 40.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 40.000,00	€ -	€ -	€ -											
	Personale della riabilitazione	S	308,6	1,5	€ 11.421.319,10	€ 1.112.244,45	€ 32.515,58	€ -	€ -	€ 40.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 40.000,00	€ 37.455,00	€ 23.060,00	€ -											
	Personale della prevenzione	S	120,2	0,0	€ 4.636.580,38	€ -	€ 49.730,86	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -										
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -										
	OSS	SS	1.283,4	0,0	€ 48.455.842,47	€ 460.911,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -										
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	413,3	1,9	€ 12.808.882,54	€ 418.426,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 20.000,00	€ 59.376,67	€ -	€ -										
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	756,1	0,0	€ 26.834.541,66	€ 733.447,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -										
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>6.830,2</b>	<b>5,2</b>	<b>€ 285.797.734,27</b>	<b>€ 2.725.029,20</b>	<b>€ 967.442,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 110.500,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 110.500,00</b>	<b>€ 57.455,00</b>	<b>€ 82.436,67</b>	<b>€ 565.582,50</b>										
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>8.334,8</b>	<b>101,4</b>	<b>€ 440.876.015,76</b>	<b>€ 2.860.459,81</b>	<b>€ 4.953.077,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,26</b>	<b>€ 10.094.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 377.000,00</b>	<b>€ 10.471.000,00</b>	<b>€ 473.578,36</b>	<b>€ 176.976,83</b>	<b>€ 3.834.205,56</b>											

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

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

3 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

F.to il Direttore Generale  
dott. Edgardo Contato

Tabella A - Scheda 3 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2027

Azienda 503 - Serenissima																				
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers.a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie		
						CCNL:	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>													
		1) Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario																Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>		
		2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili																		
FTE ANNUI				€ 440.876.015,76	€ -	Dirigenza	€ 3.985.635,00		24.692.674,26 €	Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario						€ 6.818.355,60				
A	B	C	D							E	F	G	H	I	L					M
FTE ANNUI				€ 440.876.015,76	€ -	Comparto	€ 967.442,00			Altro Personale						€ 734.488,00				
A	B	C	D			E				F	G	H	I	L	M					N
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	0,0	41,5	€ 135.469.052,73	€ -	€ 3.985.635,00	€ 450.000,00	€ -	€ 20.936.674,26	€ 4.860.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.860.000,00	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ 3.023.571,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 806.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,0	1,7	€ 12.725.323,62	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.950.000,00	€ 111.500,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 111.500,00	€ 24.945,48	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,0	0,2	€ 3.860.333,39	€ 135.430,61	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 23.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 23.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>0,0</b>	<b>43,4</b>	<b>€ 155.078.281,49</b>	<b>€ 135.430,61</b>	<b>€ 3.985.635,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,26</b>	<b>€ 4.994.500,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.994.500,00</b>	<b>€ 24.945,48</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,0	0,0	€ 162.121.837,18	€ -	€ 575.245,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	0,0	0,0	€ 19.518.730,93	€ -	€ 309.949,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	0,0	0,0	€ 11.421.319,10	€ 1.112.244,45	€ 32.515,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	0,0	0,0	€ 4.636.580,38	€ -	€ 49.730,86	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS	SS	0,0	0,0	€ 48.455.842,47	€ 460.911,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,0	0,0	€ 12.808.882,54	€ 418.426,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,0	0,0	€ 26.834.541,66	€ 733.447,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>€ 285.797.734,27</b>	<b>€ 2.725.029,20</b>	<b>€ 967.442,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>0,0</b>	<b>43,4</b>	<b>€ 440.876.015,76</b>	<b>€ 2.860.459,81</b>	<b>€ 4.953.077,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,26</b>	<b>€ 4.994.500,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.994.500,00</b>	<b>€ 24.945,48</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	

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

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

3 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

F.to il Direttore Generale  
dott. Edgardo Contato

Tabella A - Scheda 4 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2028

Azienda		503 - Serenissima																		
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti <sup>1</sup>	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers.a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie		
						CCNL:	Con Specifico Finanziamento <sup>3</sup>													
		1) Limite 100% del costo sostenuto nel 2008 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente al profilo sanitario e socio-sanitario										Con Specifico Finanziamento <sup>4</sup>								
		2) Limite 60% del costo sostenuto nel 2008 per altri Profili																		
		FTE ANNUI		€ 440.878.015,78	€ -	Dirigenza			24.692.674,26 €	Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario										
						€ 3.985.635,00				€ 6.818.365,60										
						Comparto				Altro Personale										
						€ 967.442,00				€ 734.488,00										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S		
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	0,0	41,5	€ 135.469.052,73	€ -	€ 3.985.635,00	€ 450.000,00	€ -	€ 20.936.674,26	€ 4.860.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.860.000,00	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ 3.023.571,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 806.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	0,0	0,0	€ 12.725.323,62	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.950.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,0	0,0	€ 3.860.333,39	€ 135.430,61	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>0,0</b>	<b>41,5</b>	<b>€ 155.078.281,49</b>	<b>€ 135.430,61</b>	<b>€ 3.985.635,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,26</b>	<b>€ 4.860.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.860.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,0	0,0	€ 162.121.837,18	€ -	€ 575.245,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale tecnico sanitario	S	0,0	0,0	€ 19.518.730,93	€ -	€ 309.949,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	0,0	0,0	€ 11.421.319,10	€ 1.112.244,45	€ 32.515,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della prevenzione	S	0,0	0,0	€ 4.636.580,38	€ -	€ 49.730,86	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	OSS	SS	0,0	0,0	€ 48.455.842,47	€ 460.911,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,0	0,0	€ 12.808.882,54	€ 418.426,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,0	0,0	€ 26.834.541,66	€ 733.447,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>€ 285.797.734,27</b>	<b>€ 2.725.029,20</b>	<b>€ 967.442,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>		
	<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>		<b>0,0</b>	<b>41,5</b>	<b>€ 440.878.015,76</b>	<b>€ 2.860.459,81</b>	<b>€ 4.953.077,00</b>	<b>€ 450.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 24.692.674,26</b>	<b>€ 4.860.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 4.860.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	

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

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

3 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

F.to il Direttore Generale  
dott. Edgardo Contato

# Tabella B - Scheda 1 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda <b>503 - Serenissima</b>							
Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali <sup>1</sup> (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. <sup>2</sup>	Personale da processi di reinternalizzazione <sup>3</sup>	
		A	B	C	D	E	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.290	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	29	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	152	0	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39	1	1	0	0
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			<b>1.510</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.600	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	465	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	289	26	25	0	0
	Personale della prevenzione	S	123	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	1.264	13	13	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	409	10	10	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	750	18	11	0	0
TOTALE PERSONALE COMPARTO			<b>6.900</b>	<b>67</b>	<b>59</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>			<b>8.410</b>	<b>68</b>	<b>60</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

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

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

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

F.to il Direttore Generale  
dott. Edgardo Contato

# Tabella B - Scheda 2 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2026

Azienda <b>503 - Serenissima</b>							
Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali <sup>1</sup> (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. <sup>2</sup>	Personale da processi di reinternalizzazione <sup>3</sup>	
		A	B	C	D	E	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.292	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	29	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	154	0	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39	1	1	0	0
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			1.514	1	1	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.600	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	465	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	289	26	25	0	0
	Personale della prevenzione	S	123	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	1.290	13	13	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	408	10	10	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	750	18	14	0	0
TOTALE PERSONALE COMPARTO			6.925	67	62	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			8.439	68	63	0	0

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

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

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

F.to il Direttore Generale  
dott. Edgardo Contato