



2024-2026

Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

**PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E
ORGANIZZAZIONE 2024-2026**

Sommario

Presentazione della Piano Integrato di Attività e Organizzazione	4
1.Scheda anagrafica dell'amministrazione	6
L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS	6
L'Azienda in cifre.....	7
Attività di ricovero: andamento triennio 2021-2023	10
Attività ambulatoriale: andamento triennio 2021-2023	15
Altre attività dell'Istituto.....	20
Attività di ricerca	22
Pubblicazioni e impact factor	22
Studi Clinici presso IOV	23
Fonti di finanziamento della ricerca	25
2.Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	27
Valore Pubblico.....	27
Performance	36
Principi e riferimenti normativi	36
L'albero delle performance	36
Il ciclo di gestione della performance	46
La performance individuale	48
Rischi corruttivi e trasparenza	54
I ruoli nel sistema della prevenzione della corruzione.....	54
Altri soggetti.....	61
Valutazione di impatto del contesto esterno	62
Valutazione di impatto del contesto interno	67
Mappatura dei processi sensibili.....	67
Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	72
Monitoraggio sull'idoneità e sull'attenzione delle misure	86
Trasparenza.....	87
Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza	92
3.Organizzazione e capitale umano	96
Dotazione di personale: andamento triennio 2021-2023	96
Struttura organizzativa.....	96
I livelli di responsabilità organizzativa.....	104
Organizzazione del lavoro agile	106
Piano triennale dei fabbisogni di personale	107
La formazione e lo sviluppo delle competenze	108
4.Gender Equality Plan	110
5.Monitoraggio	120

Presentazione della Piano Integrato di Attività e Organizzazione

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n.80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, e la DGR 1717/2023 "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022" hanno introdotto il "Piano integrato di attività e organizzazione" (PIAO), un documento unico di programmazione e governance che, in attuazione degli obiettivi fissati dal PNRR, assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, dei servizi ai cittadini e alle imprese, semplificando i processi.

Il PIAO deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti (escluse le scuole), ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Definisce gli strumenti e le fasi "per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione", con l'obiettivo di 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, nel rispetto del D.Lgs. n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012.

Il PIAO comprende e declina in modo integrato e coordinato i seguenti documenti di pianificazione e programmazione, che in precedenza erano predisposti dall'Istituto Oncologico Veneto (IOV) secondo le modalità e scadenze previste dalle normative di riferimento:

- a) il Piano della Performance triennale: documento dove erano descritti gli obiettivi programmatici e strategici della performance dello IOV, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT): documento di natura "programmatoria" con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi (cioè le misure) volti a prevenire il rischio. Il PTPCT ha come fine la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché il raggiungimento degli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- c) il Piano di Organizzazione del Lavoro Agile (POLA), che stabilisce, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, le misure attuative, organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati;
- d) il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;

e) il Piano della Formazione, che individua, nell'ottica di una stretta correlazione tra il programma di formazione del personale, gli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali.

Il PIAO definisce anche le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi.

Oltre ai documenti di programmazione sopra elencanti è stato inserito una sezione dedicata al Gender Equality Plan, ovvero un documento programmatico, comprensivo di impegni ed azioni, che mira a promuovere la parità di genere in un'organizzazione attraverso un processo di cambiamento strutturale.

1.Scheda anagrafica dell'amministrazione

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS (di seguito denominato IOV) è, sulla base della legge regionale istitutiva (L.R. n. 26/2005) un Ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica di diritto pubblico che, secondo standard di eccellenza, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e traslazionale nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, effettuando prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La ricerca scientifica integrata all'assistenza è la caratteristica fondamentale dello IOV e differenzia in maniera sostanziale l'Istituto dalle aziende del Sistema Sanitario Regionale prive di tale qualifica, rispetto alle quali evidenzia modalità operative, complessità organizzative e fabbisogni di risorse umane e materiali specifici. Inoltre l'Istituto, oltre a essere soggetto al sistema dei controlli della Regione Veneto, è sottoposto, da parte del Ministero della Salute, a verifica periodica per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico nella disciplina dell'oncologia e a verifica annuale dei prodotti della ricerca scientifica, alla quale è legata l'erogazione del finanziamento per le attività di Ricerca Corrente.

La Regione del Veneto ha affidato allo IOV il ruolo di HUB della rete oncologica regionale, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Sul piano organizzativo l'Istituto è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto, Schiavonia e Venezia in conformità alla programmazione regionale ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 614 del 14 maggio 2019 e in attuazione dell'Atto aziendale approvato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 850 del 27/09/2023 e approvato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 146 del 30 ottobre 2023.

La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288. Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il presidente della Regione Veneto, ha a sua volta riconosciuto il carattere scientifico dell'istituto, in seguito riconfermato con la periodicità e le modalità previste dalla normativa vigente.

La **missione** dell'Istituto Oncologico Veneto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali sono il rapido trasferimento delle acquisizioni della ricerca ai pazienti, l'approccio multidisciplinare alla patologia e il coordinamento della rete di collaborazione/condivisione tra le Oncologie del Veneto.

L'Azienda in cifre

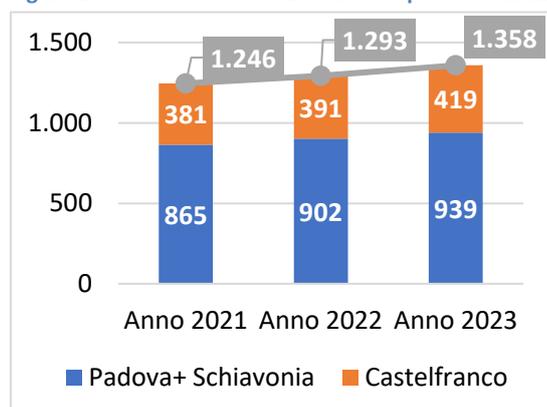
Si presentano di seguito alcuni dati di sintesi relativi al valore dell'attività di ricovero e specialistica dell'Istituto Oncologico Veneto dell'ultimo triennio 2021-2023 precisando che i dati dell'ultimo anno non risultano ancora consolidati e, dove non disponibili, è stata effettuata una previsione in base agli ultimi mesi disponibili alla data della redazione della presente.

L'attuazione delle linee di indirizzo regionali ha determinato, per lo IOV, un importante cambiamento sul fronte organizzativo avviato nel corso del 2018 grazie all'attivazione/trasferimento di nuove Unità Operativa nella sede di Castelfranco Veneto e Schiavonia e proseguito con l'attivazione dell'Hospice a dicembre 2020, presso la sede di Castelfranco Veneto. In tabella 1 si riportano i posti letto per area di degenza e reparto.

Tabella 1 – Dotazione posti letto 2023 (flusso ministeriale HSP12 e STS24)

Area degenze	Reparto	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale
CF-Area chirurgica	CF – Chirurgia Senologica 2	0	2	2	4
CF-Area chirurgica	CF - Chirurgia dell'esofago e delle vie digestive	0	3	17	20
CF-Area chirurgica	CF - Endocrinochirurgia	0	2	4	6
CF-Area medica	CF - Gastroenterologia	0	0	8	8
CF-Area medica	CF - Oncoematologia	0	0	8	8
CF-Area medica	CF - Oncologia	0	0	12	12
CF-Terapia Intensiva	CF – Terapia Intensiva	0	0	8	8
CF-Area chirurgica	CF - Urologia	0	5	15	20
PD-Area chirurgica	PD - Chirurgia	0	6	24	30
PD-Area medica	PD - Oncologia 1	17	0	17	34
PD-Area medica	PD - Oncologia 2	17	0	15	32
PD-Area medica	PD - Radioterapia	4	0	18	22
PD-Terapia Intensiva	PD - Terapia Intensiva	0	0	2	2
Totale		38	18	150	206
Totale Padova		38	6	76	120
Totale Castelfranco		0	12	74	86
Hospice – sede di Castelfranco					6

Figura 1 – Personale in servizio allo IOV per sede: 2021-2023 (fonte: UOC Gestione Risorse Umane)

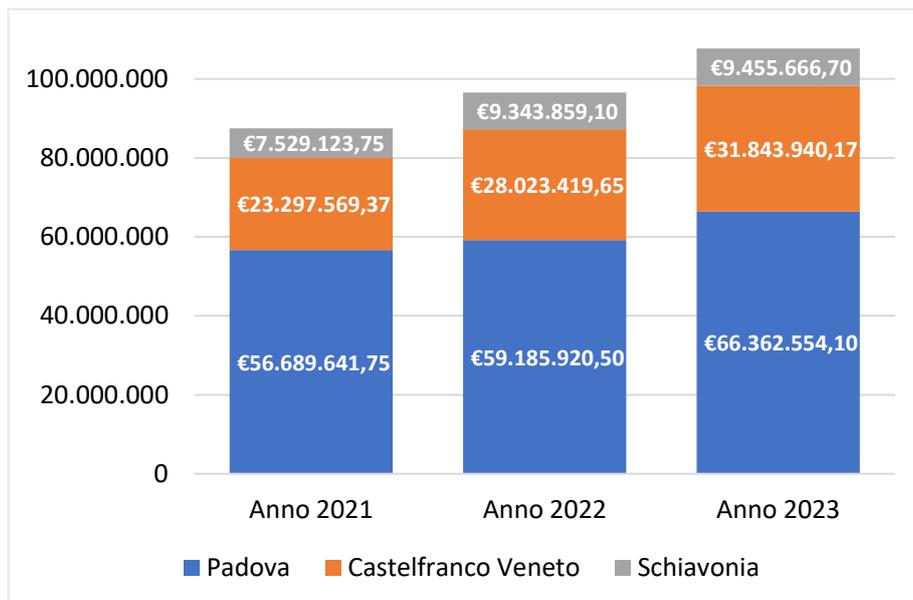


La dotazione del personale al 31/12/2023 si è attestata a 1.358 unità (+5,03% rispetto al 31/12/2022), con un andamento in progressivo aumento come previsto dalla programmazione regionale e rappresentato in figura 1.

Figura 2 – Andamento valore attività di ricovero e specialistica: 2021 – 2023

In figura 2 è rappresentato il valore dell'attività di ricovero e specialistica erogata dall'Istituto nell'ultimo triennio, suddivisa per sede di erogazione.

L'anno 2023 fa rilevare un incremento del valore dell'attività, pari al +12,34% rispetto al 2022.



In tabella 2 sono riportati alcuni dati di sintesi dei livelli di attività dell'Istituto che mostrano un complessivo aumento rispetto all'anno precedente determinato sia dall'incremento di attività della sede di Castelfranco Veneto, sia da aumento dell'attività oncologica presso la sede di Padova.

Tabella 2 - Sintesi dati di attività dell'Istituto. Anni 2021, 2022, 2023

Voce	2021	2022	2023	Scost. 2023/2022	Scost. %
Numero trattamenti chemioterapici	44.987	51.151	57.242	6.091	11,91%
Numero di pazienti in trattamento chemioterapico	5.779	6.347	6.945	598	9,42%
Prestazioni di radiologia e senologia	76.759	73.884	79.489	5.605	7,59%
Numero trattamenti radioterapici	42.959	45.809	48.311	2.502	5,46%
Numero di pazienti in trattamento radioterapico	2.719	2.853	3.030	177	6,20%
Numero di prestazioni per progetto screening "giovani donne"	10.983	7.816	9.576	1.760	22,52%
Numero di prestazioni per progetto screening ricerca papillomavirus (HPV)	35.869	36.626	42.490	5.864	16,01%
Numero di interventi chirurgici	5.487	6.212	6.702	490	7,89%
Numero di interventi di chirurgia robotica	304	461	514	53	11,50%
Numero dimissioni da ricovero ordinari	6.122	6.833	7.662	829	12,13%
Numero dimissioni da ricovero diurno	1.461	1.439	1.521	82	5,70%

Risulta inoltre rilevante evidenziare come, in una analisi condotta a livello regionale nel 2020, lo IOV risulti farsi carico di oltre un quinto (22,5%) dei pazienti oncologici in trattamento in Veneto, con una spesa pari al 26,3 % della spesa regionale, e con un trend in aumento (vedi figura 3 - fonte: Analisi di appropriatezza della spesa dei farmaci oncologici 2017-2020 delle aziende sanitarie del Veneto", Rete Oncologica Veneta in collaborazione con la Direzione Farmaceutica-protetica-dispositivi medici).

Figura 3 – Pazienti in trattamento oncologico nel 2020 – Regione Veneto



Per quanto riguarda la sintesi dei principali costi della produzione dell’Istituto, non essendo ancora disponibile il bilancio consuntivo dell’anno 2023, nella tabella 3 sono stati riportati il valore dei bilanci consuntivi degli anni 2021-2022 e del quarto Conto Economico Consuntivo Trimestrale 2023 (CECT) che, pur non essendo tra loro analoghi, consentono una rappresentazione delle principali voci di costo dell’esercizio 2023.

Tabella 3 – Sintesi dei costi della produzione: anni 2021-2023

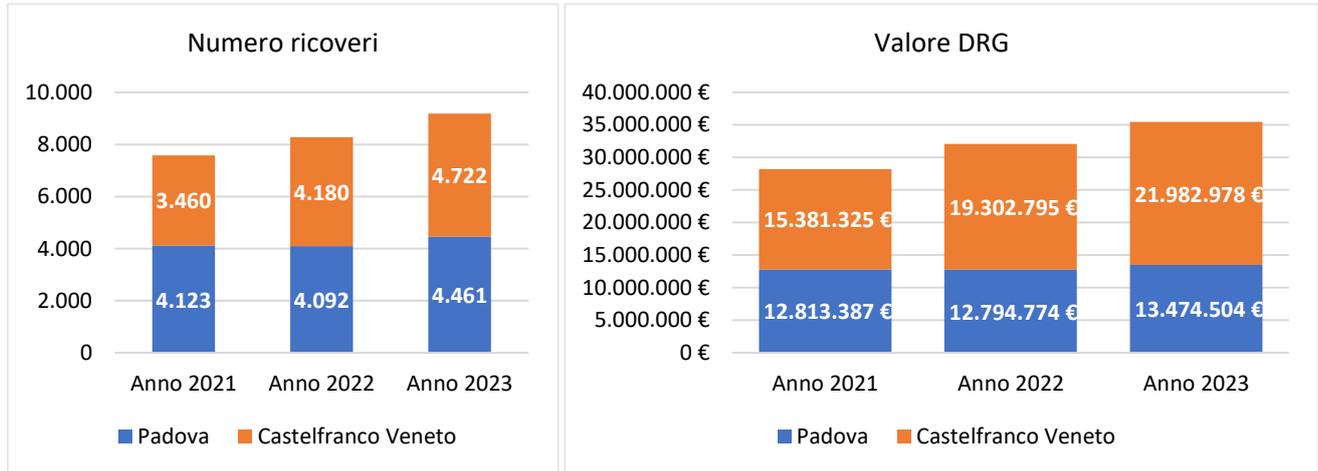
Sintesi costi della produzione	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023* IV CECT
Totale costi della produzione	189.796.766,69 €	209.602.482,83 €	240.267.332,37 €
Acquisti di beni	97.488.297,41 €	112.844.640,38 €	113.370.111,69 €
di cui Acquisti di beni sanitari	97.049.489,57 €	112.462.604,57 €	112.895.024,26 €
Acquisti di servizi non sanitari	8.244.968,50 €	9.383.038,01 €	9.394.920,96 €
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.139.425,41 €	4.350.238,54 €	4.288.173,91 €
Totale Costo del personale	52.750.068,13 €	57.601.397,29 €	62.204.708,38 €
Personale del ruolo sanitario	43.361.095,09 €	46.856.097,74 €	50.530.454,50 €
di cui personale dirigente ruolo sanitario	22.364.306,02 €	24.422.539,76 €	26.254.828,29 €
di cui personale comparto ruolo sanitario	20.996.789,07 €	22.433.557,98 €	24.275.626,21 €
Personale del ruolo professionale	107.258,62 €	71.761,69 €	163.283,60 €
Personale del ruolo tecnico	4.816.462,01 €	5.701.852,39 €	5.980.914,19 €
Personale del ruolo amministrativo	4.465.252,41 €	4.971.685,47 €	5.530.056,09 €
Totale Ammortamenti	7.380.237,45 €	7.901.586,26 €	8.542.833,33 €

*dati non consolidati, relativi al quarto Conto Economico Consuntivo Trimestrale 2023 (CECT)

Attività di ricovero: andamento triennio 2021-2023

Il numero di ricoveri dell'anno 2023 è stato pari a 9.183 (+911 dimessi rispetto al 2022, +11,01%), di cui 4.722 ricoveri effettuati presso la sede di Castelfranco Veneto e 4.461 della sede di Padova.

Figura 4 - Attività di ricovero: numero dimessi e valore DRG: triennio 2021-2023



L'attività chirurgica nel suo complesso ha registrato nel 2023 un incremento del +7,9% rispetto all'anno precedente, in gran parte dovuto al potenziamento dell'attività presso la sede di Castelfranco Veneto, garantendo un rispetto complessivo dei tempi di attesa per gli interventi di area oncologica (vedi tabella 5). Analizzando i dati per sede si rileva come nella sede di Castelfranco siano stati effettuati 3.783 interventi chirurgici, rispetto a 3.468 nel 2022, con un aumento del 9,08%.

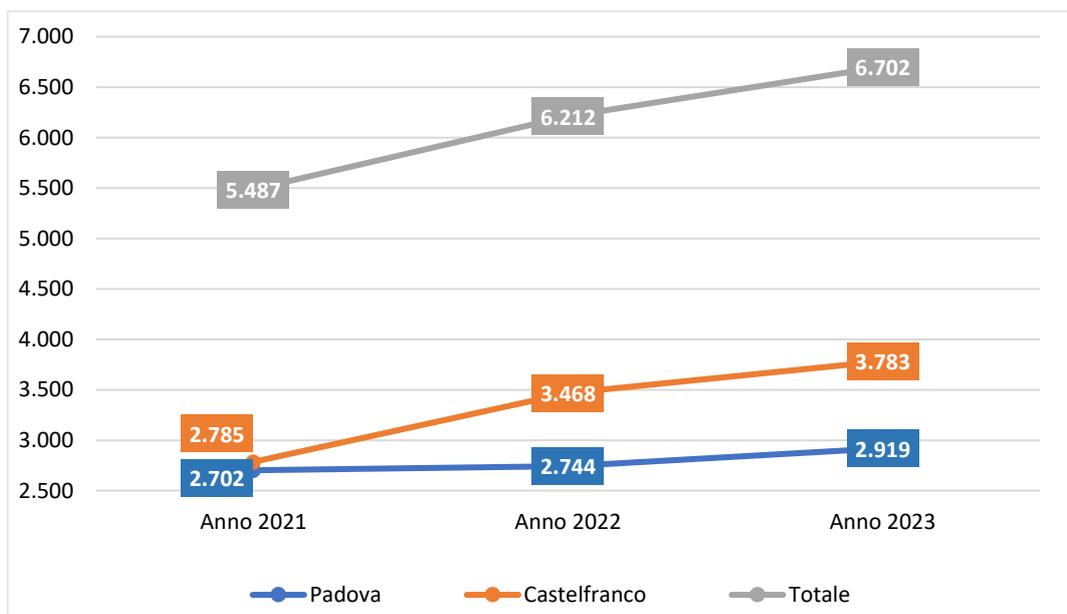
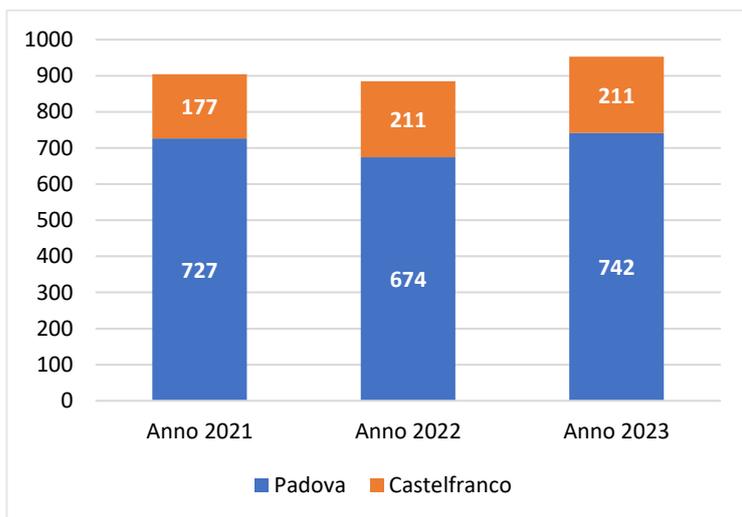


Figura 5 - Andamento n° interventi per sede: triennio 2021-2023

Considerando la tipologia di interventi si riportano i numeri relativi a:

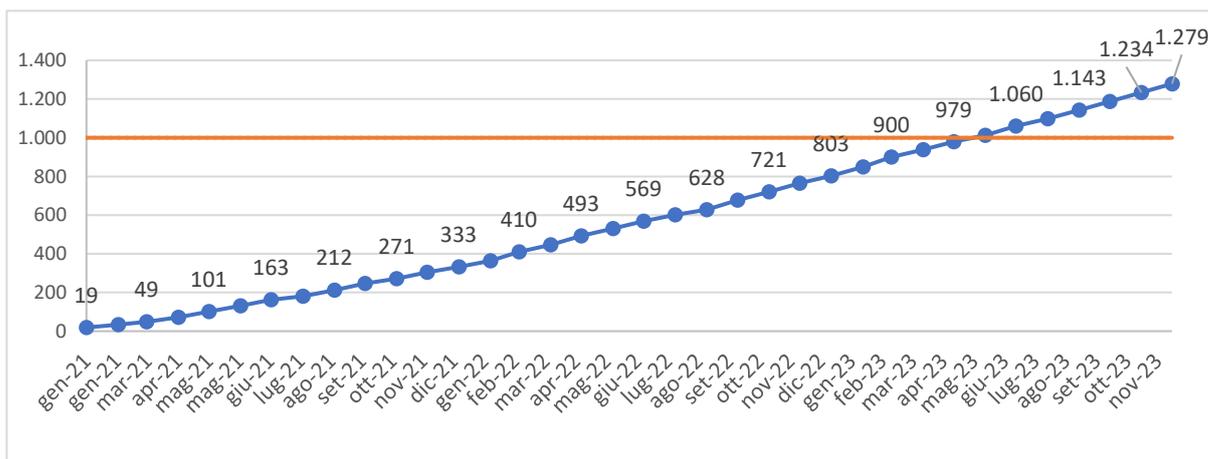
- attività della chirurgia senologica per tumore maligno alla mammella (+7,7% rispetto al 2022), con un mantenimento dell'attività della sede di Castelfranco sopra la soglia ottimale dei 150 interventi e un aumento della sede di Padova di +68 interventi rispetto all'attività del 2022.

Figura 6 - Andamento interventi per tumore maligno della mammella: triennio 2021-2023



- attività di chirurgia robotica, avviata nel 2021, che nel 2023 ha superato la soglia dei 1.000 interventi (come rappresentato nella figura 7), con un incremento del +11% rispetto all'anno precedente.

Figura 7 – Numero incrementale di interventi di chirurgia robotica dal 2021 al 2023



La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Chirurgico

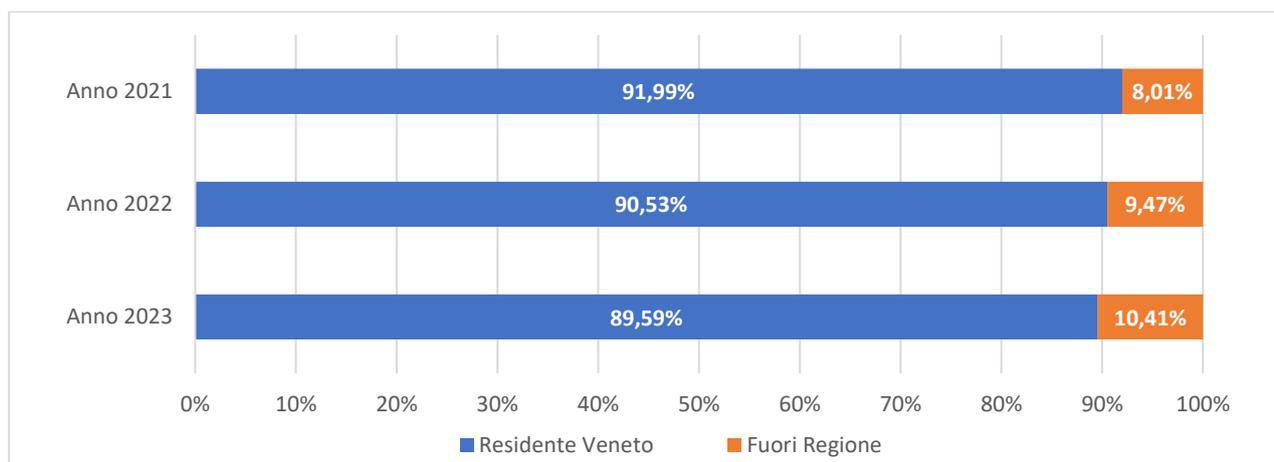
Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG chirurgico in aumento del +6,23% rispetto al 2022 e nella figura 8 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza, che mostra un incremento progressivo dei pazienti provenienti fuori regione nell'ultimo triennio.

Tabella 4 – andamento casistica principale DRG chirurgici 2021-2023

DRG Chirurgici	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	406	480	592
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	501	535	561
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	153	261	439
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	379	434	409
335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	150	218	245
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	230	210	224
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	227	162	216
290 - Interventi sulla tiroide	137	155	189
303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	97	142	128
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	154	145	126
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	114	105	106
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	93	83	104
570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	88	76	94
461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	179	115	88
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	76	82	87
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	43	88	85
573 - Interventi maggiori sulla vescica	44	57	84
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	38	85	68
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	65	54	65
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	53	54	65
270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	52	42	52
261 - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	86	79	50
265 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	69	53	50
494 - Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	42	53	44
309 - Interventi minori sulla vescica senza CC	23	31	42
<i>Altri DRG di tipo chirurgico</i>	<i>808</i>	<i>1.029</i>	<i>916</i>
<i>di cui 481 - Trapianto di midollo osseo</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>26</i>
TOTALE	4.307	4.828	5.129

Con riferimento all'andamento dei ricoveri per DRG, si evidenzia il rilevante incremento del DRG "481 – trapianto di midollo osseo" nel 2023, pari a +10 casi (+62,5% rispetto al 2022).

Figura 8 - Analisi attività di ricovero per DRG chirurgico e residenza assistito



Nella tabella seguente è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa degli interventi con DRG di tipo chirurgico oncologico suddiviso per sede. Si evidenzia, complessivamente, il rispetto degli obiettivi assegnati a livello regionale nell'anno 2023.

Tabella 5 – % rispetto dei tempi di attesa dell'attività di chirurgia oncologica - anno 2023

% INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA CON TEMPO DI ATTESA RISPETTATO (tutte le classi di priorità)		
Mese	PADOVA	CASTELFRANCO
novembre-22	99%	99%
dicembre-22	99%	100%
gennaio-23	99%	99%
febbraio-23	99%	100%
marzo-23	100%	100%
aprile-23	100%	100%
maggio-23	100%	98%
giugno-23	100%	99%
luglio-23	100%	99%
agosto-23	100%	99%
settembre-23	100%	99%
ottobre-23	100%	99%
novembre-23	100%	98%

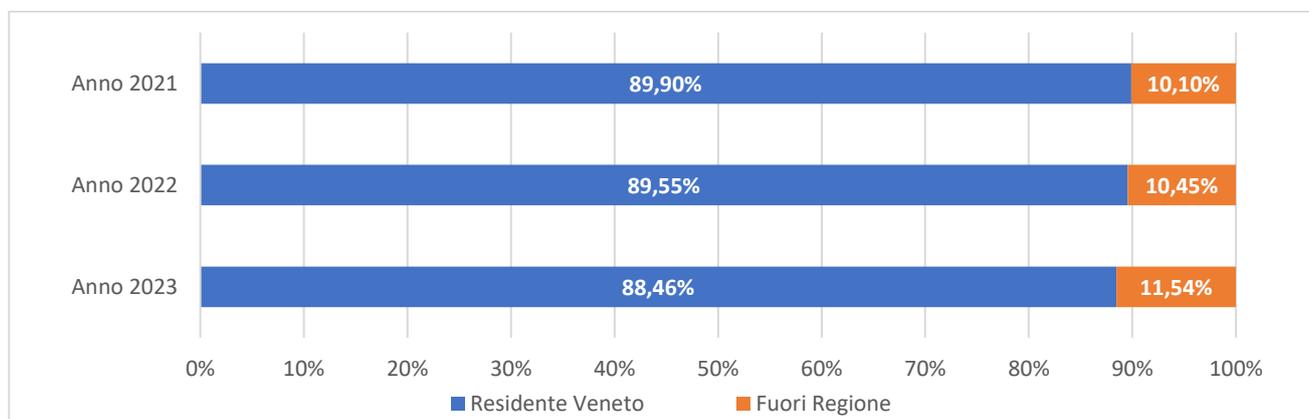
La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Medico

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG medico in aumento del +7,69% rispetto al 2022 e nella figura 9 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza che mostra un mantenimento delle percentuali nell'ultimo triennio.

Tabella 6– andamento casistica principale DRG medico anni 2021-2023

DRG Medici	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	734	785	967
409 - Radioterapia	282	326	269
404 - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	137	135	177
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	163	189	173
301 - Malattie endocrine senza CC	163	139	166
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	129	140	156
492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	28	21	117
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	88	103	111
473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	25	112	88
332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	43	60	70
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	52	75	67
324 - Calcolosi urinaria senza CC	71	55	59
172 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	50	47	53
574 - Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	28	52	51
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	40	40	48
173 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	51	45	47
466 - Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	3	8	47
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	25	28	44
453 - Complicazioni di trattamenti senza CC	20	20	42
204 - Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	40	47	37
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	10	24	33
207 - Malattie delle vie biliari con CC	71	58	32
208 - Malattie delle vie biliari senza CC	19	41	30
465 - Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1	5	30
239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	38	39	27
<i>Altri DRG di tipo medico</i>	965	850	768
TOTALE	3.276	3.444	3.709

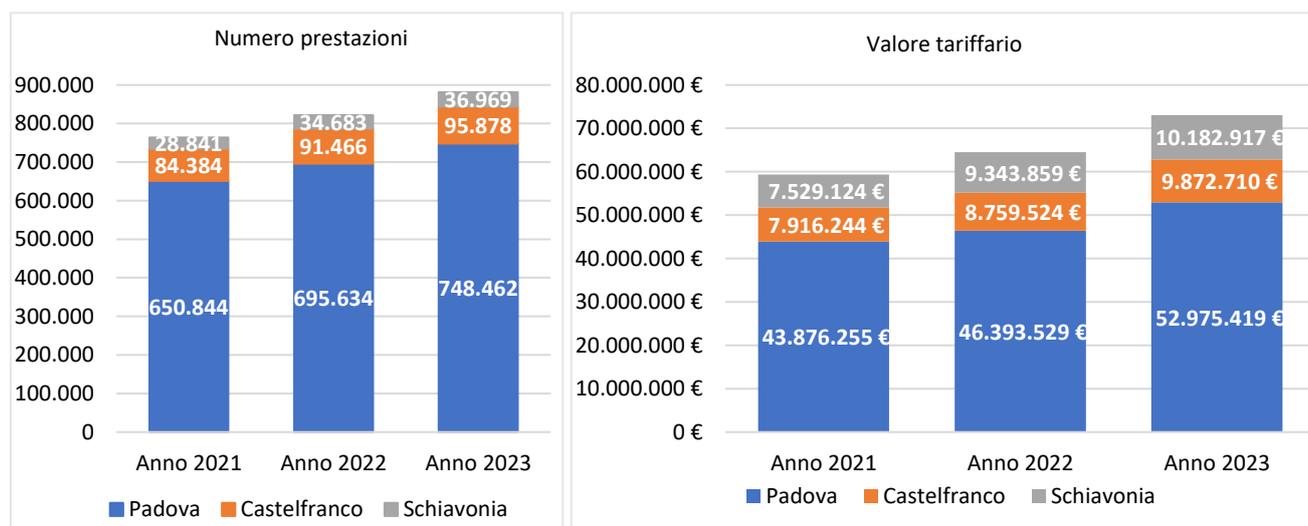
Figura 9 - Analisi attività di ricovero per DRG medico e residenza assistito



Attività ambulatoriale: andamento triennio 2021-2023

Si presenta di seguito l'andamento del triennio 2021-2023 dell'attività ambulatoriale dell'Istituto. Analizzando il numero di prestazioni e il valore tariffario dell'attività specialistica, si evidenzia un aumento del +13,2% del valore rispetto al 2022, con un incremento per tutte e tre le sedi di attività dell'Istituto.

Figura 10 - Andamento attività ambulatoriale per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione (inclusa la branca di laboratorio) – numero prestazioni e valore tariffario: triennio 2021-2023



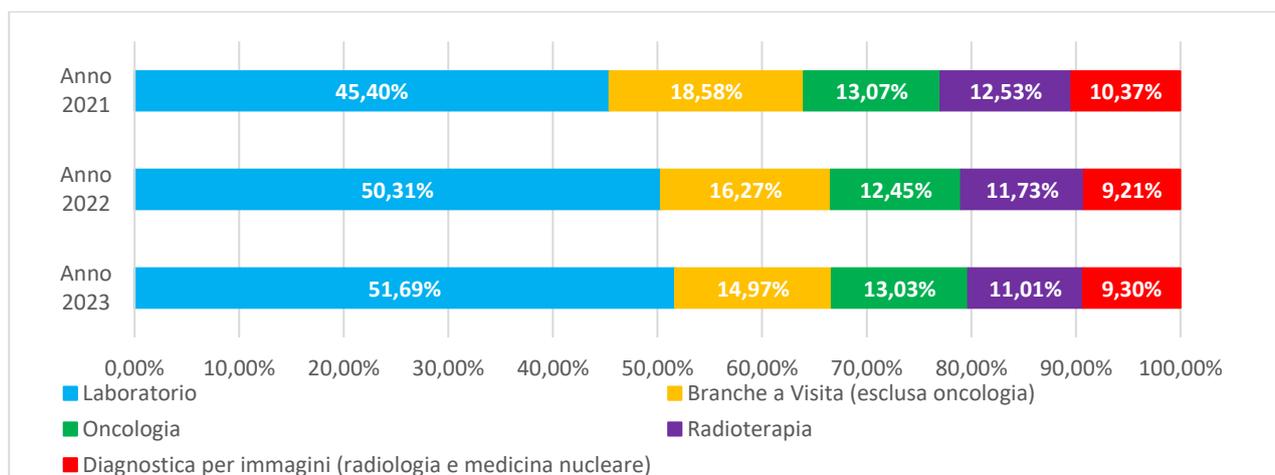
La casistica principale dell'attività ambulatoriale

La tabella 7 e il grafico in figura 11 mostrano l'andamento del triennio 2021-2023 dell'attività ambulatoriale dell'Istituto. La suddivisione per macroaree specialistiche mostra come le prestazioni di Oncologia e di Radioterapia abbiano un peso rilevante nel complesso dell'attività. Per quanto riguarda l'attività di laboratorio, si precisa che include anche le prestazioni erogate da altre strutture in convenzione con lo IOV.

Tabella 7 – Numero prestazioni per macroaree e sede (pazienti esterni onere SSN e fatturazione): triennio 2021-2023

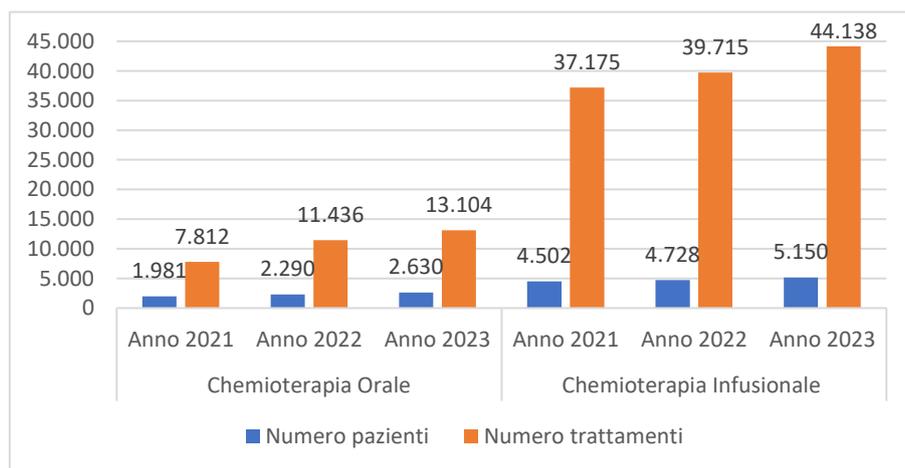
	Padova			Castelfranco			Schiavonia		
	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Branche a Visita (esclusa oncologia)	103.797	94.090	91.808	37.439	38.578	40.036	691	1.032	69
Diagnostica per immagini (radiologia e medicina nucleare)	70.891	67.285	72.682	8.378	8.430	9.270	0	0	0
Laboratorio	326.693	390.718	434.898	20.232	22.757	20.644	0	0	0
Oncologia	81.671	80.757	89.038	18.217	21.589	25.828	0	0	0
Radioterapia	67.493	62.653	60.036	118	112	72	28.150	33.651	36.900
Altro	299	131	0	0	0	28	0	0	0
Totale complessivo	650.844	695.634	748.462	84.384	91.466	95.878	28.841	34.683	36.969

Figura 11 – distribuzione % delle macroaree dell'attività ambulatoriale: triennio 2021-2023



Trattamenti chemioterapici

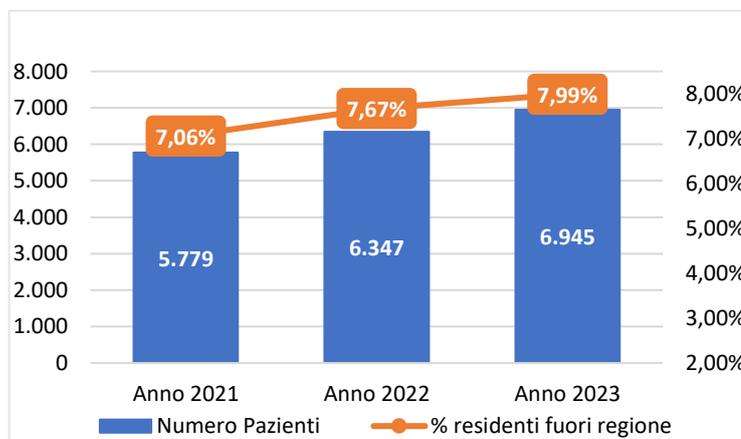
Figura 12 - Numero pazienti e trattamenti chemioterapici 2021-2023



Come mostrato in figura 12 l'andamento del numero di pazienti e del numero di trattamenti chemioterapici dell'anno 2023 conferma il trend in incremento, con un aumento del +9,4% dei pazienti trattati e del +11,9% dei trattamenti.

Figura 13 - Numero pazienti in trattamento chemioterapico e % residenza fuori regione: 2021-2023

Il grafico in figura 13 mostra inoltre la percentuale dei pazienti trattati con chemioterapia che sono residenti in regioni diverse dal Veneto, dal quale si evince un trend in continuo aumento.



Trattamenti radioterapici

In figura 14 è rappresentato il numero di trattamenti radioterapici e il numero di pazienti in trattamento nel triennio 2021-2023. L'attività è in aumento del +5% confermato dall'aumento dei pazienti trattati del +6,2%.

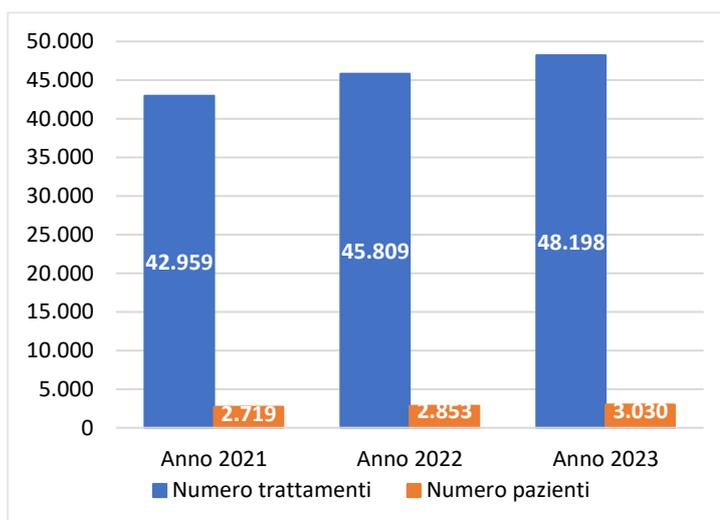


Figura 14 - Numero di prestazioni di trattamento radioterapico e numero pazienti 2021-2023

La telemedicina

Capofila in Veneto per il follow-up da remoto o telemedicina è l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS di Padova. Sulla base del modello IOV, la Regione Veneto ha dato indicazioni su come gestire i servizi a distanza, per effettuare controlli di routine e per garantire la migliore assistenza possibile a chi soffre di malattie croniche su tutto il territorio regionale.

I controlli da remoto sono iniziati a maggio 2020, durante l'emergenza COVID-19, con lo scopo di proteggere i pazienti particolarmente fragili, perché anziani o con comorbidità, da un'eventuale infezione da COVID-19. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra con nuovi canali di comunicazione per facilitare anche coloro che risiedono in altre province o Regioni d'Italia.

Tabella 8 – Dettaglio prestazioni di telemedicina: anni 2022-2023

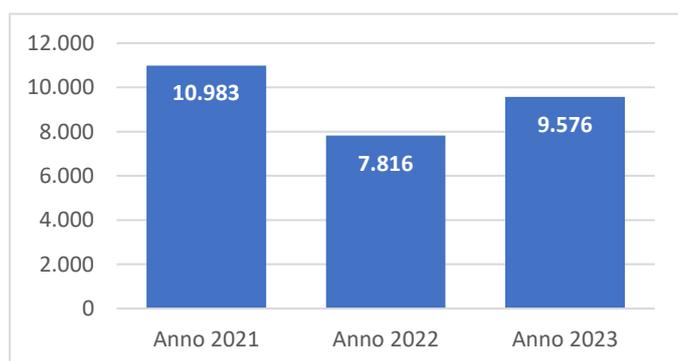
Codice	Prestazione regionale	Anno 2022	Anno 2023
89.01.F	Visita Oncologica Di Controllo. Incluso: Eventuale Verifica All'Adesione Al Trattamento Farmacologico E Consegna Di Farmaci Chemioterapici Orali. Escluso Il Costo Dei Farmaci	1.178	1.794
94.09	Colloquio Psicologico Clinico.	193	150
94.3	Psicoterapia Individuale.	15	13
89.01.1	Visita Anestesiologica Di Controllo Per Terapia Del Dolore.	34	17
89.01.4	Visita Chirurgica Di Controllo.	3	0
89.01.8	Visita Endocrinologica Di Controllo.	14	8
91.35.6	Consulenza Collegata Al Test Genetico.	13	44
Altro		1	3
Totale		1.451	2.029

Screening giovani donne

Nel 2023 è proseguito il programma di screening senologico personalizzato per giovani donne, avviato nel 2018 dalla sinergia tra Regione del Veneto, IOV ed Azienda Zero, che prevede l'esecuzione gratuita di un triplice test e la presa in carico, secondo protocolli personalizzati, fino all'ingresso nello screening consolidato ai 50 anni.

Il test prevede 3 fasi: mammografia con tomosintesi, calcolo della densità con software dedicato, valutazione della familiarità.

Figura 15 – Andamento numero di prestazioni per screening per giovani donne: anni 2021 – 2023



Nella figura 15 viene rappresentato il numero di prestazioni per screening del progetto giovani donne effettuate nel triennio 2021-2023.

Cure palliative

Nelle tabelle seguenti vengono rappresentati i dati dell'attività di cure simultanee e di cure palliative effettuate dall'Istituto.

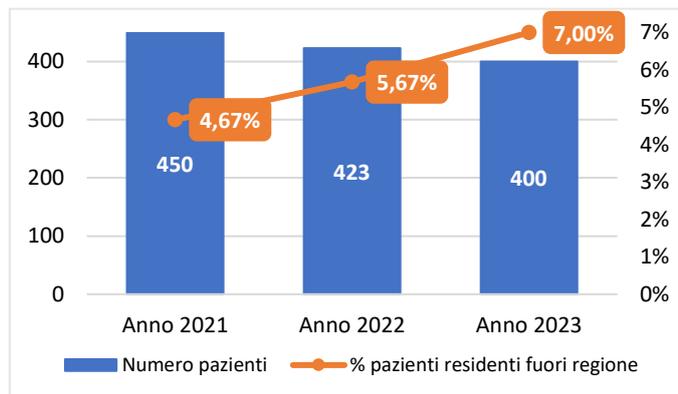
Tabella 9 - Attività di cure simultanee: triennio 2021-2023

Anno erogazione	2021	2022	2023
Numero Pazienti	450	423	400
Numero visite multidisciplinari di cure simultanee	494	461	448

Tabella 7 - Attività di cure palliative: triennio 2021-2023

Anno erogazione		2021	2022	2023
Numero Pazienti	Castelfranco Veneto	256	277	215
	Padova	1.326	1.328	1.141
Numero prestazioni di cure palliative	Castelfranco Veneto	471	533	386
	Padova	3.977	3.771	3.308

Figura 16 – Percentuale pazienti in trattamento per cure simultanee provenienti da fuori regione 2021-2023



Il grafico in figura 16 mostra inoltre la percentuale dei pazienti trattati con cure simultanee che sono residenti in regioni diverse dal Veneto.

Sintesi tempi di attesa dell'attività ambulatoriale

In tabella 10 è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti, per fascia di priorità. Si evidenzia, complessivamente, il pieno rispetto degli obiettivi assegnati a livello regionale nell'anno 2023 (aggiornamento dati disponibile a novembre 2023).

Tabella 10 - Tempi di attesa attività ambulatoriale tracciante - anno 2023 rispetto standard regionali

% PRESTAZIONI CON TA RISPETTATO (G1)				% PRESTAZIONI CON TA MASSIMO RISPETTATO (G1+G2)			
Mese	Classe B (10gg)	Classe D (30gg)	Classe P (90gg)	Mese	Classe B (20gg)	Classe D (60gg)	Classe P (120gg)
nov-22	100%	100%	100%	nov-22	100%	100%	100%
dic-22	100%	100%	100%	dic-22	100%	100%	100%
gen-23	100%	100%	100%	gen-23	100%	100%	100%
feb-23	100%	100%	100%	feb-23	100%	100%	100%
mar-23	100%	100%	100%	mar-23	100%	100%	100%
apr-23	100%	100%	100%	apr-23	100%	100%	100%
mag-23	100%	100%	100%	mag-23	100%	100%	100%
giu-23	100%	100%	100%	giu-23	100%	100%	100%
lug-23	100%	100%	100%	lug-23	100%	100%	99%
ago-23	99%	100%	100%	ago-23	100%	100%	100%
set-23	100%	100%	100%	set-23	100%	100%	100%
ott-23	100%	100%	100%	ott-23	100%	100%	100%
nov-23	100%	100%	100%	nov-23	100%	100%	100%

Altre attività dell'Istituto

Attività Hospice

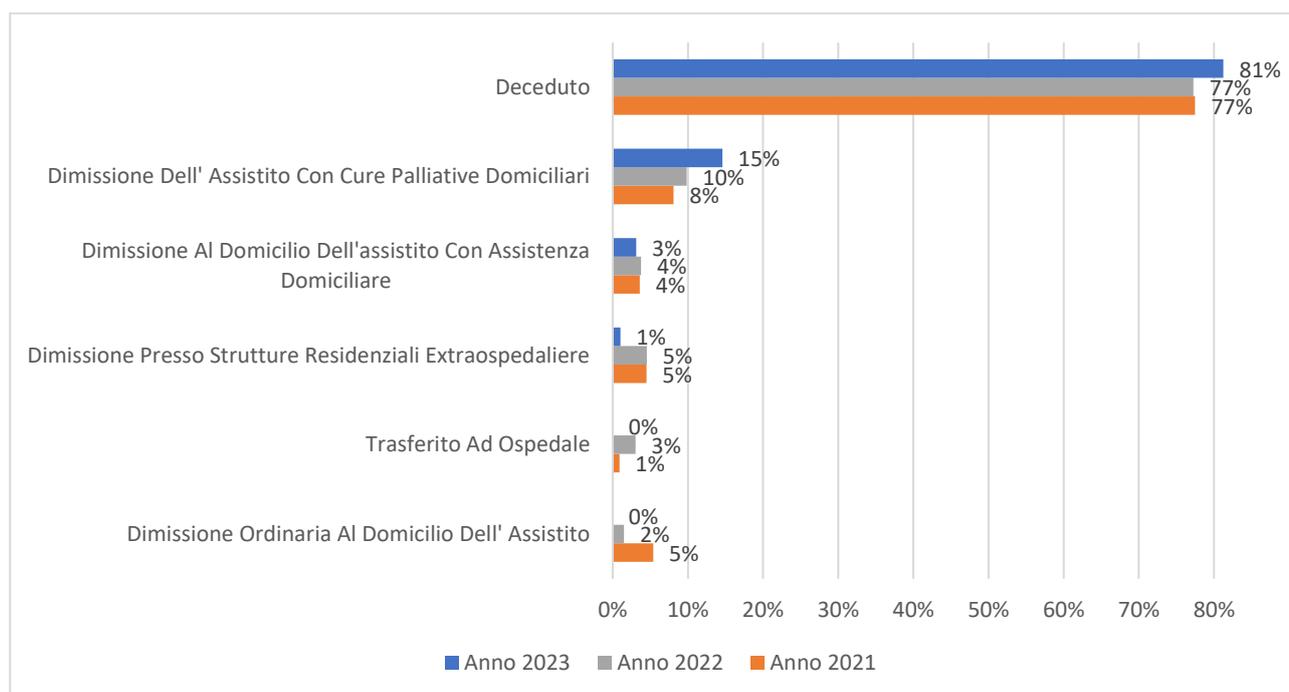
L'Hospice dello IOV, come indicato dalla programmazione regionale, ha iniziato la propria attività nel 2021, prevedendo la dotazione di 6 posti letto presso il presidio di Castelfranco Veneto. Di seguito si riepilogano i principali dati di attività del triennio 2021-2023.

Attività Hospice	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023*
Numero di ricoveri	110	132	130
Giornate di degenza	1.493	1.866	1.922

* proiezione su ultimo periodo disponibile: III trimestre 2023 + IV trimestre 2022

In figura 17 è rappresentata la modalità di dimissione dei ricoveri in Hospice per il triennio 2021-2023. Nel 2023 il 19% dei pazienti ricoverati in Hospice sono stati dimessi per trascorrere gli ultimi giorni al domicilio o presso altre strutture residenziali.

Figura 17 – percentuale modalità di dimissione da Hospice: 2021-2023



Centrale Operativa Territoriale (COT)

L'Istituto Oncologico Veneto, in qualità di HUB regionale per le cure oncologiche, ha, quale territorio di riferimento, a differenza delle Aziende ULSS, l'intero territorio regionale.

Il modello organizzativo non prevede una Centrale Operativa Territoriale (COT) propria, espressione delle Aziende territoriali, ma le articolazioni organizzative si relazionano con le COT in particolare, delle Aziende ULSS n. 2 Marca Trevigiana e ULSS n. 6 Euganea, per quanto attiene le dimissioni protette dai propri reparti di degenza delle sue sedi ospedaliere e dall'Hospice.

La Regione del Veneto ha definito specifici percorsi di dimissione protetta a favore dei pazienti con malattia oncologica ricoverati e residenti/domiciliati nel territorio regionale che di seguito si elencano:

- ADI;
- ADI-Med;
- Cure Palliative Simultanee domiciliari;
- Cure Palliative di Base;
- Cure Palliative Specialistiche;
- Cure Palliative Residenziali (Hospice).

Il processo organizzativo della dimissione protetta erogata dallo IOV è costituito dalle seguenti fasi:

1. identificazione precoce della persona eleggibile alla dimissione protetta;
2. segnalazione della persona alla Centrale Operativa Territoriale (COT) e alle cure primarie distrettuali di riferimento per la dimissione protetta per la presa in carico (ove presente al Nucleo Continuità Cure o al Punto Unico di Accoglienza Distrettuale -PUAD);
3. valutazione multidimensionale dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali e attivazione delle risorse nel setting assistenziale territoriale previsto;
4. definizione del progetto e pianificazione della dimissione: definizione del progetto nel setting assistenziale territoriale previsto e stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) con eventuale convocazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) ove previsto;
5. dimissione protetta (presa in cura nel setting extra-ospedaliero).

Attività di screening e vaccinazione per SARS-Cov2

Nel corso dell'anno 2023 è continuata l'attività di screening per SARS-Cov2, secondo le indicazioni regionali e ministeriali; sono stati effettuati sui pazienti oltre 8.100 tamponi, con 116 casi positivi riscontrati.

Oltre all'attività di screening è proseguita l'attività a supporto della campagna vaccinali.

Attività di ricerca

Pubblicazioni e impact factor

L'attività di ricerca nell'anno 2022 dell'Istituto, che rappresenta l'ultimo periodo disponibile delle rendicontazioni ministeriali ha visto nel 2022 una riduzione del numero di pubblicazioni a fronte del mantenimento dell'Impact factor normalizzato, indice bibliometrico creato dal Ministero della Salute per poter distribuire in modo equo i fondi di ricerca agli IRCCS, come evidenziato nei grafici sottostanti (figure 18-19).

Nel corso del 2020 in particolare la performance scientifica dello IOV aveva avuto un netto incremento, complici diversi fattori: la nascita di nuove strutture nella sede di Castelfranco Veneto, la costituzione di gruppi di ricerca più solidi, l'aumento di pubblicazioni con autrici e autori in posizione rilevante, diversi lavori di ricerca editi su riviste ad alto impatto nella comunità scientifica.

Figura 18 – Numero di pubblicazioni con IF. Anni 2012-2022

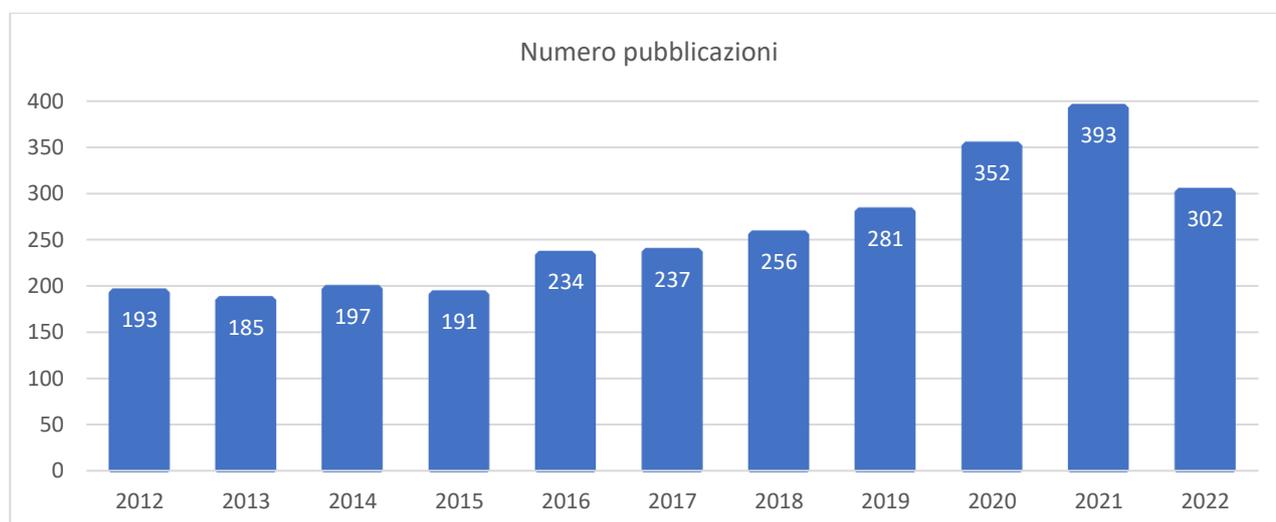


Figura 19 – Impact Factor Normalizzato. Anni 2012-2022



Studi Clinici presso IOV

In quanto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), lo IOV è un ospedale di eccellenza che effettua attività assistenziale di alta specialità e che persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo oncologico.

Di seguito si riportano i dati forniti dalla UOSD – Unità Ricerca Clinica (URC) in merito all'attività di ricerca clinica dell'Istituto. Trattasi dei dati relativi agli studi attivi presso l'Istituto e dei pazienti arruolati, in termini quantitativi, nel triennio 2021-2023 o comunque all'ultimo dato consolidato disponibile.

Infine, si riportano gli introiti legati all'attività di sperimentazione condotte negli anni 2021-2023 (dato fornito dall'Ufficio Gestione Fondi afferente alla UOC Gestione Risorse Umane).

Nuovi studi per anno di attivazione

La tabella sotto riportata rappresenta il numero di studi incidenti/attivati per anno e, quindi, quelli per i quali, essendosi concluso l'iter valutativo-autorizzativo, si procede all'attivazione del centro e all'arruolamento dei pazienti.

Occorre precisare che nel corso del biennio 2022-2023, la normativa di riferimento degli studi clinici ha subito un radicale aggiornamento. Pertanto, l'implementazione di nuove regole, modalità operative e piattaforme informatiche, ha modificato il processo di sottomissione, valutazione e autorizzazione, coinvolgendo tutti gli interlocutori interessati (promotori e centri partecipanti). Ciò, inevitabilmente, si è riversato in una parziale riduzione dei nuovi studi attivati.

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2021	168	89	51	11	17
2022	134	57	46	19	12
2023	123	63	42	7	11

Studi attivi prevalenti per anno

La tabella sotto riportata rappresenta il numero degli studi prevalenti per anno e, quindi, quelli condotti nel corso dell'anno indicato, sia con arruolamento attivo che con pazienti in trattamento o in follow-up.

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2021	561	325	145	45	46
2022	608	333	136	80	59
2023	621	347	135	82	57

Pazienti in carico prevalenti per anno

Nelle tabelle successive è riportato, per il triennio 2021-2023, il numero di pazienti prevalenti (che risultano in trattamento e/o in follow-up nell'anno di riferimento nell'ambito di uno studio clinico) con il dettaglio dei pazienti arruolati in studi sperimentali con farmaco.

	Totale pazienti	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2021	3.780	1.672	970	834	304
2022	4.332	1.799	1.005	910	618
2023	3.837	1.837	718	879	403

	Pazienti in studi sperimentali con farmaco
2021	1.623
2022	1.746
2023	1.785

Pazienti reclutati su attesi (%)

Un indicatore molto utilizzato per la valutazione della performance dei centri clinici nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, è il numero di pazienti effettivamente arruolati rispetto all'atteso. Nella tabella sottostante è rappresentato il numero di studi che hanno concluso l'arruolamento nel periodo 2021-2023. Di questi si riporta il numero di studi con una percentuale di pazienti arruolati superiore al 100% e gli studi con una percentuale inferiore al 20% dell'atteso. Tra gli studi sperimentali, oltre il 61% (92 su 150) ha concluso l'arruolamento raggiungendo o superando il target previsto per il centro, mentre solo il 18.7% (28 su 150) si è chiuso con meno del 20% dei pazienti previsti.

Pazienti reclutati su attesi (%)	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
<i>Su totale studi</i>	284	150	94	15	25
≥100%	168	92	55	2	3
≤20%	48	28	14	2	4

Sperimentazioni di Fase 1

Dalla fine del 2018, presso lo IOV, è attivo il centro sperimentazioni di Fase 1, certificato ai sensi della Determina AIFA 809/2015. In ambito oncologico, gli studi di fase 1 sono estremamente importanti perché prevedono l'utilizzo di nuovi farmaci che possono rappresentare un'alternativa unica e preziosa per pazienti senza altre opzioni terapeutiche. Sono studi generalmente molto complessi e delicati che richiedono una notevole organizzazione e un team ultra-qualificato.

Di seguito si riporta il numero di sperimentazioni cliniche di fase 1, incidenti e prevalenti nel triennio 2021-2023 con il numero di pazienti arruolati per anno.

	Nuovi studi	Studi Prevalenti
2021	9	24
2022	7	25
2023	10	31

	Pazienti arruolati	Pazienti prevalenti
2021	24	44
2022	121	161
2023	120	185

Proventi dell'attività di sperimentazione clinica per tipologia fondo

Nel corso del biennio 2022-2023 vi è stata la piena applicazione del Regolamento UE 536/2014 delle sperimentazioni cliniche, in accordo al quale, la valutazione degli studi interventistici con farmaco da condursi presso lo IOV, viene effettuata da parte di un solo comitato etico territoriale/nazionale, diverso dal Comitato Etico IOV. In aggiunta, con D.M. 26.01.2023, sono stati riorganizzati i comitati etici in Italia con l'individuazione di 40 Comitati Etici Territoriali (di seguito CET). Con DGR n. 330 del 29.03.2023 presso la Regione del Veneto, sono stati istituiti 3 CET e tra questi il CET per l'area Nord della Regione Veneto con sede presso lo IOV.

La riduzione della quota CESC, oggi CET, e di conseguenza della quota URC (come previsto da regolamento aziendale), è dovuta ad una riduzione del numero di studi valutati dal CESC stesso nel corso dell'anno 2023. Per le ragioni suddette, l'attività di valutazione etico-scientifica del triennio 2020-2022 non è confrontabile con quella dell'anno 2023. Tuttavia i proventi legati agli studi condotti non hanno subito variazioni.

Anno	Quota CESC	Quota URC	Proventi IOV	Totale
2020	507.086 €	80.200 €	7.225.556 €	7.812.842 €
2021	598.446 €	179.600 €	6.894.364 €	7.672.410 €
2022	547.068 €	189.000 €	7.748.064 €	8.484.132 €

Anno	Quota CESC/CET	Quota URC	Proventi IOV	Totale
2023*	89.247 €	38.249 €	8.082.944 €	8.210.440 €

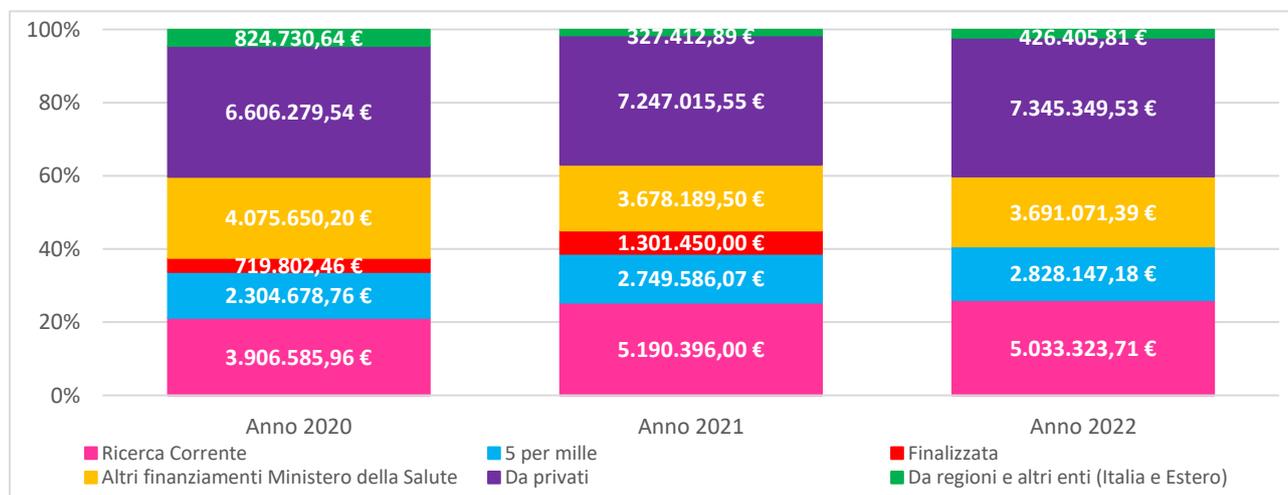
*Dato non consolidato

Fonti di finanziamento della ricerca

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento, la ricerca si finanzia prevalentemente con fondi di ricerca corrente e con il finanziamento 5 per mille, progetti nazionali ed internazionali e con la sperimentazione clinica profit.

La figura 20 riporta i dati provenienti dal bilancio consuntivo, sezionale della ricerca, ed evidenzia i finanziamenti della ricerca relativi al quadriennio 2020-2022.

Figura 20 – Fonti di finanziamento della ricerca: 2020-2022

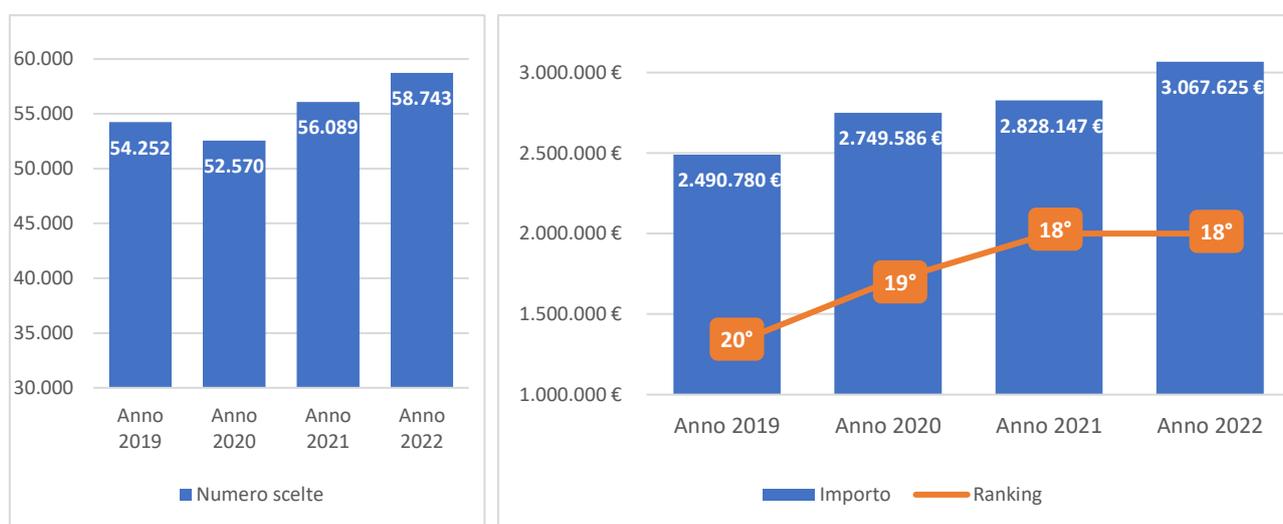


Donazioni 5 per mille 2022

I dati sulla ripartizione del 5 per mille riferiti all'anno fiscale 2022 (resi noti a giugno 2023) confermano che lo IOV è, a livello regionale, il soggetto con la maggiore contribuzione da parte dei cittadini, avendo totalizzato 3.067.625 €, mantenendo il 18° assoluto su base nazionale. Le scelte espresse si avvicinano a quota 60 mila (58.743).

Questo costante incremento rappresenta un grande atto di stima e fiducia nei confronti dei professionisti dello IOV, per il quale il ricavato del 5 per mille costituisce circa il 25% dell'investimento annuale in ricerca.

Figura 21 – Numero scelte 2019-2022 e importo 5 per mille e ranking nazionale 2019-2022 (fonte: Agenzia delle Entrate)



2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

Valore Pubblico

La Mission dell'Istituto Oncologico Veneto consiste nella prevenzione, diagnosi e cura dei tumori, perseguendo in questi campi l'eccellenza, attraverso lo sviluppo della ricerca oncologica di base, traslazionale e clinica e il miglioramento dell'organizzazione dell'attività di cura e assistenza. Elementi fondamentali, in questo senso, sono il rapido trasferimento delle acquisizioni della ricerca ai pazienti, l'approccio multidisciplinare alla patologia e la collaborazione con la rete oncologica della Regione del Veneto.

Parte delle linee strategiche adottate per il triennio 2024-2026, per ottemperare a tale mission, si possono tradurre, come riportato sinteticamente di seguito, anche in termini di Valore Pubblico, in coerenza con le linee strategiche esplicitate, ad esempio, dagli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'ONU dell'agenda 2030, dalla contestualizzazione regionale degli obiettivi del PNRR e dal Piano Regionale della Prevenzione.

Ruolo di Hub per le cure oncologiche

Come già evidenziato in precedenza, l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, oltre ad essere un centro riconosciuto per ricerca e formazione, riveste il **ruolo di Hub di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica**, come evidenziato anche nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 (LR 29 giugno 2012). Tale ruolo si è sviluppato e rafforzato negli anni attraverso azioni rivolte in diverse direzioni, anche con la collaborazione di altri enti.

Innanzitutto l'Istituto ha **contribuito allo sviluppo ed alla crescita della rete oncologica integrata della Regione del Veneto**, oggi coordinata dal Coordinamento Regionale per le Attività Oncologiche (CRAO), al quale l'Istituto garantisce il supporto logistico (DGRV n° 1711 del 30 dicembre 2022). L'integrazione con le strutture e le aziende territoriali, all'interno della rete, ha contribuito a costituire un modello integrato di rete oncologica con disseminazione del *know how*, nell'ottica del raggiungimento di percorsi chiari, trasparenti ed omogenei, e di una maggiore accessibilità alle cure oncologiche per tutti i cittadini, secondo un principio di equità.

Uno dei nodi strategicamente fondamentali della crescita del network oncologico, coordinato dal CRAO, è stato lo **sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi**, sia a livello regionale che a livello delle singole aziende. In particolare nell'ultimo triennio sono stati elaborati (o revisionati) in modo condiviso, emessi ed adottati a livello regionale numerosi PDTA in ambito oncologico, ai quali i professionisti dello IOV hanno contribuito in modo significativo.

A livello locale, a partire dal 2022 è stato avviato un processo di **contestualizzazione di tali percorsi all'interno delle strutture dell'Istituto**, finalizzato ad uniformare e migliorare la gestione degli stessi e conseguentemente a revisionare le informazioni per l'utenza. In particolare nel 2022 sono state messe a punto la metodologia di contestualizzazione locale dei PDTA regionali e le modalità di accreditamento; nel 2023 sono stati elaborati i percorsi locali per i pazienti affetti da sarcoma dei

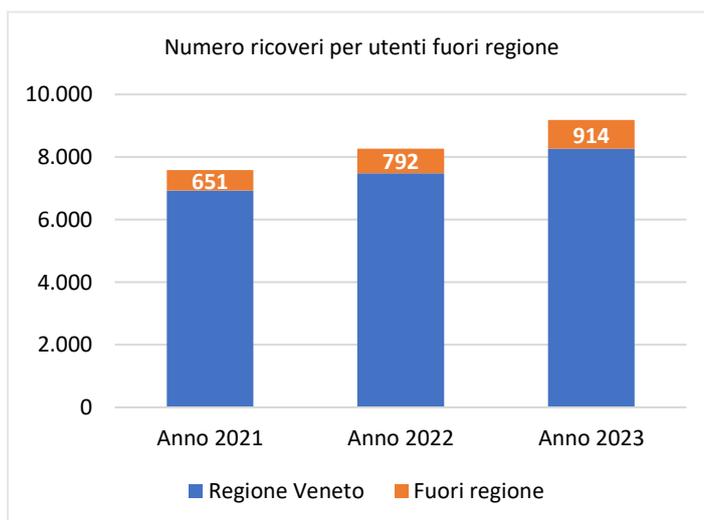
tessuti molli, melanoma, tumore della prostata, tumore del colon e tumore della mammella, oltre che il percorso per i soggetti sani ad elevato rischio per tumori ereditari; nel 2024, contestualmente all'avvio dell'elaborazione di ulteriori percorsi, è stata programmata l'attività di audit per i percorsi già elaborati, secondo la metodologia PDCA per il miglioramento continuo della qualità. Le ricadute di queste attività, oltre che sulla qualità della presa in carico, si manifestano anche in termini di trasparenza, di equità di accesso ai servizi e, aspetto non trascurabile, di "alleggerimento burocratico" per paziente e care giver.

Il ruolo di Hub dello IOV si manifesta anche attraverso il **Supporto alle Aziende Territoriali nell'attività oncologica** con l'integrazione dell'offerta assistenziale (attraverso specifici accordi) ed all'integrazione operativa, prevista dalla programmazione regionale, attraverso percorsi condivisi (ULSS 4 e ULSS 6).

L'integrazione con le aziende territoriali, ed in particolare con quelle del territorio in cui le sedi dell'Istituto sono presenti, trova spazio, come evidenziato in precedenza, anche nello **Sviluppo delle cure simultanee e delle cure palliative**. Lo IOV è accreditato come "Centro di integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative (cure simultanee)" dalla Società europea di Oncologia Medica (ESMO). Nel 2022 è stata predisposta ed approvata anche una Istruzione Operativa "Dimissione Ospedaliera Protetta" (I_DS_IO12), che descrive le modalità organizzative e procedurali condivise per la dimissione protetta ed inserimento nella Rete di Cure Palliative per pazienti residenti/domiciliati in Regione del Veneto e ricoverati presso lo IOV.

Lo IOV nel 2023 ha raggiunto complessivamente con la propria attività di tipo assistenziale circa 130.000 utenti (con un trend in incremento continuo), dei quali circa metà proveniente dai distretti in cui sono collocate le sedi dell'Istituto, e nei quali lo IOV svolge anche attività oncologica di primo livello, mentre il restante da altre aree territoriali della regione o da fuori regione. L'Istituto infatti, negli anni, si è sempre più affermato anche come riferimento a livello nazionale, specie per alcune problematiche specialistiche; i ricoveri per pazienti provenienti da **fuori regione** nel 2023 sono stati oltre 900, con un incremento del +14,5% rispetto al 2022.

Figura 22 – Numero di ricoveri per pazienti con residenza fuori regione: anni 2021-2023



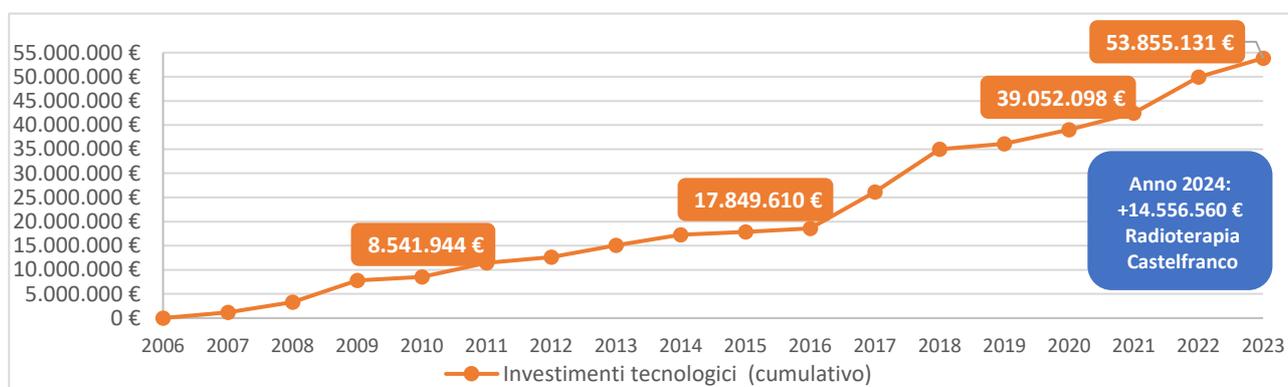
Anche per dare evidenza all'eccellenza raggiunta in particolari ambiti clinici, con il più recente atto aziendale, approvato nel 2023, si è provveduto a valorizzare **specifiche aree specialistiche** all'interno delle unità cliniche.

Sviluppo dell'offerta

Lo sviluppo dei percorsi si accompagna ad un parallelo **sviluppo della rete d'offerta in accordo con la programmazione regionale** grazie ad azioni di riorganizzazione ed efficientamento, finalizzate allo sviluppo di nuovi servizi, alla razionalizzazione dei percorsi esistenti e ad un ampliamento della capacità di presa in carico del paziente oncologico, ad esempio attraverso il programma di trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), la diagnostica molecolare e immunofenotipica delle malattie emolinfoproliferative e l'adozione di tecniche avanzate di chirurgia mini-invasiva, compresa quella robotica.

Tale sviluppo è accompagnato da **Innovazione tecnologica**, grazie al rinnovo delle attrezzature al fine di offrire prestazioni sempre di livello qualitativamente elevato. Lo sviluppo della rete di offerta può avere ripercussioni positive sul territorio, anche grazie al possibile aumento della mobilità attiva, in particolare extraregionale. A partire dalla propria costituzione, lo IOV ha investito 52.088.415 € in adeguamenti edilizi e 53.855.131 € in attrezzature tecnologiche. Nell'ultimo triennio (2021-2023) il delta è stato di + 14.803.033 €, pari al +27,5% di quanto investito in tecnologia dall'avvio dell'Istituto. A questi vanno aggiunti 15.073.564 € per la costruzione dei nuovi bunker e 14.566.560 € per il nuovo polo di Radioterapia di Castelfranco Veneto, i cui cantieri sono stati avviati alla fine del 2023.

Figura 23 – Valore cumulativo degli investimenti tecnologici in attrezzature, incluse donazioni: Anni 2006-2023



Un importante valore aggiunto nel miglioramento dell'offerta è dato dall'**integrazione tra attività assistenziali ed attività di ricerca**; a titolo di esempio l'istituto, nella valutazione della ricerca corrente 2023 a cura del Ministero della Salute, è risultato al secondo posto in Italia tra gli IRCCS monotematici per numero di pazienti arruolati in trial interventistici, e secondo in Italia per numero di trials aperti negli ultimi 5 anni in studi interventistici multicentrici, con ruolo di partner. Ciò ha portato ad aumentare lo spettro di possibilità terapeutiche per i pazienti in carico, o per quelli che vengono fatti afferire allo IOV dagli altri nodi della rete oncologica regionale.

Lo sviluppo dell'offerta permette infine allo IOV di contribuire al miglioramento dell'offerta e dei tempi di attesa nel territorio in cui opera, anche grazie alla stipula di accordi con le ULSS per miglioramento tempi di attesa, previsti anche negli obiettivi dati dalla Regione alle aziende.

Attività di Prevenzione e di Screening

Come sottolineato in precedenza, oltre alla diagnosi e cura dei tumori la Mission dell'Istituto Oncologico Veneto prevede anche nell'attività di prevenzione delle neoplasie. Pur essendo i programmi di screening di popolazione affidati alle ULSS Territoriali, lo IOV riveste un **importante ruolo nella promozione degli screening e nel supporto alla Regione nello sviluppo di nuovi programmi di screening oncologici**.

Per quanto riguarda il supporto alle aziende territoriali, lo IOV contribuisce, ad esempio, supportando alcune ULSS nell'attività diagnostica per HPV nell'ambito dei programmi di screening del tumore del collo dell'Utero.

Per quanto riguarda invece lo sviluppo di nuovi programmi, al momento sono ad esempio attivi:

1. **Screening Senologico Personalizzato per Giovani Donne** (45 anni) nell'ambito di RIBBS (Risk-Based Breast Screening in young women: tailored imaging protocols), progetto sperimentale nato dalla sinergia tra Regione, IOV e Azienda Zero. Nel 2022 la Regione Veneto ne ha approvato la prosecuzione fino al 2025. Nel programma sono state arruolate 10.000 donne. Nel 2023 sono state erogate a questi soggetti circa 9.500 prestazioni ambulatoriali di screening o di approfondimento diagnostico di secondo livello.
2. **Screening del tumore al polmone** con LD-TC, nell'ambito del programma RISP (Rete Italiana Screening Polmonare) finanziato dal Ministero della Salute con Decreto Ministeriale dell'8 Novembre 2021. Sono stati arruolati nel programma 480 soggetti forti fumatori o ex fumatori, a fronte di oltre un migliaio di richieste spontanee da parte dei cittadini. L'attività di esecuzione delle TAC, per questi soggetti, è stata avviata il 29 Ottobre 2022 e si è conclusa nell'Ottobre 2023. Al momento è in corso il follow up di questa coorte. A tutti i soggetti fumatori è stata proposta la possibilità di un percorso di disassuefazione dal fumo, in collaborazione con la Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria della Regione del Veneto, e con la rete regionale dei centri anti-fumo.

Varie le attività portate avanti all'interno dell'Istituto finalizzate alla prevenzione primaria e terziaria dei tumori, come a titolo di esempio:

- La partecipazione alla campagna la partecipazione alla campagna di Screening per l'epatite C, promossa dalla Regione del Veneto;
- L'attività dell'ambulatorio di Dietetica e Nutrizione Clinica orientata anche alla prevenzione e al trattamento dell'eccesso di peso quale fattore prognostico e quale fattore di rischio per recidiva;
- L'attività dell'ambulatorio "No Fumo" nell'ambito delle attività della UOSD Psicologia Clinica, a disposizione non solo dei pazienti oncologici, ma anche di familiari e care giver e dei lavoratori dell'Istituto che vogliono intraprendere un percorso per smettere di fumare.

L'Istituto, se si considera l'importante contributo svolto nel corso della pandemia in termini di monitoraggio dei casi positivi e di vaccinazione dei propri utenti, contribuisce anche alla **prevenzione delle malattie trasmissibili nel paziente fragile oncologico**, che si sviluppa anche nella campagna antinfluenzale.

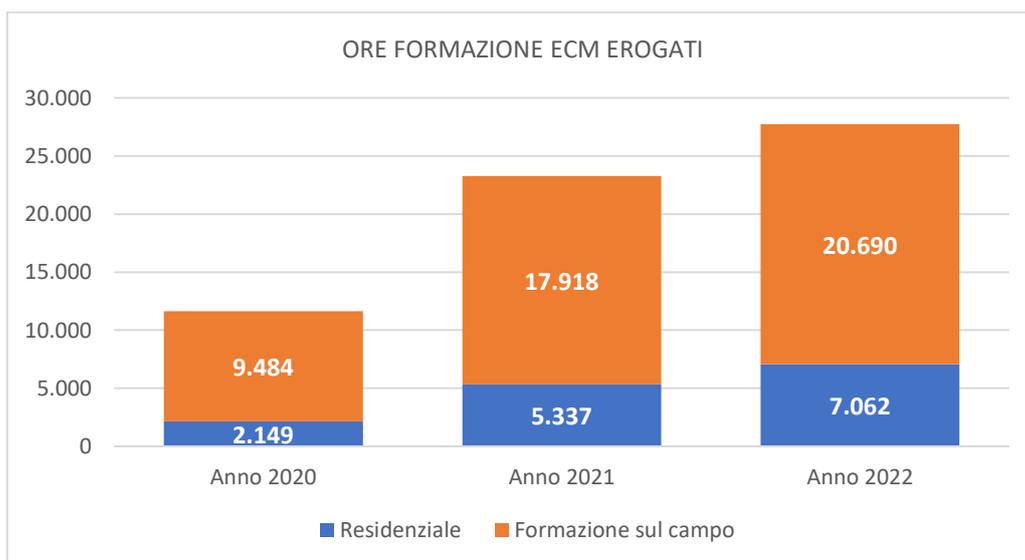
La promozione della prevenzione si esplicita poi anche in diverse **attività di comunicazione esterna rivolte all'intera popolazione**, realizzate attraverso diversi canali, quali, a titolo di esempio, la campagna sulla prevenzione del tumore al seno in occasione di **Ottobre Rosa** o a quella sul tumore alla Prostata per "**Movember**".

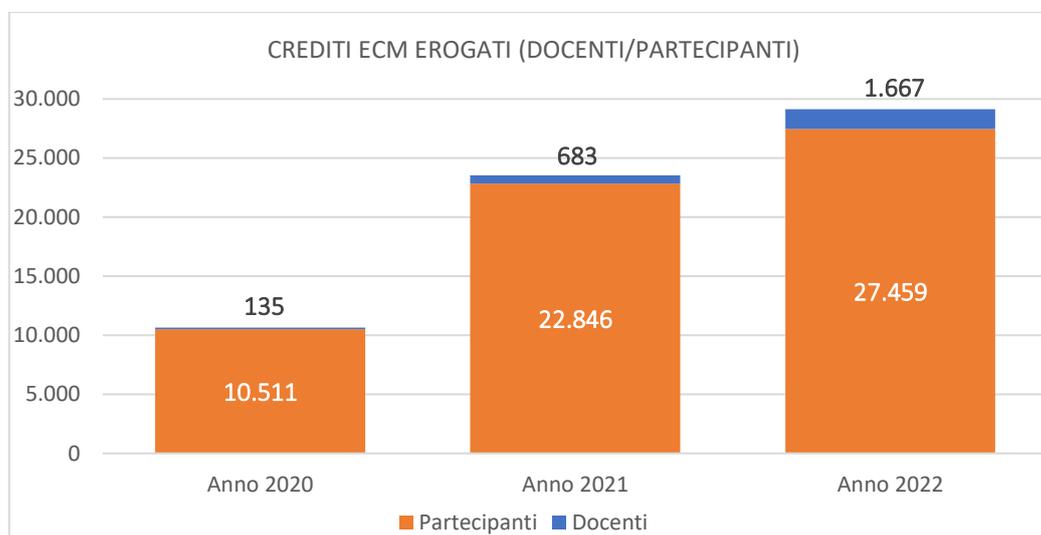
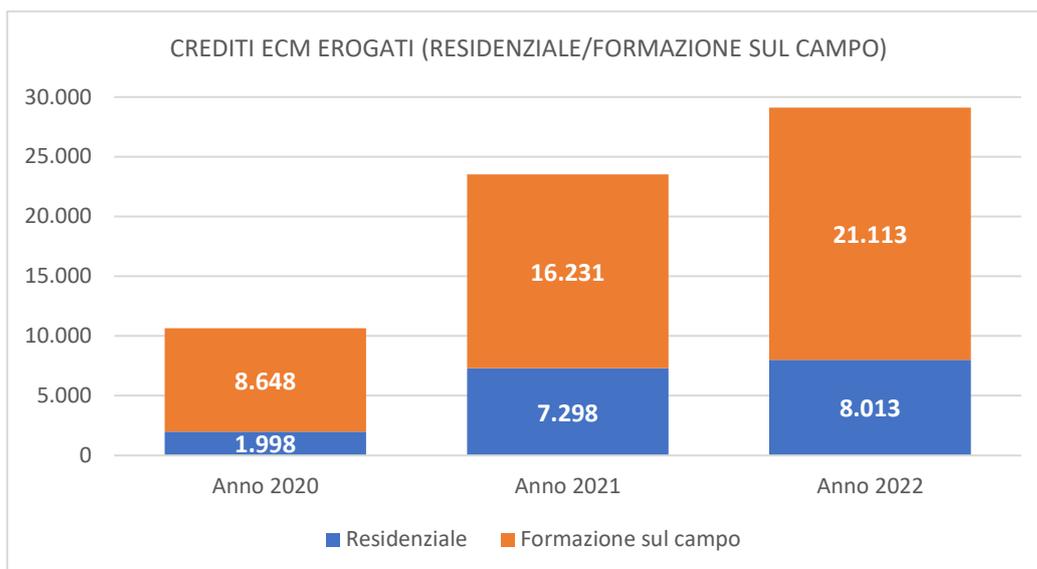
Attività di formazione

L'Istituto Oncologico Veneto è riconosciuto dalla Regione come provider ECM, ovvero un soggetto qualificato nel campo della **formazione continua in sanità** che è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

La Formazione pianifica ogni anno le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire al personale l'acquisizione e il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e della normativa regionale.

Lo IOV negli anni è riuscito a dare sempre più spazio ai corsi di formazione sul campo, indispensabili per garantire un continuo aggiornamento professionale tra i suoi professionisti e uno scambio reciproco di competenze tra il personale appartenente a diverse discipline. Uno degli obiettivi dell'Istituto è quello di accreditarsi anche per poter erogare formazione a distanza (FAD).





Nel corso del 2023 è stato implementato un progetto di definizione, mappatura e monitoraggio delle competenze del personale del Comparto delle Professioni Sanitarie dell'Istituto.

Il progetto si è svolto nelle seguenti fasi:

1. Elaborazione della Job description per singolo profilo (infermiere, TSRM e TSLB e Titolari di incarico di Funzione Organizzativa);
2. Costruzione del catalogo delle competenze per area e per profilo specifico;
3. Elaborazione di uno strumento per il monitoraggio annuale delle competenze.

Il monitoraggio delle competenze permette ai coordinatori e alla Direzione delle Professioni Sanitarie di avere uno strumento per gestire al meglio il lavoro in staff del personale, valutare le competenze per l'affiancamento del personale neoassunto e neo inserito, valorizzare e creare percorsi di miglioramento continuo e orientare la pianificazione degli interventi formativi mirati a colmare i gap conoscitivi rilevati.

Empowerment del paziente oncologico

Per ogni individuo, ma in particolare per il paziente oncologico, assume particolare importanza la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, pur in una fase della vita di particolare fragilità. La **Patient Education e l'Empowerment** del paziente rappresentano i processi che aiutano le persone ad acquisire controllo della propria situazione, attraverso l'iniziativa, la risoluzione dei problemi e l'assunzione di decisioni. È anche il diritto e la capacità del paziente di fare scelte ed assumere la responsabilità per le conseguenze delle proprie decisioni.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 558 del 28/07/2016 lo IOV ha approvato la costituzione di un **Gruppo di Lavoro di Patient Education**, formato da professionisti interni all'Istituto, assieme ai rappresentanti delle associazioni di pazienti e di volontariato, come realizzazione iniziale di un programma istituzionale di Patient Education and Empowerment; con Deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 17/12/2018 è stato approvato il Programma Istituzionale Patient Education and Empowerment – IOV per il triennio 2018-2020, successivamente rinnovato per gli anni successivi.

Il Supporto a pazienti e Care Giver

Un aspetto rilevante ma spesso non abbastanza evidenziato collegato alle cure oncologiche, è l'impatto sociale della patologia. Affrontare la malattia non ha solo ricadute fisiche e psicologiche sul paziente, ma anche sulla sua rete sociale e lavorative, con conseguenze che vanno al di là degli aspetti economici. Lo IOV si impegna a dare ascolto alle esigenze di pazienti e familiari con diverse iniziative. Innanzitutto gli **incontri periodici** di confronto tra Direzione Strategica e rappresentanti dei pazienti per migliorare la conoscenza delle loro esigenze e condividere le azioni di miglioramento.

Sono stati poi avviati una serie di progetti di **rilevazione dell'esperienza degli utenti, a partire da quelli che hanno sperimentato un ricovero ospedaliero (Osservatorio PREMs) e dalle donne sottoposte ad un intervento chirurgico per il trattamento del tumore maligno al seno (Indagine PROMs)**. Per quanto riguarda l'indagine PREMs, nel 2023 sono stati coinvolti 7.473 pazienti, con un tasso di adesione del 47%, mentre PROMs (avviato nei primi mesi dell'anno) ha riguardato 761 donne operate per tumore della mammella, con un tasso di adesione complessivamente del 49%. L'analisi di quanto riportato dai pazienti nel questionario PREMs ha permesso, nel corso del 2023, di sviluppare una serie di azioni di miglioramento, quali ad esempio una serie di iniziative per garantire maggiormente il rispetto del silenzio nelle aree di degenza o di cura e il monitoraggio della pulizia negli spazi a disposizione dei pazienti. Oltre a ciò è stato sviluppato un sistema di reportistica interna per incrementare la consapevolezza dei singoli reparti.

Numerosi sono i progetti avviati con la collaborazione dell'associazionismo e finalizzati a migliorare la qualità della vita e la soddisfazione dei pazienti. A titolo esemplificativo si citano:

- **“Non smettere di piacerli”**: progetto nato dalla collaborazione tra IOV e Associazione AVO per fornire gratuitamente una parrucca alle donne in chemioterapia per il tempo necessario alla

ricrescita dei capelli. Nel 2023 sono state consegnate 82 parrucche. In occasione di “Ottobre Rosa” è stato organizzato un laboratorio di bellezza, per le pazienti in chemioterapia.

- **“La Plastica che fa del bene”**: raccolta di tappi in plastica, avviata nel 2019 da Avo in collaborazione con la ditta *Imballanord*, finalizzati all’acquisto di parrucche, da fornire gratuitamente a donne in chemioterapia. Nel 2023 sono stati raccolti 3.203 Kg di tappi in plastica che hanno permesso l’acquisto di 4 parrucche.

- **Progetto “Colore e Natura”**: progetto avviato nel 2022 dalla collaborazione tra IOV e Fondazione Ometto. Nel 2022, su donazione da parte dell’associazione, sono stati commissionati all’artista Barbara Jacopetti alcuni pannelli decorativi per “umanizzare” i luoghi di cura.

- **Progetto “Ospedali Dipinti”**: decorazione della sala giochi e del Bunker della Radioterapia pediatrica da parte dell’artista Silvio Irilli, fondatore di “Ospedali dipinti”, per umanizzare gli ambienti presso la Radioterapia IOV di Padova, grazie al sostegno della Fondazione Castorina Ceolin.

Rapporti con le associazioni dei pazienti e di volontariato

Nel 2023 è stato approvato il regolamento in materia di rapporti fra l’Istituto Oncologico veneto e le Associazioni di volontariato e si è consolidato il rapporto di collaborazione esistente da anni tra IOV e associazioni dei pazienti e associazioni di volontariato, con risultati su più fronti. Oggi i volontari sono impegnati nell’accoglienza all’ingresso, al punto prelievi, agli ambulatori, al DH e presso Area Omogenea medica e Area Omogenea Chirurgica; i volontari sono inoltre coinvolti nell’accoglienza ed accompagnamento dei pazienti nella palazzina di Radioterapia. Nel corso del 2022, ultimo dato disponibile, i volontari delle diverse associazioni coinvolti nell’assistenza dei pazienti sono stati 62 ed hanno garantito 2.057 presenze per complessive 7.818 ore di attività.

Prevenzione della corruzione e la trasparenza

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del Valore Pubblico e hanno natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della mission istituzionale dell’Istituto.

Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione contribuisce a generare Valore pubblico riducendo gli sprechi e orientando correttamente la gestione dell’attività sanitaria e amministrativa. Il contrasto e la prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto per la creazione del Valore pubblico anche inteso come valore riconosciuto da parte dell’utenza in termini di efficienza.

Le misure di prevenzione sono dirette a proteggere il Valore pubblico e sono strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi.

Ai sensi del comma 3 dell’art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 che disciplina la promozione di maggiore livelli di trasparenza “quale obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi strategici ed individuali”, lo IOV promuove azioni positive volte a garantire ai

cittadini l'accesso a dati, documentazione amministrativa ed informazioni detenute dall'Istituto, individuando innanzitutto i soggetti deputati all'implementazione delle iniziative a nel rispetto della disciplina di cui all'art. 43 D. Lgs. n. 33/2013 e dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa.

Esiste un profilo "statico" della trasparenza, consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti alle pubbliche amministrazioni per finalità di controllo sociale. Il profilo "dinamico" della trasparenza è, invece, direttamente correlato alla performance.

Performance

Principi e riferimenti normativi

La predisposizione della sezione performance del PIAO, effettuata in conformità all'art. 10 del D.Lgs. n. 150/2009, dà avvio al ciclo di gestione della performance. Con questo documento è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che percorsi di miglioramento continuo delle performance aziendali.

Il piano viene pubblicato sul sito web dell'Istituto (www.ioveneto.it) al fine di assicurare la massima diffusione e trasparenza, con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le Istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interessi e valori in genere.

All'interno della sezione Performance del presente documento sono riportati e messi in relazione le aree strategiche e gli obiettivi strategici per il triennio 2024-2026. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di unità operativa da riportare nella scheda di budget, che sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale.

Il monitoraggio, la verifica del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto dei target definiti è supportato dal sistema di monitoraggio online delle schede di budget di Unità Operativa (Metrica), nonché del Cruscotto Aziendale (Dashboard) alimentato dal sistema informativo aziendale.

L'albero delle performance

Il concetto di valutazione interessa la performance organizzativa nel suo complesso e, a scendere, quella individuale. Il punto di partenza è costituito dagli indirizzi definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale in coerenza dei quali la Regione Veneto assegna gli obiettivi alla Direzione Generale dell'Azienda. Questa, a sua volta, definisce il documento di programmazione aziendale, illustrandone modalità di declinazione e assegnando ai responsabili di unità operative le direttive per il perseguimento degli stessi e per la successiva misurazione e valutazione. In tale modo la programmazione regionale si traduce in indirizzi strategici per l'Azienda a loro volta declinati in piani gestionali e obiettivi operativi, assegnati ai dirigenti ed integrati con il sistema premiante di tutto il personale. Misurare la performance organizzativa, in riferimento alle politiche previste dall'amministrazione, e quindi il livello dei servizi è il presupposto fondamentale per responsabilizzare gli attori del sistema e per conoscere quali interventi porre in essere per incrementare la produttività. L'attuazione di piani e programmi considera anche il livello previsto di assorbimento delle risorse finanziarie. Parimenti la misurazione deve evidenziare anche una differenziazione dell'apporto dato e quindi un riconoscimento del trattamento economico legato alla produttività, secondo criteri selettivi volti a premiare il merito.

Obiettivi Strategici, programmazione regionale e obiettivi di ricerca

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, nel prossimo triennio 2024-2026, si propone di intervenire nelle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione aziendale 2023, con la programmazione regionale 2024 (DGRV 1682 del 29/12/2023 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024"), con gli indirizzi previsti dalla DGRV 614/2019 che ha definito le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto, con le linee di ricerca definite nella "Programmazione Triennale 2022-2024 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)" del Ministero della Salute, nonché con gli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza e riportati nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente documento.

Tabella 11 – Obiettivi strategici dell'Istituto per il triennio 2024-2026

AREA STRATEGICA	LIVELLO STRATEGICO	OBBIETTIVO STRATEGICO	TIPO O.S.
Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	Rafforzare il ruolo dello IOV quale HUB regionale per le cure oncologiche	Promuovere il ruolo dello IOV quale supporto allo sviluppo dei programmi di screening oncologici	Aziendale
		Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico	Regionale
		Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	Regionale
		Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	Regionale
		Sviluppo assistenza territoriale	Regionale
		Valorizzazione ruolo di hub dello IRCCS IOV nell'ambito dell'attività di trapianti CSE	Aziendale
		Valorizzazione ruolo di hub	Regionale
	Promuovere l'evoluzione delle strutture di offerta sanitaria in accordo con la programmazione regionale	Potenziare ed efficientare l'offerta dell'area dei servizi	Aziendale
		Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV	Regionale
		Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	Regionale
		Perseguimento PNRR Missione 6	Regionale
		Sviluppo del servizio di Radiofarmacia	Regionale
		Adesione al progetto promosso da AGENAS per lo sviluppo di indicatori nazionali specifici per gli IRCCS	Aziendale
Ricerca	Sviluppare il nuovo piano della ricerca e la collaborazione con gli altri atenei	Promuovere e potenziare le collaborazioni con altri IRCCS e Atenei	Aziendale
		Promuovere e potenziare lo sviluppo della ricerca nelle UU.OO. Sanitarie: clinica e pre-clinica	Aziendale
		Definizione dei criteri di ripartizione tra le diverse UUOO del finanziamento della Ricerca Corrente	Aziendale
	Implementazione atto aziendale e regolamento di funzionamento	Creazione commissione interna per valutazione fattibilità studi	Aziendale
		Attuazione dell'atto aziendale e coordinamento personale della piramide afferente alla Direzione Scientifica	Aziendale
	Sviluppo piano triennale scientifico 2025-2027	Revisione delle linee di ricerca	Aziendale
		Valorizzazione ruolo di hub dello IRCCS IOV nell'ambito dell'attività di ricerca	Regionale
		Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza	Regionale
	Potenziamento sistema informatico-informativo dedicato alla ricerca	Implementazione del sistema informatico sul cloud/server a supporto dell'attività di ricerca	Aziendale

AREA STRATEGICA	LIVELLO STRATEGICO	OBBIETTIVO STRATEGICO	TIPO O.S.
Qualità	Favorire i percorsi di accreditamento nazionali ed internazionali e monitoraggio della qualità	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Regionale
		Mantenimento percorsi di qualità e accreditamento/certificazione	Aziendale
		Sviluppo percorsi di qualità e accreditamento/certificazione	Aziendale
Valorizzazione del personale	Coinvolgere i professionisti e favorirne la crescita	Promuovere la formazione come strumento di crescita professionale del capitale umano dell'Istituto	Aziendale
Comunicazione e Marketing	Migliorare la comunicazione verso l'esterno	Consolidamento dei sistemi di comunicazione verso gli stakeholder dell'Istituto secondo un approccio integrato fra gli strumenti previsti	Aziendale
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders	Migliorare la gestione del trattamento dei dati e della privacy	Migliorare la gestione e la sicurezza del trattamento dei dati personali	Aziendale
	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza	Attuare le azioni di prevenzione della corruzione e promuovere maggiori livelli di trasparenza	Aziendale
Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	Regionale
		Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	Regionale
	Governo dei processi sanitari	Sviluppare l'offerta di prestazioni di radioterapia in relazione agli investimenti effettuati	Aziendale
		Monitoraggio dell'offerta dell'area dei servizi	Aziendale
		Monitoraggio dell'attività di libera professione	Aziendale
		Riassetto dell'area dei laboratori (per assistenza e ricerca)	Aziendale
		Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Regionale
		Miglioramento dei processi sanitari	Regionale
	Governo della spesa	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	Regionale
		Migliorare gli strumenti di previsione e autorizzazione della spesa	Aziendale
		Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	Regionale
	Governo del Rischio Clinico	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	Regionale
	Governo dei processi tecnici/amministrativi	Miglioramento della qualità del debito informativo	Regionale
		Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	Regionale
		Strategie di reclutamento del personale SSR	Regionale
		Gestione del piano investimenti 2024	Aziendale
		Gestione del piano gare 2024	Aziendale
		Definizione e attuazione dei regolamenti dei processi amministrativi	Aziendale
		Sviluppo del progetto esecutivo regionale del Computer Emergency Response Team (CERT) DGR 1024/2023	Aziendale
		Definizione di un cruscotto sulla dotazione organica	Aziendale
Sviluppo dell'infrastruttura e degli applicativi dell'Istituto		Aziendale	
Monitoraggio degli obiettivi di salute e di funzionamento dei Direttori Generali		Aziendale	

Al fine di garantire la coerenza della programmazione annuale 2024 con gli obiettivi regionali assegnati all'Istituto Oncologico Veneto per l'anno in corso, la mappa strategica dell'Istituto è stata integrata con le priorità indicate dalla programmazione regionale, secondo lo schema riportato nella tabella sottostante.

Tabella 12 – Attribuzione degli obiettivi regionali 2024 alle aree strategiche 2024-2026

LINEA STRATEGICA						
AMBITO LEA						
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO 2024-2026	Peso
Totale						80
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza						
						32
S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	Governance Interna	1,7
		S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,7
		S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,3
		S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,3
		S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,3
		S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,4
		S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia		1,7
		S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	Si (come da vademecum)		1,8
		S.1.D.9	Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico	Si (come da vademecum)		2,2
		S.1.D.10	Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)		2
S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	2,2
S.3	Perseguimento PNRR Missione 6	S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	Si (come da vademecum)		2,2
		S.3.S.5	PNRR:"FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento		2,2
		S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Si (come da vademecum)		2,2
		S.3.S.7	PNRR:"ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	2,2	
S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22		1,6
		S.4.D.3	Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke	Si (come da vademecum)		2
S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	Governance Interna	1

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO 2024-2026	Peso	
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza							16
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1	rispetto soglia nazionale	Governance Interna	2	
		A.1.O.2	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2	rispetto soglia nazionale		2	
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.O.1	Indicatore di mantenimento specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale			12
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari							12
E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Governance Interna	2,5	
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale		1,5	
E.2	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Si (come da vademecum)		1,4	
E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	E.3.S.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%		0,5	
		E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)		Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders	0,5
		E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	Si (come da vademecum)	Governance Interna	1,4	
E.4	Miglioramento dei processi sanitari	E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro	Governance Interna	0,6	
E.5	Promozione dei processi di eccellenza	E.5.S.1	Valorizzazione ruolo di hub dello IRCCS IOV nell'ambito dell'attività di ricerca: aumento degli studi in cui lo IOV è capofila o promotore rispetto agli studi profit	Si (come da vademecum)	Ricerca	1,8	
		E.5.S.2	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: Avvio produzione radiofarmaci PET già convalidati entro il 31/03/2024	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	0,8	
		E.5.S.3	Riattivazione ciclotrone presso la radiofarmacia IOV della sede di Castelfranco Veneto: riduzione dei costi come da previsione	Si (come da vademecum)		1	
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza							20
Q.1	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Q.1.P.1	Punteggio SPINCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	punteggio ottenuto dal questionario SPINCAR maggiore del punteggio medio nazionale	Governance Interna	1	

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO 2024-2026	Peso	
	nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025						
Q.5	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	1	
Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)		2	
Q.9	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	Si (come da vademecum)	Governance Interna	1	
Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	Qualità	1	
Q.15	Miglioramento della qualità dell'assistenza delle Aziende Ospedaliere e dello IOV	Q.15.O.2	Segnalazione potenziali donatori di organo	> 0,7 presidi con neurochirurgia > 0,6 presidi senza neurochirurgia	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	1	
		Q.15.O.4	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	<=37,5 o trend in diminuzione		1	
		Q.15.O.5	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (Ortopedia, Urologia e Cardiocirurgia)"	>50% per AOU PD, >90% AUOI VR, =100% IOV		1	
		Q.15.O.6	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"	Si (come da vademecum)		1	
		Q.15.O.7	Completamento del percorso di monitoraggio dell'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) aziendali	Si (come da vademecum)		2	
Q.16	Promozione dei processi per la ricerca e qualità assistenza	Q.16.S.1	% di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica	Si (come da vademecum)	Ricerca	2	
		Q.16.S.2	% pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit	Si (come da vademecum)		2	
Q.17	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	Q.17.S.1	Attività di supporto all'area: rete regionale delle UFA	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	2	
		Q.17.S.2	Profilazione molecolare: efficientamento ed economicità dei pannelli molecolari con il supporto del Molecular Tumor Board (MTB)	Si (come da vademecum)		2	

A partire dal 2022 è entrata in vigore la Programmazione Triennale 2022-2024 degli IRCCS, che introduce nuovi criteri per l'assegnazione del finanziamento di Ricerca Corrente e che riduce a 4 le linee di ricerca dello IOV, qui di seguito riportate.

Linea di ricerca n.1: ONCOLOGIA DI BASE E TRASLAZIONALE

Studio dei meccanismi molecolari, genetici ed epigenetici che stanno alla base della resistenza dei tumori alle principali tipologie di trattamento sistemico, quali terapia a bersaglio molecolare, terapia anti-angiogenica, immunoterapia. La ricerca verrà condotta sia a livello pre-clinico, utilizzando opportuni modelli tumorali in vitro e murini, che analizzando campioni biologici di pazienti trattati con tali farmaci e si avvarrà di approcci tecnologici multi-omici ed inter-disciplinari.

L'oncologia sperimentale ha storicamente rappresentato un incubatore fondamentale per il concepimento dei modelli attuali di conoscenza della biologia tumorale, riassunti dai cosiddetti "Hallmarks of cancer", nonché il punto di partenza per la messa a punto delle terapie innovative per il cancro che negli ultimi decenni si sono rese disponibili per una platea crescente di pazienti oncologici. Esempi in tal senso ci vengono forniti dalle terapie a bersaglio molecolare per geni cosiddetti azionabili, o da terapie che modulano il microambiente tumorale, quali la terapia anti-angiogenica e l'immunoterapia, che collettivamente contribuiscono a realizzare l'oncologia di precisione. Una delle principali sfide di questo settore e attualmente quella di traslare questo grande patrimonio di conoscenze in un miglioramento misurabile delle prospettive diagnostiche e terapeutiche per i pazienti, coniugando osservazioni che provengono dal mondo pre-clinico ad altre ottenute direttamente dalla clinica.

L'oncologia di precisione è un'area della medicina in forte espansione, resa possibile dalla (i) crescente disponibilità di bersagli molecolari nei tumori e di farmaci disegnati attorno a tali bersagli e (ii) dalla possibilità concreta di identificare le alterazioni genetiche azionabili nei tumori in un numero sempre maggiore di pazienti. Tuttavia, il successo terapeutico di tale approccio rischia di essere minato dal fenomeno dell'eterogeneità tumorale e della resistenza alle terapie sistemiche, i cui meccanismi risultano ancora insufficientemente compresi. Vi sono già numerosi esempi recenti che indicano che sia la ricerca di base, sfruttando idonei modelli in vitro o animali, che quella traslazionale, basata sull'analisi di campioni biologici di pazienti, possano fornire spunti innovativi per l'implementazione dell'oncologia di precisione ed il superamento della resistenza al trattamento.

Gli IRCCS sono in generale in un'ottima posizione per contribuire a tali sviluppi, sia in virtù della loro dotazione tecnologica che del capitale umano di cui dispongono. È tuttavia importante aggregare tale know-how attorno a temi prioritari ed omogenei in grado di promuovere le interazioni intra- ed inter-IRCCS, anche attraverso la promozione di programmi di ricerca dedicati. Un esempio in tal senso in ambito IOV è venuto dalla recente approvazione di un programma di ricerca sulla biopsia liquida in oncologia. Nell'ambito di tale programma si sono integrate varie metodiche molecolari avanzate per la profilazione mutazionale e la ricerca di target terapeutici con quesiti clinici rilevanti in oncologia, con l'obiettivo finale di produrre risultati che oltre ad un valore scientifico abbiano anche rilevanza clinica e possano essere utilizzati per migliorare l'assistenza dei pazienti.

Obiettivi Globali

1. Implementazione della biopsia liquida per l'identificazione di alterazioni genetiche azionabili ed il monitoraggio dinamico della risposta terapeutica in condizioni di particolare rilevanza clinica.
2. Sviluppo di piattaforme tecnologiche avanzate per lo studio a livello preclinico dei meccanismi di resistenza ai farmaci anti-tumorali.
3. Sviluppo di modelli preclinici innovativi per lo studio di nuove combinazioni terapeutiche in grado di superare la resistenza ai farmaci.

Linea di ricerca n.2: IMMUNOLOGIA E IMMUNOTERAPIA DEI TUMORI

Questa linea di attività è focalizzata ad analizzare le interazioni esistenti tra immunità e cancro a livello sistemico e del microambiente neoplastico, in particolare per quanto concerne lo sviluppo e l'evoluzione della risposta antitumorale, i meccanismi di elusione posti in essere dalla neoplasia e gli aspetti genetici/metabolici/cellulari sottesi a questi eventi. Un ulteriore aspetto consiste nell'individuare ed implementare soluzioni terapeutiche basate sulle più avanzate tecnologie in ambito immunitario e sulla stimolazione delle componenti immunoefettrici, con l'obiettivo complessivo di ripristinare la piena efficienza del sistema immune e di potenziarne le capacità antitumorali.

L'immunologia dei tumori è un campo interdisciplinare della biologia/medicina che si prefigge la comprensione dei cambiamenti che avvengono nel sistema immunitario durante lo sviluppo e la progressione del tumore. Poiché descrive le interazioni tra le cellule immunitarie e cellule tumorali, comprendere queste interazioni è importante per lo sviluppo di nuove terapie antitumorali. In questo contesto, l'immunoterapia del cancro è un concetto in rapida evoluzione tanto da essere definita il "quinto pilastro" della terapia oncologica, oltre alla radioterapia, alla chemioterapia, alla chirurgia e alle terapie mirate. A questo proposito, la continua espansione dell'uso dei cosiddetti inibitori dei checkpoint immunologici (ICI), anticorpi monoclonali (mAb) in grado di prevenire l'inibizione a feedback delle cellule T attivate e di stimolare risposte T cellulari protettive e terapeutiche dirette contro neoantigeni altamente tumore-specifici, apre anche la strada ad ulteriori ambiti di ricerca quali: la profilazione della componente neoplastica, per l'identificazione di nuovi bersagli, e dell'infiltrato immune, per la caratterizzazione dei determinanti di protezione/efficacia; la messa a punto di interventi immunoterapeutici strettamente personalizzati; lo studio di terapie combinatoriali tra ICI e approcci farmacologici/nanotecnologici, biotecnologici, vaccinali e/o terapie adottive con cellule T, in grado di favorire l'espansione e la funzionalità delle popolazioni effettrici.

L'uso degli ICI nella corrente pratica oncologica sta letteralmente rivoluzionando le aspettative di outcome clinico in molteplici ambiti neoplastici, ma d'altronde impone in maniera sempre più significativa l'identificazione di biomarcatori predittivi di risposta in grado di guidare la selezione dei pazienti, al fine di razionalizzare e personalizzare le terapie nell'ottica sia dei profili di tossicità che dell'economicità per il Sistema Sanitario Nazionale. D'altra parte, le più recenti evoluzioni in ambito genomico, proteomico, metabolomico ecc., consentono l'acquisizione di informazioni fondamentali per prospettare realmente l'implementazione di strategie immunoterapeutiche a livello strettamente individuale. Non va infine dimenticato il ruolo emergente della terapia cellulare adottiva, in particolare CAR-T, che dal settore ematologico sta rapidamente trovando applicazioni sperimentali nei tumori solidi e in cui lo IOV è particolarmente attivo, anche con innovative popolazioni cellulari effettrici.

Obiettivi Globali

Globalmente, la linea di ricerca si prefigge molteplici obiettivi, quali:

1. la profilazione genetica/metabolica, anche a singola cellula, della componente neoplastica e infiltrativa di tumori potenzialmente bersaglio di terapie immunologiche;
2. l'immunoprofilazione cellulare a livello periferico e nel contesto tumore-stroma con tecniche innovative (citofluorimetria multiparametrica, immunistochemical multiplex a fluorescenza);
3. lo sviluppo di modelli sperimentali in vitro e in vivo per la comprensione delle interazioni tumore-sistema immune e per la messa a punto e valutazione di approcci immunoterapici di nuova concezione.

Linea di ricerca n.3: RICERCA CLINICA TRASLAZIONALE E TERAPIE ONCOLOGICHE INNOVATIVE

Elemento caratterizzante e prioritario della ricerca dello IOV è la conduzione di studi clinici innovativi, di medicina di precisione e traslazionali. Importanza cruciale per produrre conoscenze sul trattamento ottimale dei pazienti sono anche gli studi retrospettivi, osservazionali, traslazionali, interventistici rivolti sia all'ottimizzazione dei trattamenti già disponibili, sia allo sviluppo di terapie innovative, basate sulla caratterizzazione molecolare e sulla medicina di precisione. Altro elemento essenziale è la ricerca di fattori predittivi e prognostici e l'utilizzo dei patient reported outcomes (PROs) che valutino l'impatto di nuove terapie sulla qualità della vita dei pazienti.

Lo IOV si è contraddistinto per un continuo impegno nella promozione diretta e nell'adesione a protocolli clinici di ricerca farmacologica e non. I risultati ottenuti fino ad oggi hanno permesso di sviluppare e promuovere competenze all'avanguardia nell'ideazione, coordinamento e gestione di iniziative di ricerca clinica e traslazionale. La collaborazione con molte oncologie italiane garantisce un arruolamento competitivo in trials internazionali con farmaci innovativi. In ambito oncologico il rapido trasferimento al letto del malato di terapie innovative, garantisce a molti pazienti di beneficiare di nuove opportunità di cura in tempo reale. I risultati ottenuti devono essere misurati e monitorati con protocolli retrospettivi che sono una preziosa fonte di dati per ipotesi esplorative da verificare in maniera longitudinale. La ricerca clinica è punto di arrivo e di partenza di progetti traslazionali, ed è intimamente correlata alle altre linee di ricerca dello IOV.

La costante implementazione di nuove ricerche cliniche ha un valore strategico con immediate ricadute sul malato (sin dall'inserimento in studio), sull'esperienza dei singoli ricercatori e gruppi di ricerca (dal momento dell'ideazione), sulla comunità scientifica (alla presentazione e pubblicazione dei risultati). La ricerca clinica è connaturata alla mission di un IRCCS. Obiettivo strategico è implementare la ricerca traslazionale, e individuare indicatori predittivi di risposta per ottimizzare tipo e durata delle terapie innovative (es. Immunoterapia), al fine di garantire cure efficaci e socialmente sostenibili. Questi aspetti non possono prescindere da una visione a 360° del malato, in cui la prevenzione, riabilitazione, il ruolo infermieristico, psicologico, le terapie di supporto, nutrizionali, del dolore, e di qualità della vita, trovano giusta integrazione in programmi di ricerca disegnati con rigore metodologico come avviene per le sperimentazioni cliniche.

Obiettivi Globali

1. Sviluppo di studi no profit, in particolare per patologie orfane (es. glioblastoma);
2. Analisi, attraverso biopsia liquida e/o assetto molecolare estensivo sul tessuto tumorale, delle caratteristiche del tumore, per la ricerca di nuovi fattori prognostici/predittivi;
3. Studio del microambiente tumorale e dell'interazione tra ospite e tumore.
4. Implementazione e partecipazione a studi real life, e impatto della presa in carico multidisciplinare del paziente, valutandone gli esiti a medio e lungo termine (compresa la soddisfazione del paziente);
5. Partecipazione a trial clinici internazionali innovativi, in particolare di fase precoce.

Linea di ricerca n.4: NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI: PDTA E INDICATORI

L'obiettivo principale perseguito nella stesura dei PDTA della Rete Oncologica (DGR 2067/2013) è quello di garantire tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità assistenziale dal momento preciso in cui il paziente entra nel percorso, alla valutazione multidisciplinare, sino al fine vita. La definizione dei PDTA prevede anche l'individuazione degli indicatori di Struttura, processo ed esito il che consentirà di acquisire dati di "effectiveness" delle innovazioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative.

Lo IOV è uno snodo fondamentale nella rete oncologica sia ospedaliera che territoriale, ha funzione di HUB per il coordinamento in stretta sintonia con tutte le aziende della Regione. Tra i suoi obiettivi è quello di definire e condividere Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali per i vari tipi di tumore e di attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di cura e del trattamento oncologico orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente. Diventa quindi di strategica importanza la rilevazione di indicatori all'interno dell'Istituto che assume anche a livello regionale una importanza essenziale. La rilevanza di dati di real world è crescente alla luce delle continue innovazioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative in ambito oncologico.

Il monitoraggio del PDTA attraverso indicatori specifici di performance permette di analizzare gli snodi assistenziali messi in atto presso la singola declinazione aziendale. La verifica sul campo dei miglioramenti introdotti dai PDTA viene realizzata tramite il calcolo di indicatori, cioè variabili ad altro contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e aiutano ad orientare le decisioni. Gli indicatori vengono ad oggi costruiti utilizzando le informazioni rese disponibili dai flussi informativi correnti (Assistenza specialistica, ricoveri, farmaceutica, assistenza domiciliare, registro regionale di mortalità) opportunamente integrati con tecniche di record linkage. La possibilità di rilevare indicatori di struttura, processo ed esito consentirà di produrre dati affidabili dalla pratica clinica. La rilevanza di dati di "effectiveness" derivanti dalla pratica clinica è oramai riconosciuta anche dalle autorità regolatorie come unica modalità per ottenere: 1) dati di sicurezza a lungo termine di terapie innovative, 2) dati di efficacia in pazienti sotto/non rappresentati negli studi clinici (anziani, con comorbidità, condizioni cliniche compromesse, che assumono vari farmaci), 3) dati di efficacia in tumori/quadri clinici rari con dati insufficienti dagli studi clinici, 4) dati sulle sequenze terapeutiche.

Obiettivi Globali

Valutare l'aderenza agli indicatori espressi dai PDTA della ROV, dei pazienti preso in carico presso l'Istituto Oncologico Veneto nei diversi percorsi di cura nello specifico:

1. monitorando l'aderenza agli indicatori;
2. Implementando audit interni;
3. Analizzando eventuali sistemi correttivi;
4. Acquisendo dati di esito.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting. In particolare tramite il sistema del budget, vengono declinati gli obiettivi strategici aziendali ed i risultati attesi, presentando a tutti i portatori di interesse (Direttori di Dipartimento, Direttori di Unità Operativa, responsabili delle strutture in staff alle Direzioni e delle strutture di servizi generali) il Documento di Direttive, contenente gli indirizzi strategici aziendali definiti in coerenza alla Programmazione regionale per l'anno 2024.

Il ciclo di gestione della performance

Alla luce dell'art. 4 co.2 del D. Lgs. 150/2009 e dei contratti collettivi vigenti, il ciclo di gestione della performance nell'Istituto Oncologico Veneto si articola nelle seguenti fasi:

- I. pianificazione degli obiettivi strategici: analisi dei fabbisogni rispetto alla pianificazione delle risorse;
- II. definizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere e dei valori attesi (obiettivi e correlati indicatori di raggiungimento del risultato);
- III. negoziazione di budget che permette il collegamento tra gli obiettivi (definiti a livello strategico) e l'allocatione delle risorse;
- IV. monitoraggio in corso d'esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi con lo sviluppo di un sistema di reportistica;
- V. misurazione e valutazione dei risultati tramite il grado di raggiungimento degli obiettivi con gli indicatori di performance (misurazione performance organizzativa);
- VI. rendicontazione dei risultati con la valutazione annuale della performance.

L'articolazione sopra esposta si può analizzare con due differenti linee di sviluppo: uno più propriamente direzionale legato al disegno strategico Regionale e, quindi, al rispetto degli obiettivi posti, l'altro di natura gestionale con la traduzione nell'obiettivo operativo cioè nelle condizioni attraverso le quali l'organizzazione cala lo stesso alle U.U.O.O. per il raggiungimento del risultato atteso. Gli obiettivi strategici costituiscono la descrizione dei traguardi che l'organizzazione si prefigge di raggiungere; gli obiettivi operativi definiscono le azioni necessarie all'implementazione dei programmi strategici e delle relative modalità (risorse umane, risorse economiche, interventi, etc...).

Ogni anno, la strategia viene declinata nel Documento di Direttive, il quale avvia contestualmente un processo di traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi, mediante il processo a cascata e collegando la dimensione economico-finanziaria e quella organizzativa della gestione. Il processo di negoziazione del budget permette la determinazione degli obiettivi operativi di ciascuna struttura sanitaria ed amministrativa e definisce, per ciascun obiettivo, le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento. Esso si conclude con la formalizzazione del documento attraverso il quale si opera appunto l'assegnazione "formale" alle U.U.O.O. degli obiettivi e delle risorse da impiegare per la realizzazione degli stessi.

Timing del processo

Fase	Anno 2024												Anno 2025	
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb
Approvazione "Piano integrato attività e organizzazione 2023-2024"														
Definizione del Documento delle Direttive 2024														
Negoziante Budget 2024														
Delibera approvazione Schede di Budget 2024														
Valutazione obiettivi di budget UUOO 2023														
Valutazione obiettivi individuali anno 2023														
Relazione sulla Performance anno 2023														
Monitoraggio intermedio obiettivi di budget anno 2024														
Validazione OIV della Relazione sulla Performance 2023														
Erogazione retribuzione di risultato a saldo anno 2023														

Si evidenzia che la Mappa Strategica, contenuta nel presente documento (tabella 11), e successivamente il Documento delle Direttive e la fase di monitoraggio del ciclo della performance, prevedono una condivisione con il Consiglio di Indirizzo e Verifica (CIV).

Criteri di valutazione degli obiettivi di budget

La scheda Budget è costruita in modo tale che ad ogni obiettivo siano assegnati uno o più indicatori di verifica. Ad ogni indicatore di verifica vengono assegnati, durante la negoziazione di budget, il valore atteso per l'anno di riferimento e il peso relativo ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato. In fase di monitoraggio, viene inserito il valore consuntivo e viene effettuata la valutazione finale.

La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore:

- nel caso di indicatori Sì/No, viene attribuito il peso assegnato all'indicatore con punteggio pieno se l'obiettivo è raggiunto, zero nel caso di obiettivo non raggiunto. In quest'ultimo caso sarà possibile procedere ad una valutazione intermedia tra 0 e 1 sulla base delle motivazioni presentate;
- nel caso di indicatori quantitativi, si applicano delle fasce specifiche derivanti dallo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto.

La performance individuale

Il processo di misurazione e di valutazione dei risultati individuali è volto al miglioramento continuo delle performance. Il suo scopo non è la definizione di un giudizio, ma la definizione di azioni di miglioramento, con riferimento sia alla performance individuale, sia all'efficacia del sistema nel suo insieme. A tal fine, la misurazione non può essere concepita come attività puntuale, svolta solo all'inizio e alla fine dell'anno, ma come un processo continuo caratterizzato da momenti di monitoraggio intermedio, con una chiara identificazione del "chi valuta chi" e si inserisce nel sistema di programmazione dello IOV. I sistemi di valutazione adottati dallo IOV valorizzano e misurano, adeguatamente, in maniera equilibrata e integrata, la dimensione organizzativa e la dimensione individuale delle prestazioni rese e dei risultati conseguiti; essi consentono, inoltre, l'applicazione dei sistemi premianti previsti dalle norme vigenti.

Il sistema di valutazione, in armonia con le norme di legge vigenti e con quanto previsto dai CC.CC.NN.LL. è improntato ai seguenti principi:

- rispetto dei principi generali previsti dalle norme vigenti;
- coerenza con i documenti di programmazione aziendale;
- trasparenza con particolare riferimento alle informazioni concernenti le misurazioni e valutazioni delle performance;
- chiarezza e intelligibilità degli indicatori di risultato;
- preventiva e formale definizione e illustrazione degli obiettivi e dei comportamenti organizzativi richiesti ai valutati da parte dei valutatori nonché massima chiarezza degli stessi;
- miglioramento della qualità dei servizi offerti e stretta correlazione con il soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi e con i sistemi incentivanti;
- chiarezza nell'individuazione di fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo, nonché nella definizione delle modalità di raccolta dei dati;
- differenziazione dei giudizi;
- diritto del valutato al contraddittorio;
- divieto assoluto di distribuzione delle risorse destinate agli incentivi in assenza di valutazione, o in maniera indifferenziata.

Gli ambiti di valutazione possono essere ricondotti a due principali aggregati:

1. operativo (rispetto degli obiettivi di budget): sono presi in considerazione gli obiettivi di budget definiti nella fase di programmazione e indicati nella scheda di budget. L'attenzione è concentrata sui risultati da conseguire nel periodo considerato;
2. comportamenti organizzativi: sono prese in considerazione le differenti dimensioni organizzative e relazionali che vengono espresse nello svolgimento del proprio lavoro (l'attenzione è concentrata sulla valenza degli aspetti relazionali nel conseguimento delle prestazioni e sulla qualità del contributo e l'impegno reso per la realizzazione degli obiettivi).

Lo strumento di misurazione è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi, sia i comportamenti. La scheda individuale presenta differenze a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

La valutazione individuale del personale del Comparto

Il sistema di valutazione del personale del comparto dell'Istituto Oncologico Veneto è disciplinato dal Contratto Collettivo Integrativo sottoscritto il 4 novembre 2015. La valutazione oltre ad assumere valenza strategica per il costante sviluppo delle risorse umane dello IOV, assume rilevanza per le seguenti finalità:

- attribuzione dei premi correlati alla performance organizzativa;
- attribuzione dei premi collegati alla performance individuale;
- applicazione degli eventuali ulteriori istituti, anche premianti, previsti dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti (es. progressioni orizzontali).

Le prestazioni e i risultati individuali sono misurati e valutati, fermi restando i principi di cui ai commi seguenti, attraverso il sistema di valutazione permanente delle prestazioni e dei risultati dei singoli dipendenti richiamato dall'art. 35, comma 3 CCNL 7/4/1999; in ogni caso il sistema prevede che, avuto riguardo alle condizioni e risorse assegnate, la valutazione sia collegata agli elementi previsti dall'art. 47 commi 5 e 6 del CCNL 1/9/1995 e dall'art. 13, comma 3, del CCNL 10/4/2008, integrandola inoltre con i seguenti elementi: raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo e/o individuali; competenze dimostrate; comportamenti professionali e organizzativi.

Il sistema utilizza apposite "schede individuali di valutazione" e deve comunque rispettare i seguenti requisiti minimali:

Requisiti	
a	Diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore
b	Specificazione di obiettivi individuali e/o di gruppo misurati tramite indicatori quantitativi e /o qualitativi e distinzione tra le suddette tipologie di obiettivi
c	Indicazione del numero degli elementi di valutazione e relativi indicatori inseribili nelle schede
d	Previsione di almeno un colloquio intermedio di analisi dell'andamento dei valutati e di un colloquio finale per l'illustrazione dei risultati, il colloquio intermedio dovrà essere effettuato, di norma, a metà ciclo di valutazione
e	Diritto per i valutati di esprimere osservazioni orali o scritte in sede di colloquio finale
f	Integrazione con il sistema di misurazione e valutazione dei risultati raggiunti dalla UO ai fini della determinazione dei contributi del singolo al raggiungimento dei risultati prestazionali rilevati per la stessa
g	Possibilità di ricondurre la valutazione ad un punteggio finale numerico che potrà essere utilizzato per la definizione degli strumenti di ulteriore valutazione indicati da norme di legge o contrattuali

Per le finalità di cui al primo punto del precedente articolo, la valutazione è svolta dal dirigente responsabile della U.O. di assegnazione del dipendente valutato. Il dirigente, onde garantire dette finalità, si avvale, con riferimento al personale del comparto direttamente coordinato in relazione al proprio incarico, dei dipendenti incaricati di posizione organizzativa o di coordinamento.

Le valutazioni vengono effettuate con cadenza annuale utilizzando il modello di scheda vigente. La metodologia definita dallo IOV, in via generale per esprimere i giudizi su tutti i possibili elementi da valutare, prevede le seguenti aree di esame (secondo quanto riportato in linea dai contratti collettivi nazionali): impegno lavorativo; qualità della prestazione; adattamento ai cambiamenti organizzativi; orientamento all'utenza; grado di coinvolgimento nei processi aziendali.

All'interno delle aree elencate nel precedente comma sono specificati elementi analitici (item) per ciascuno dei quali è prevista una scala di giudizio su cinque gradi, corrispondenti ai seguenti giudizi di valore:

SCALA	GIUDIZIO
5	Eccellente o oltre le aspettative
4	Pienamente rispondente alle aspettative
3	Adeguito o accettabile
2	Inadeguato
1	Gravemente inadeguato

Al termine del ciclo annuale di valutazione e in apposito incontro individuale, il valutatore provvede ad informare il dipendente dell'esito della stessa. La scheda di valutazione, debitamente compilata in tutte le parti che la compongono, deve essere firmata dal valutato per presa visione.

L'applicazione della metodologia adottata ai sensi del presente articolo costituisce presupposto per l'attribuzione degli incentivi correlati alle performances organizzative ed individuali a seguito della valutazione delle prestazioni, dei risultati conseguiti dal singolo dipendente, nonché del contributo fornito dallo stesso al raggiungimento dei risultati dell'U.O. di appartenenza.

Criteria e modalità per la valorizzazione del merito

In base alle risultanze del sistema di valutazione del personale, gli incentivi sono assegnati al personale in forma correlata a:

- i risultati raggiunti dall'UO di appartenenza le seguenti percentuali:
 - a. in presenza di valutazione pari o superiore all'80% il risultato si intende integralmente conseguito;
 - b. per valutazioni comprese tra il 60% e il 79% il risultato si intende raggiunto al 75%;
 - c. per valutazioni comprese tra il 35% e il 59% il risultato si intende raggiunto al 50%;
 - d. per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto;
- la valutazione conseguita da ciascun dipendente in relazione alle prestazioni fornite.

Il processo di valutazione individuale si avvia, indicativamente, nel primo semestre dell'anno successivo a quello di riferimento.

Definizione della quota individuale di incentivazione

I premi correlati alle performances organizzative ed individuali spettano a tutto il personale con rapporto a tempo indeterminato e determinato. Al fine della corresponsione dei predetti premi si tiene conto dell'assiduità e del contributo quantitativo sulla base della effettiva presenza in servizio. Al personale in *part time*, la quota di incentivazione alle performances organizzative ed individuali viene ridotta in proporzione all'orario effettuato.

Al personale neo assunto la quota individuale spettante è erogata dopo il superamento del periodo di prova.

La quota individuale è determinata sulla base dei criteri definiti in contrattazione collettiva integrativa aziendale e dall'ammontare delle risorse a disposizione.

La valutazione individuale delle aree dirigenziali

Anche la valutazione del personale dell'area dirigenziale, al pari di quanto visto relativamente al personale del comparto, è disciplinata dagli accordi integrativi aziendali sottoscritti con le organizzazioni sindacali di categoria (Contratto Collettivo Integrativo dell'area della dirigenza medica del 30 aprile 2015 e Contratto Collettivo Integrativo dell'area STPA del 9 giugno 2015).

Il punto di partenza è comune e si identifica nella succitata *performance* organizzativa e nella correlazione con la misurazione della *performance* individuale determinata, secondo quanto contenuto negli accordi con le O.O.S.S., considerando la presenza in servizio, l'incarico professionale conferito per il quale è stato previsto specifico coefficiente, il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Direzione Strategica, nonché la valutazione individuale espressa attraverso l'apposita scheda.

La scheda di valutazione individuale utilizzata a partire dall'anno 2015 si differenzia in relazione alla natura dell'incarico dirigenziale, ovvero tra incarico gestionale e incarico professionale. La metodologia applicata dall'Istituto in via generale per esprimere i giudizi su tutti i possibili elementi da valutare, prevede la definizione di un certo numero di aree di esame e, all'interno di queste, l'indicazione degli elementi analitici (item) sui quali il valutatore di prima istanza è chiamato ad esprimere il proprio giudizio sintetico. Di seguito si procede ad illustrare i passaggi metodologici relativi alla valutazione sia professionale che gestionale.

Per l'espressione del giudizio relativo a ciascun "item" il valutatore di prima istanza potrà orientarsi sulla base di una scala a cinque gradini, cui corrispondono altrettanti giudizi di valore differenziale. La correlazione fra giudizi sintetici e punteggio è definita secondo lo schema seguente:

Punteggio	Giudizio sintetico	Esito osservato
5	Eccellente	Largamente al di sopra dell'attesa
4	Buono	Superiore all'attesa
3	Adeguato	In linea con l'attesa
2	Mediocre	Inferiore all'attesa
1	Scarso	Largamente al di sotto dell'attesa

A garanzia del diritto alla trasparenza ed alla partecipazione del valutato, ogni responsabile chiamato a svolgere la proposta di valutazione deve specificare a tutti i dirigenti affidati alla sua responsabilità quali siano gli elementi procedurali previsti compresa la scala dei giudizi possibili. Egli deve svolgere almeno due incontri, durante i quali dovrà aver cura di illustrare i comportamenti ritenuti congrui per conseguire il giudizio adeguato (3) in relazione a ciascun item riportato. Nella compilazione della scheda il valutatore è tenuto a motivare negli spazi riservati o attraverso una relazione ogni giudizio inferiore al valore medio di riferimento (adeguato).

Definizione della quota individuale di retribuzione di risultato

L'erogazione della quota individuale è commisurata alle effettive risorse finanziarie disponibili e ai criteri definiti in contrattazione collettiva integrativa aziendale. Avviene a conclusione della verifica operata dall'O.I.V. sul positivo raggiungimento, da parte del personale dirigente, degli obiettivi di risultato.

Nel caso di parziale/mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, la quota economica della parte relativa alla performance organizzativa viene ridotta in relazione alla percentuale raggiunta ed attribuita secondo le seguenti percentuali:

- in presenza di valutazione pari o superiore al 90% il risultato si intende integralmente conseguito;
- per valutazioni comprese tra il 70% e l'89% il risultato si intende raggiunto al 75%;
- per valutazioni comprese tra il 35% e il 69% il risultato si intende raggiunto al 50%;
- per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto.

I soggetti competenti e la procedura dei ricorsi

Come già è stato accennato, esistono in sostanza due livelli di valutazione: quello del raggiungimento degli obiettivi della Struttura (*performance* organizzativa) e quello relativo al giudizio del singolo (*performance* individuale). I risultati gestionali della Strutture e di ciascun Dipartimento, Struttura Complessa/Semplice a valenza dipartimentale e Semplice, nonché i risultati dei dirigenti responsabili/apicali vengono valutati dal sopra citato Organismo Indipendente di Valutazione.

Per la *performance* individuale, ai sensi degli accordi integrativi sottoscritti, la figura preposta alla valutazione si identifica, a seconda dell'area di riferimento, seguendo generalmente un principio gerarchico. Nello specifico, per il comparto la valutazione sarà compito della figura gerarchicamente immediatamente superiore che opera a diretto contatto con il valutato (dirigente d'area amministrativa/tecnica, coordinatore area tecnico-sanitaria. Il coordinatore stesso sarà valutato dal dirigente delle Professioni Sanitarie. Per la dirigenza la valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa/Direttore di Dipartimento od eventualmente, per competenza, al Direttore Sanitario od Amministrativo.

Qualora un dipendente rilevasse divergenze sulla valutazione espressa da parte dei responsabili, avrà la possibilità di presentare ricorso all'Organismo di conciliazione per il personale del comparto o all'Organismo Indipendente di Valutazione per il personale della Dirigenza, esplicitandone le motivazioni secondo la procedura di seguito dettagliata:

- entro 30 giorni dalla sottoscrizione della scheda di valutazione da parte del valutato, deve essere effettuata un'istanza protocollata all'Organismo/Direttore Generale, indicante i motivi di disaccordo;
- nel caso di mancata sottoscrizione, il termine decorre dalla data di avvenuta conoscenza certificata dal valutatore (si ricorda che la sottoscrizione è per presa visione);
- l'Organismo procederà a contattare il valutatore di prima istanza ed il valutato;

- nel caso in cui ritenga fondati i motivi evidenziati dal ricorrente, l'Organismo di Conciliazione potrà chiedere al valutatore di prima istanza di procedere ad una revisione della valutazione. Nel caso di istanza da parte di un dirigente, l'O.I.V. verifica e valida la correttezza metodologica con la possibilità di modificare o integrare la valutazione qualora rilevasse anomalie significative. In caso di valutazione negativa del dirigente, l'O.I.V. procederà con valutazioni di merito ai sensi del CCNL delle Aree dirigenziali;
- in caso contrario procederà ad archiviare l'istanza con comunicazione all'istante.

Rischi corruttivi e trasparenza

I ruoli nel sistema della prevenzione della corruzione



Efficacia

Strettamente connessa

Al contributo attivo di tutti gli attori all'interno dell'organizzazione

Concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo di indirizzo dell'ente che individua 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; definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario del presente documento di programmazione, adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano, direttamente o indirettamente, finalizzati alla Prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 22/11/2019, confermato con deliberazione del Direttore generale n. 261 del 15/04/2021, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge n.190 del 2012, esercita i compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, in particolare:

In materia di misure di prevenzione della corruzione:

- predisporre e verificare l'attuazione e l'idoneità del sistema di prevenzione della corruzione previsto nella apposita sezione del PIAO;
- presentare all'organo di indirizzo, per la necessaria approvazione, una proposta di misure di prevenzione della corruzione;
- vigilare sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
- segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- redigere la Relazione annuale da pubblicare sul sito istituzionale dell'amministrazione (art.1, co. 14, l. 190/2012).

In materia di trasparenza:

- Elaborare un'apposita sezione del Piano dedicata alla trasparenza;
- Svolgere un'attività di monitoraggio sulla effettiva pubblicazione dei dati previsti dalla normativa vigente e segnalando gli inadempimenti rilevati, in relazione alla gravità, all'OIV, all'organo di indirizzo politico, ad ANAC o all'UPD (art. 43, co. 1 e 5, d.lgs. 33/2013);
- Ricevere istanze di accesso civico "semplice" (art. 5, co. 1, d.lgs. 33/2013) e (art. 5, co. 2, d.lgs. 33/2013), ricevere e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso civico generalizzato o di mancata risposta.

In materia di whistleblowing:

- Ricevere, prendere in carico le segnalazioni, porre in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria in base al co. 5 dell'art. 4 del Decreto legislativo n. 24 del 10 marzo 2023.

In materia di imparzialità soggettiva del funzionario:

- ha capacità di intervento, anche sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive ai sensi del d.lgs. 39/2013, in particolare deve:
 - vigilare sul rispetto, da parte dell'amministrazione, delle disposizioni in materia di inconfiribilità e di incompatibilità degli incarichi (art. 15 comma 1);
 - contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo;
 - segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione del citato decreto legislativo art. 15 comma 2).

Secondo il codice di comportamento, ai sensi del DPR n. 62/2013 e successive modifiche ed integrazioni:

- curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- la violazione, da parte dei dipendenti dell'Istituto, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare.

In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

risponde ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- I. di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- II. adempiuto agli obblighi di informazione ai dipendenti delle misure di prevenzione della corruzione previste nel Piano;
- III. di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- IV. individuato specifici obblighi di trasparenza.

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

In base al D. Lgs. n. 97/2016 vengono rafforzate le funzioni affidate all'OIV:

- verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica i contenuti della relazione sui risultati dell'attività svolta dal responsabile in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- fornisce le informazioni che l'ANAC richiede in merito all'attuazione delle misure di prevenzione, tanto quanto il RPCT;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (articoli 43 e 44 d.lgs. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sulle sue modificazioni (articolo 54, comma 5, d.lgs. 165/2001).

I Dirigenti

I Dirigenti nell'ambito delle Strutture di rispettiva competenza, partecipano al processo di gestione del rischio ai sensi e per gli effetti dell'articolo 16 del D. Lgs. n. 165 del 2001.

I Dirigenti hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti. In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere in primis finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle

strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità. Pertanto i dirigenti:

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllare il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (comma 1-bis);
- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (comma 1-ter);
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (comma 1-quater).

I Dirigenti inoltre, con riguardo alle attività considerate a rischio dal presente Piano:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- vigilano sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini dei conseguenti procedimenti disciplinari.

I Dirigenti responsabili di struttura individuano almeno un referente interno con il compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

La violazione dei compiti di cui sopra, nonché la mancata collaborazione con il RPCT, è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e viene considerata nella valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

I Referenti per la prevenzione della corruzione

La costituzione di una rete di referenti ha quale obiettivo primario quello di creare un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato.

In relazione alla Prevenzione della Corruzione i referenti concorrono:

- al processo di analisi dei rischi (mappatura dei processi, individuazione dei rischi e delle relative misure di mitigazione);
- a verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- a formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- a vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPCT

eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;

- a redigere annualmente apposita relazione indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione illustrando l'attività svolta in tema di prevenzione;
- a cooperare con il RPCT ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- a monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

Svolgono, inoltre, l'attività informativa nei confronti del RPCT e dell'Autorità giudiziaria (art.16 D. Lgs n.165/2001; art. 20 DPR n. 3/1957; art.1 comma 3, L.n.20/1994; art. 331 c.p.p.):

Gruppo di referenti di supporto al RPCT, con i responsabili delle funzioni aziendali maggiormente interessate dagli adempimenti della Trasparenza e dai possibili rischi di corruzione sono di seguito individuati da:

Referenti RPCT	
Referente Area Acquisti, Economato e logistica - RASA	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione Logistica
Referente Area dei Servizi tecnici e patrimoniali	Dirigente responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali
Referente Area Risorse Umane e della libera professione	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente Area Contabilità e Bilancio	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Referente Area rendicontazione della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Referente Area del Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione
Referente Area Informatica	Direttore UOC Sistemi Informativi
Referente Area della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Dirigente responsabile UOSD Unità Ricerca Clinica
Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente rischio clinico	Referente Risk manager
Referente Area Sanitaria	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera
Referente Area della Farmacia e CESC	Direttore UOC Farmacia
Referente per i rifiuti	Collaboratore professionale sanitario con incarico organizzativo "Gestione rifiuti"
Internal Auditing	Dirigente nominato Internal Audit
Referente Nucleo Aziendale Controllo (NAC)	Direttore Sanitario
Referente Area legale e assicurativo	Collaboratore professionale amministrativa assegnato all'ufficio legale

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori.

Il responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

In riferimento all'obbligo di comunicazione, per l'espletamento del procedimento amministrativo sotteso all'applicazione dell'art. 33-ter del decreto legge n. 179 del 18.10.2012, del nominativo del responsabile, con funzioni di verifica o compilazione ed al successivo aggiornamento delle informazioni è stato specificamente individuato nel Direttore della UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica – Dott.ssa Maria Zanandrea, è preposto all'iscrizione ed all'aggiornamento dei dati inseriti nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

I dipendenti e collaboratori

I dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nella sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;
- segnalano le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi.

Il coinvolgimento va assicurato:

- in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi;
- in termini di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
- in sede di attuazione delle misure.

A tal fine, negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della UOC Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione.

Il Responsabile della UOC Gestione Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web e di trasmettere alla struttura medesima, entro e non oltre 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del Piano.

Collaboratori

Il personale con contratti atipici (borse di studio, co.co.co, incarichi libero professionali), tirocini e frequenze:

il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Istituto.

Internal Auditing

Il dirigente responsabile dell'Internal Auditing, è chiamato a svolgere attività di "internal Control" finalizzata a mitigare quei rischi che potrebbero impedire a un'azienda di raggiungere gli obiettivi prefissati, garantendo:

- efficacia ed efficienza operativa;
- affidabilità del reporting finanziario;
- conformità a leggi e regolamenti.

Il Sistema dei Controlli Interni, così inteso, è l'insieme delle regole, delle funzioni, delle strutture, delle risorse, dei processi e delle procedure che mirano ad assicurare, nel rispetto della sana e prudente gestione, il conseguimento delle seguenti finalità:

- verifica dell'attuazione delle strategie e delle politiche aziendali;
- contenimento del rischio entro il limite massimo accettato ("tolleranza al rischio" o "appetito per il rischio");
- salvaguardia del valore delle attività e protezione dalle perdite;
- efficacia ed efficienza dei processi aziendali;
- affidabilità e sicurezza delle informazioni aziendali e delle procedure informatiche;
- prevenzione del rischio frode, laddove l'Istituto, anche involontariamente, sia coinvolto in attività illecite (con particolare riferimento a quelle connesse con il riciclaggio, l'usura ed il finanziamento al terrorismo);
- conformità delle operazioni con la legge e la normativa di vigilanza, nonché con le politiche, i regolamenti e le procedure interne.

Al fine di operare per processi, il dirigente responsabile dell'Internal Auditing ha l'onere di diffondere la "cultura di processo": tutto il personale dell'organizzazione deve sentirsi protagonista di un insieme preciso di processi orientati al soddisfacimento dei bisogni aziendali, e diretti anche a individuare i rischi corruttivi e le misure di prevenzione da adottare.

Il dirigente responsabile dell'Internal Auditing mette a disposizione del RPCT l'aggiornamento del Control Risk Self Assessment (CRSA) svolto in Istituto nella parte che impatta con il rischio corruttivo; comunica al RPCT la programmazione di audit in modo da condividere l'interesse reciproco sulle attività ed allineare per quanto possibile il piano di Audit con il piano di prevenzione della corruzione.

Ottiene la collaborazione del RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio corruttivo.

Altri soggetti

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), la cui composizione e funzioni è prevista nel “*Regolamento relativo all'organizzazione e funzionamento dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari*”, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1084 del 21.12.2023, è competente per i procedimenti disciplinari, sia per il personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale che per il personale della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa e della dirigenza medica (articolo 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001) e per il personale del ruolo della ricerca sanitaria;

- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art.20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

Il Risk Manager

Il Responsabile della gestione del rischio clinico aziendale (risk manager) svolge un ruolo fondamentale nell'ambito dell'attività di prevenzione degli eventi avversi e dell'attività di gestione e prevenzione del contenzioso:

- attiva percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione, anche in forma anonima, dell'evento o evento evitato (near miss) e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- rileva il rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e individua eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- collabora con l'ufficio legale nella gestione dei sinistri per *malpractice*.

Il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)

Il NAC, costituito con delibera del Direttore Generale svolge controlli interni con riferimento all'appropriatezza delle prescrizioni delle prestazioni sanitarie e verifica la correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate. Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, verifica il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni

ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale; accerta la corretta indicazione sulla ricetta delle esenzioni per patologia in relazione alle prestazioni prescritte e la corretta erogazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dal D.M. del 28 maggio 1999, n. 329 e dal DPCM 12 gennaio 2017.

Il NAC predispose un “Piano annuale dei controlli interni” che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell’anno, e lo trasmette al Nucleo Regionale di Controllo (NRC).

Tale Piano deve essere conforme alle linee guida approvate dalla Regione Veneto con Decreto del Direttore Generale dell’Area Sanità e Sociale n. 93 del 10/09/2021 che prevede che lo stesso sia trasmesso al RPCT per certificare il buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi e delle liste di attesa e dell’attività professionale intra moenia.

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD)

Ai sensi dell’art. 39 del GDPR, il Responsabile della Protezione dei dati, nominato con delibera del Direttore Generale, svolge i seguenti compiti:

- informa e fornisce consulenza al titolare o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal regolamento e dalle norme vigenti in materia di protezione dei dati;
- sorveglia l’osservanza del GDPR all’interno dell’organizzazione del titolare;
- fornisce, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d’impatto sulla protezione dei dati;
- funge da punto di contatto per l’Autorità di controllo per questioni connesse al trattamento;
- coordina l’implementazione e l’aggiornamento del registro delle attività di trattamento sotto la responsabilità del titolare.

Il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT con cui collabora in caso delle istanze di riesame di decisioni sull’accesso civico generalizzato che possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, e con i dirigenti responsabili della pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente affinché i dati pubblicati siano conformi alla tutela dei dati personali degli interessati.

Valutazione di impatto del contesto esterno

L’associazione di Promozione Sociale (APS) REACT e Transparency International Italia, che agisce nell’ambito e nei limiti del D. Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo Settore o “CTS”) e che ha come scopo peculiare il contrasto alle diverse forme di corruzione ha pubblicato, in occasione della seconda edizione della Giornata Nazionale per l’Integrità in Sanità, i risultati di un’indagine condotta su circa 4.000 dipendenti di aziende sanitarie per comprendere la loro conoscenza e la loro percezione del fenomeno corruttivo in ambito sanitario.

Dal report “Il valore pubblico dell’integrità” emerge che per i dipendenti delle strutture sanitarie intervistati la corruzione è ancora mol-to diffusa, sia a livello nazionale (94%) che nella propria regione (79%). La pandemia sembra aver aumentato i rischi: il 70% degli intervistati reputa che l’attuale emergenza sanitaria abbia fatto crescere il rischio di corruzione nella sanità italiana ed il

39% ritiene che il rischio sia aumentato anche nel proprio ente. Con l'emergenza pandemica, le preoccupazioni maggiori sono soprattutto legate a irregolarità nella somministrazione di tamponi e vaccini, al favoreggiamento di particolari fornitori di dispositivi di protezione individuale, e alla sottrazione di questi da parte del personale.

Gli strumenti per prevenire la corruzione ci sono, tuttavia non tutti sembrano funzionare allo stesso modo. I Codici di Comportamento sono adeguatamente conosciuti da almeno il 75% dei rispondenti, le percentuali si abbassano al 52% per il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e solo 1 dipendente su 2 è a conoscenza dei canali di segnalazioni interni.

L'Istituto per la promozione dell'Etica in Sanità ISPE/Sanità ha pubblicato "Il Libro bianco sulla corruption in Sanità", volume nel quale viene fotografata la corruption in Sanità da diversi punti di vista:

Analisi qualitativa

La corruzione in sanità rimane un fenomeno ampiamente oscuro in termini quantitativi, ma i suoi effetti sono evidenti. Negli anni recenti, la Corte dei Conti ha rilevato che in sanità "si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo" e che "il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività".

I fattori generali che favoriscono la corruzione sono la natura consensuale del crimine, l'assenza di vittime dirette, la distanza causale tra accordo e vittimizzazione, la sofisticazione degli schemi criminali e la commistione con altri fenomeni di mal-amministrazione.

I drivers di corruzione in sanità sono 12, di cui quattro dal lato della domanda sanitaria, e otto dal lato dell'offerta sanitaria.

Dal lato della domanda: Incertezza o debolezza del quadro normativo, asimmetria informativa tra utente e Sistema Sanitario, elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, fragilità nella domanda di servizi di cura.

Dal lato dell'offerta: forte ingerenza della politica nelle scelte tecnico-amministrative, elevata complessità del sistema, ampi poteri e discrezionalità nelle scelte aziendali e ospedaliere, basso livello di accountability del personale pubblico, bassi standard etici degli operatori pubblici, asimmetria informativa tra Sistema Sanitario e fornitori privati, crescita della sanità privata, scarsa trasparenza nell'uso delle risorse.

In particolare emergono criticità dalla frammentazione del quadro regolamentare a livello regionale e sub-regionale; dall'abuso della decretazione di urgenza; dall'esplosione del contenzioso, giustificato o strumentale. Anche la nuova legge anticorruzione (L.190/12) e i decreti attuativi presentano elementi di criticità, riducendo alcune pene edittali - e di conseguenza i termini di prescrizione, ignorando alcune fattispecie penali, e non tutelando adeguatamente i whistleblower.

La complessità organizzativa ed il decentramento rendono più difficile effettuare i controlli, e genera una parcellizzazione delle risorse e moltiplicazione dei centri di potere discrezionale, anche ai livelli più bassi della struttura amministrativa.

L'asimmetria informativa espone al rischio di corruzione il cittadino, debole e poco informato rispetto al medico che agisce in sua vece rispetto al SSN, determinando la domanda e l'offerta sanitaria. L'asimmetria espone al rischio anche le aziende, soprattutto quelle che investono in R&D, che si trovano a confrontarsi con funzionari impreparati o incompetenti, limitando quindi le scelte del SSN sulla base di criteri di selezione inadeguati, insufficienti, obsoleti o inutili, a seconda dei casi. L'infungibilità è un altro driver di rischio, perché permette di bypassare le procedure ad evidenza pubblica.

L'affidamento ai privati convenzionati di porzioni sempre crescenti di sanità pubblica aumenta il rischio di corruzione a causa del conflitto naturale di interessi - di profitto per il privato e di riduzione dei servizi sanitari, idealmente investendo sulla prevenzione, e di costi da parte del SSN. La debolezza dei sistemi di controllo e l'elevato potere economico-politico che ruota attorno a tali affidamenti portano a schemi pericolosi di grand corruption, come si è visto in numerose regioni.

La politica ha esondato in sanità, superando i normali confini di indirizzo e di controllo e di nomina dei soggetti apicali delle strutture sanitarie, alterando la buona amministrazione nei settori delle nomine, degli appalti e degli accreditamenti privati, in alcuni casi arrivando a controllare l'intero sistema sanitario regionale.

Il senso civico e l'integrità del settore sanitario devono essere rafforzati. Il whistleblowing, ovvero il riportare situazioni illecite o sospette per prevenire la corruzione nella pubblica amministrazione, disciplinato dalla legge 190/12, viene considerato dagli intervistati nel settore sanitario come strumento di delazione – anziché prevenzione – e fonte di tensione tra il personale. "L'analisi strutturale della spesa sanitaria regionale [...] appalesa la necessità di una attenta promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica anche in questo settore", afferma la Relazione Garofalo.

Il personale del sistema sanitario può approfittare di un basso livello di accountability per le proprie azioni, un incentivo a violare le regole. I sistemi interni di valutazione soffrono di corporativismo e autotutela che di fatto riducono la capacità di controllo. Le valutazioni dei dirigenti sono quasi sempre molto positive, indipendentemente dalla qualità dei servizi erogati o dai risultati della gestione economico-finanziaria dell'ente. Pur assistendo a una diffusione di codici di condotta e standard etici volontari, questi raramente contengono misure efficaci in termini di poteri d'indagine e sanzionatori, nonché di protezione per coloro che denunciano illegalità.

La trasparenza, ad oggi, rimane una buona intenzione, anche se le recenti norme stanno spingendo in modo deciso verso una maggiore trasparenza della PA. Rimane il problema.

Analisi quantitativa

Il tasso medio stimato di corruzione e frode in sanità è del 5,59%, con un intervallo che varia tra il 3,29 e il 10% (Leys e Button 2013). Per la sanità Italiana, che vale circa 110 miliardi di Euro annuo, questo si tradurrebbe in circa 6 miliardi di euro all'anno sottratti alle cure per i malati.

Il rischio di corruzione nell'acquisto di dispositivi per terapia meccanica, radiologica, elettrica e fisica è pari al 11-14%, secondo uno studio di PriceWaterHouseCooper (PwC 2013).

Nella percezione dei cittadini, la sanità (in particolare i servizi che seguono le gare e gli appalti) è un settore corrotto. Il 40% degli Italiani intervistati - contro il 30% della media UE - ritiene che la corruzione sia diffusa tra coloro che lavorano nel settore della salute pubblica, percentuale che sale al 59% per i funzionari che aggiudicano le gare d'appalto (media UE 47%), superati solo dai politici a livello nazionale (67% Italia, 57% UE).

Secondo il Bribe Payers Index 201110 la sanità si colloca al settimo posto, ma è probabilmente il settore in cui i cittadini, specie i più deboli, pagano, anche con la vita, i costi altissimi della corruzione.

Lo spreco di denaro pubblico negli appalti pubblici corrotti o sospetti (i casi con sospetta corruzione) è pari al 18% del budget complessivo dell'appalto, di cui il 13% deriva dal costo diretto della corruzione, sostiene PWC.

Le criticità

I casi analizzati nell'ambito di cinque ambiti (nomine, farmaceutica, procurement, negligenza, sanità privata) hanno evidenziato le seguenti problematiche:

- **NOMINE:** ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze;
- **FARMACEUTICA:** aumento artificioso dei prezzi, brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli;
- **PROCUREMENT:** gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate;
- **NEGLIGENZA:** scorrimento liste d'attesa, dirottamento verso sanità privata; false dichiarazioni (intramoenia); omessi versamenti (intramoenia);
- **SANITÀ PRIVATA:** mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni DRG, falso documentale."

In ambito sanitario, l'obiettivo primario è la salute dei cittadini che, in un sistema di programmazione e di controllo delle Aziende Sanitarie (Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere Universitarie e lo IOV-IRCSS) del sistema sanitario regionale, si proiettano verso una prospettiva manageriale che tiene conto dell'efficacia dei propri processi sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, e dell'efficienza, che invece considera l'economicità dei costi e l'ottimizzazione di tutti i fattori, compresi quelli tecnici. È doveroso proteggere il "sistema sanità" dal dissesto economico e da tutte le interferenze di natura

interna ed esterna, anche nelle realtà gestionali pubbliche più piccole, pena la continua violazione dei diritti costituzionali.

Il comportamento, inteso come la condotta nelle scelte, negli obiettivi e nel controllo delle prime e dei secondi, richiede la presa di consapevolezza di un agire all'interno della cosa pubblica secondo trasparenza, legalità, performance, ragionevolezza, accessibilità, tracciabilità e comprensibilità. Solo così i sottoinsiemi proteggono l'insieme "sistema sanità" e si può garantire l'accesso e la fruibilità di tutti i Diritti riconosciuti dalla nostra Carta Costituzionale.

Il "sistema sanità" è il maggior capitolo di spesa a carico delle Regioni ed è uno dei fondi a maggior impatto sulle finanze pubbliche italiane. Gestire questi fondi significa non solo mettere al bando processi di sprechi, ma produrre salute secondo una logica di efficacia ed efficienza che deve tener conto non semplicemente del singolo, ma anche della collettività. Il sistema sanitario è caratterizzato da fattori di rischio unici e da una innata complessità che lo rendono particolarmente suscettibile alla corruzione. Ciò è dovuto ad una asimmetria informativa, a un largo numero di attori con interessi, ad un mix di attività privata e pubblica e all'ampia disponibilità di finanziamenti aggredibili.

La corruzione nel settore sanitario è molto più pericolosa che in altri settori. La corruzione viola i diritti degli individui e della comunità e quando questa penetra nel tessuto sanitario non crea solo un breakdown del sistema, ma colpisce profondamente gli outcomes e le performances. La corruzione nel settore sanitario ha impatti negativi sull'accesso ai servizi sanitari, sulle infrastrutture, sul finanziamento e sui determinanti sociali della salute stessa, comportando un'inflazione per i servizi sanitari. Perciò non si può ritenere che tali danni siano solo a carico della salute del singolo cittadino.

Oltre 23 miliardi. È il costo finale di corruzione, sprechi, inefficienze per la sanità italiana. In senso stretto la corruzione, in realtà, manda in fumo ogni anno circa 6,4 miliardi che generano un effetto moltiplicatore sull'intero sistema: la 'corruption' totalizza così 23,6 miliardi l'anno e può essere addirittura maggiore. Sono alcuni dati del Libro bianco Ispe-Sanità sulla 'Corruption' e il Rapporto Trasparency-Rissc su 'Corruzione e sprechi in sanità', presentati nel corso dell'Assise nazionale sull'etica in sanità pubblica, organizzato da Ispe Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e Transparency International con il supporto di Rissc.

In tema di corruzione in sanità la geografia conta. Da un'indagine europea dell'università di Gothenburg, riportata nel Libro bianco emerge che, su 18 Paesi, l'Italia occupa la III posizione per attendibilità dei media sulla corruzione, l'11esima per segnalazioni dei cittadini di "pagamenti di corrispettivi non dovuti" e 10ma nell'indicatore generale di "corruzione in istruzione, sanità e servizi pubblici".

La stessa indagine indica differenze regionali importanti nella sanità italiana; l'indicatore più generale di 'corruzione nei servizi pubblici' vede nelle posizioni più lusinghiere Bolzano (13), Valle d'Aosta (18), Trento (20) e nelle ultime posizioni Sicilia (148), Calabria (154) e Campania (157).

Valutazione di impatto del contesto interno

L'organizzazione dell'Istituto è descritta nella sezione 3 del documento a cui si fa rinvio, confermando che il RPCT ha collaborato all'analisi del contesto interno con la UOS Controllo di Gestione che si occupa di performance.

Mappatura dei processi sensibili

Costituisce l'individuazione e analisi dei processi organizzativi volti al raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

Sotto il versante dell'analisi dei processi, al fine di garantire la redazione della sezione dell'anticorruzione e della trasparenza il più possibile aderente alla realtà istituzionale, è stato avviato un iter di rilevazione delle attività che possono risultare di interesse per le finalità di cui alla Legge n. 190 del 2012 e che si protrarrà per il triennio 2024-2025-2026, tenuto conto della implementazione del personale amministrativo in dotazione allo IOV e del forte turnover in alcune Unità Operative amministrative dello stesso che non ha garantito continuità e conoscenza dello sviluppo dei processi nel tempo.

È stato acquisito un software per incrementare il grado di automazione e digitalizzazione dei processi per consentire di aumentare l'efficacia, l'efficienza dei processi amministrativi e il coordinamento delle attività di monitoraggio con il sistema dei controlli interni, nonché di soddisfare esigenze di semplificazione, così come previsto negli "Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza" approvato da ANAC in data 2 febbraio 2022. Tale software necessita di essere personalizzato alla realtà dell'Istituto e la sua implementazione è stata avviata con il supporto dell'Ufficio Accreditamento e Qualità.

L'obiettivo della mappatura: l'intera attività amministrativa e di ricerca svolta dall'amministrazione viene gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. La mappatura del processo avviene attraverso:

- elencazione dei processi o macro – processi;
- individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative che intervengono;
- individuazione del/dei process owner;
- indicazione dell'origine del processo (input) e del risultato atteso (output);
- descrizione della sequenza delle attività poste in essere, evidenziando tempi, vincoli, risorse e interrelazioni tra i processi e individuazione dei rischi;
- il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative;
- descrizione dei controlli relativi alle diverse fasi, se previsti;
- indicazione delle criticità eventualmente emerse durante la mappatura;
- misure di trattamento del rischio;
- monitoraggio e riesame.

Tale mappatura è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio.

Fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali.

L'identificazione dei processi IOV utilizzata nel presente Piano è quella generata da Internal audit delle Aziende del SSR., fino a quando sarà completata la mappatura dei processi nell'applicativo acquisito. La lista dei processi viene allegata al presente Piano. (ALLEGATO A)

Continuerà ad essere sviluppato nel triennio 2024-2025-2026 un approfondimento graduale di ulteriori elementi di descrizione dei processi, fino al raggiungimento della completezza della descrizione del processo.

L'individuazione delle aree di rischio si pone in linea con quanto evidenziato dalla Determinazione n. 12/2015 di ANAC e ha la finalità di focalizzare l'attenzione su quegli ambiti all'interno dell'attività dell'intera Azienda che debbono essere presidiati più di altri mediante l'attuazione di misure di prevenzione.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

A	Acquisizione e gestione del personale
B	Contratti pubblici
C	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
D	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
E	Incarichi e nomine
F	Affari legali e contenzioso
G	Pianificazione e programmazione
I	Attività libero professionale
L	Liste di attesa
M	Gestione dei sinistri in autoassicurazione
N	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie
O	Ricerca scientifica in ambito medico, sperimentazioni e sponsorizzazioni
P	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

La valutazione del rischio si articola in 3 fasi

1. **L'identificazione del rischio:** individuazione dei comportamenti o fatti (anche ipotetici) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo (fonti informative: procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, ecc.; interviste/incontri con il personale, workshop e focus group, benchmarking con amministrazioni simili; ecc.);
2. **Analisi del rischio** al fine di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati (attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione) e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio;

3. **Ponderazione del rischio**, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, per definire:
- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
 - le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Fase 1: Identificazione del rischio

L'intero processo di gestione del rischio si fonda sulla partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili, dei Dirigenti delle strutture aziendali, e anche di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Si ritiene di ricorrere, anche per l'anno 2024, a forme di autovalutazione da parte dei Responsabili delle Unità Operative coinvolte nello svolgimento del processo (cd self assessment) le cui valutazioni devono esplicitare le motivazioni del giudizio espresso e fornire le evidenze a supporto. Il RCPT ha il compito di vagliare le valutazioni dei responsabili.

Considerata la complessità delle attività svolte dall'Istituto, e data la essenziale flessibilità e modificabilità del Piano, che deve essere resiliente alla concreta esperienza applicativa, la rilevazione suddetta sarà costantemente aggiornata e sarà soggetta ad aggiornamento periodico.

Con riferimento al sistema di controllo preventivo da costruire in relazione al rischio di commissione delle fattispecie di reato previste dalla legge 190/2012, il modello da raggiungere nel corso del tempo è rappresentato da un sistema di prevenzione tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente. In altre parole il modello organizzativo e le relative misure devono essere tali che l'agente non solo dovrà "volere" l'evento reato, ma potrà attuare il suo proposito criminoso soltanto aggirando fraudolentemente le indicazioni dell'Istituto. L'insieme delle misure che l'agente, se vuole delinquere, sarà costretto a "forzare" dovrà essere realizzato in relazione alle specifiche attività dell'ente considerate a rischio ed ai singoli reati ipoteticamente collegabili alle stesse.

Fonti informative utilizzabili per l'identificazione degli eventi rischiosi

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni/ enti simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno, individuate nel presente Piano;
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RUP o provenienti dalla società civile sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT);
- le esemplificazioni elaborate dall'Autorità per il comparto sanità;

- il registro di rischi da implementare con i processi in corso di definizione con i responsabili delle Unità Operative interessate.

Il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi avviene nel "registro degli eventi rischiosi", nel quale saranno riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Il registro è oggetto di implementazione dell'applicativo acquisito nel 2022.

Per ogni processo sarà individuato almeno un evento rischioso in relazione:

- eventi rischiosi per processo
- eventi rischiosi per singola fase/attività

Fase 2: Analisi del rischio corruttivo

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo: il primo è quello di pervenire a un'analisi approfondita degli eventi rischiosi identificati attraverso l'analisi dei c.d. fattori abilitanti della corruzione, il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Fattori abilitanti del rischio corruttivo:

- 1) mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli): in fase di analisi viene verificato se siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- 2) mancanza di trasparenza;
- 3) eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- 4) esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- 5) scarsa responsabilizzazione interna;
- 6) inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- 7) inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- 8) mancata attuazione del principio di separazione di funzioni di "programmazione o di governo" dalle funzioni di gestione.

Gli indicatori di stima del livello di rischio:

- a. livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- b. grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- c. manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;

- d. opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- e. livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- f. grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi

Dalla valutazione combinata dei fattori abilitanti e degli indicatori di stima, scaturisce la metodologia Key Risk Indicators (KRI), utilizzata per la misurazione del rischio, articolata su una scala di n. 3 livelli di rischio, in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti:



Fase 3: Ponderazione del rischio

La fase della ponderazione del rischio consiste nell'agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione.

- Appare necessario prendere in considerazione sia le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione del rischio, sia le priorità di trattamento dei rischi, in coerenza con gli obiettivi dell'Amministrazione e con il contesto in cui la stessa opera. A tal scopo, in aderenza alla norma UNI ISO 37001:2016, in linea con le fonti normative in materia, si orienta nella prevenzione della corruzione attraverso possibili **azioni**, da attivare contestualmente, compatibilmente con le risorse organizzative a disposizione:
- nel fissare obiettivi collegati alla prevenzione della corruzione e comunicare a tutto il personale in modo chiaro;
- nell'investimento in adeguate risorse di supporto;
- nel reclutamento di personale con adeguate competenze;
- nella formazione di tutto il personale per creare una cultura organizzativa contraria alla corruzione;
- nella gestione e il controllo dei flussi di comunicazione, sia interni che in ingresso/uscita;
- nella predisposizione di adeguata documentazione finalizzata a rendere più efficace il controllo del rischio e di migliorare la diffusione di prassi, procedure e comportamenti coerenti con la politica di prevenzione della corruzione;
- nei controlli sulla conformità dei processi ai criteri identificati per contenere i rischi di corruzione;
- nella conservazione di tracce documentate sugli esiti dei controlli in modo da avere evidenza che i processi vengano svolti come pianificato.

La mappatura dei rischi e delle misure di prevenzione è riportata nell'allegato B.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure individuate per abbattere il rischio corruttivo, nel triennio 2022-2023-2024, seguono le seguenti generali e specifiche:

Misure generali:

- trasparenza
- codice di comportamento
- rotazione del personale
- rotazione straordinaria del personale
- misure di disciplina del conflitto di interesse
- svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali
- inconfiribilità/incompatibilità
- pantouflage
- patti di integrità negli affidamenti
- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.
- tutela del Whistleblower
- formazione del personale

Esse hanno carattere trasversale e coinvolgono la generalità delle strutture. Nel corso dell'anno, ne verrà verificata l'attuazione, su programmazione e controllo a cura della RPCT, e secondo le indicazioni individuate nella metodologia di verifica di cui al presente Piano.

Codice di comportamento

Lo IOV-IRCCS ha adottato, ai sensi dell'art. 54, co. 5 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV, il codice di comportamento dei dipendenti e approvato con delibera del Direttore generale n. 568 del 27.09.2018.

Con delibera del Direttore Generale n. 1066 del 21.12.2023 ed è adottato l'aggiornamento del codice di comportamento dello IOV, predisposto dal RPCT in condivisione dell'UPD a seguito della pubblicazione del DPR 13.06.2023 n. 81 di integrazione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n. 62 del 2013 e delle Linee Guida adottate dall'A.N.A.C. approvate da ultimo con delibera n. 177/2020, previo parere dell'OIV. Il codice è stato pubblicato nel sito istituzionale per la procedura partecipativa per garantire la massima condivisione degli stakeholders e alla scadenza del termine per la presentazione delle osservazioni l'aggiornamento del codice di comportamento verrà approvato con delibera del Direttore Generale e pubblicato nel sito istituzionale a cura del RPCT, unitamente alla relazione illustrativa e trasmesso ad ANAC.

Il Codice si applica a tutto il personale dipendente dell'Istituto, compreso quello con qualifica dirigenziale, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale.

Gli obblighi di condotta previsti dal Codice, sono estesi, in quanto compatibili, a tutti i collaboratori o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico ed a qualsiasi titolo), nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze e dei servizi, l'Istituto inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Vigilano sull'applicazione del Codice, ai sensi dell'art. 54, comma 6, del D. Lgs. n. 165 del 2001, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura e l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (art. 17 del Codice di Comportamento dello IOV).

Il controllo sul rispetto dei codici da parte dei dirigenti, nonché sulla mancata vigilanza da parte di questi ultimi sull'attuazione dei codici presso le loro strutture, è svolto dal soggetto sovraordinato che attribuisce gli obiettivi ai fini della misurazione e valutazione della performance, con la conseguente incidenza sulla determinazione ed erogazione della retribuzione di risultato.

È regolarmente costituito l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Il Codice di comportamento costituisce una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, all'interno dell'Amministrazione ed elemento essenziale del PTPC. Ai sensi di quanto previsto dal comma 7 dell'art. 54, D. Lgs. n. 165/2001 e delle previsioni di cui al comma 1, art. 15 del Codice di comportamento, il RPCT effettua annualmente il monitoraggio sull'applicazione del Codice di comportamento.

La rotazione del personale

L'applicazione del principio di rotazione nell'ambito sanitario presenta particolari criticità, specie in enti dall'organico altamente specialistico come l'Istituto. Sebbene misura di prevenzione della corruzione imprescindibile, va comunque attuata in modo non confliggente con l'ottimale funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Ente e correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità del servizio pubblico erogato e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico, in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione .

La rotazione dei dirigenti sanitari è pertanto difficile, se non impossibile, in quanto figure c.d. "infungibili" il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi. Vi è da considerare inoltre lo stretto rapporto di collaborazione scientifica che lega l'Istituto e l'Università degli Studi di Padova e che si esplicita anche della designazione condivisa di alcune figure apicali all'interno dell'Istituto stesso.

Come evidenziato nella sezione Sanità del PNA 2016 e nel PNA 2018, il settore clinico è sostanzialmente vincolato non solo dal possesso di titoli e competenze ma anche da expertise consolidate che inducono a considerare un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi, professionali, tecnici richiedono anch'essi in molti casi competenze specifiche.

Vista, inoltre, la particolare limitatezza della dotazione organica dirigenziale dell'area professionale, tecnico-amministrativa, e il frequente turn over anche del personale del comparto, il processo di rotazione potrà essere consolidato nel momento in cui la dotazione stessa sarà implementata, procedendo comunque alla cd. segregazione di funzioni, che comporta il frazionamento delle fasi della procedura e la riconduzione di ciascuna in capo a soggetti distinti.

In termini generali è opportuno rilevare come la rotazione del personale, In ottemperanza alle indicazioni di ANAC, quindi, è demandato alla UOC Gestione Risorse Umane la valutazione della sussistenza della possibilità di elaborazione di una disciplina specifica elaborata di concerto con le strutture interessate da sottoporre all'approvazione di un provvedimento del Direttore Generale di adozione di un Piano di rotazione del personale.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza può, in ogni momento, comunque sottoporre richiesta di ottenere un report sulle misure adottate ai Responsabili delle strutture/unità.

La rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria costituisce una misura di carattere cautelativo da attuarsi nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (ex art. 16 comma 1, lett. L-quater D.Lgs. n. 165/2001).

I Dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture procedono, comunque, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva (cd. rotazione straordinaria).

In ordine a tale istituto, l'A.N.AC. è intervenuta con la Delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ad oggetto "Linee guida Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 45 2001" fornendo alle amministrazioni, tra l'altro, indicazioni sia sull'ambito soggettivo di applicazione, sia sull'ambito oggettivo, che si richiamano integralmente.

Detta misura dovrà essere prevista nella disciplina specifica relativa alla rotazione del personale da adottare.

Previsione di adozione di specifiche misure di contenimento dei rischi corruttivi alla luce del nuovo codice degli appalti.

La UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica e la UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali elaborano con l'ausilio del responsabile dell'Internal Auditing e del RPCT delle misure di contenimento dei rischi corruttivi in materia di appalti di lavori, servizi e beni, distinti per fasi di affidamento e fase di esecuzione, oltre a quelle già individuate nella presente sezione del Piano.

Misure di disciplina del conflitto di interessi

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in caso di conflitto di interessi previsto dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 bis nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, dagli articoli 42 e 80 del d.lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii., nonché dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e di quello aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite nel Codice di comportamento aziendale.

I conflitti di interesse devono essere resi noti con immediatezza, attraverso una dichiarazione scritta da inviarsi al proprio responsabile.

Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono, comunque, l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

Per conflitto di interesse, reale o potenziale oppure apparente, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti, persone fisiche o giuridiche, che sia o possa risultare o appaia di pregiudizio per l'Istituto, in particolare quanto al danno all'immagine.

I Responsabili delle unità organizzative devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente la propria struttura al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La misura per la gestione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici è costituita dal sistema di dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle successive verifiche e valutazioni svolte dall'Istituto e dall'obbligo di astensione in caso di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

Per i contratti che non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali, il RUP e i commissari di gara hanno sempre l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara.

Il RUP deve attestare all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi, ovvero la ricorrenza di situazioni di conflitto tali, però,

da non pregiudicare la procedura; ovvero la ricorrenza di significative situazioni di conflitto, a seguito delle quali sono state adottate specifiche misure di riduzione/eliminazione del rischio.

In data 29/12/2022 è stata approvata con il sistema Qualità la Procedura "Trattamento del conflitto d'interessi" (I_TA_P01) Rev00. Tale procedura è stata aggiornata in data 21.12.2023 (I_TA_P01) Rev 01.

Svolgimento di attività e incarichi extraistituzionali

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo nell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Istituto Oncologico Veneto ha adottato il Regolamento per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali e sulla disciplina delle incompatibilità ai sensi dell'art. 53 del d. lgs. 165/2001 e ss.mm.ii, approvato con delibera del Direttore Generale n. 561 del 27/09/2018.

Quanto alle attività e incarichi extra-istituzionali, fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'Istituto è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate.

I Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere/nulla osta di competenza, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva; l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebito percettore.

Alla stregua delle modifiche apportate dalla legge 190/2012:

- i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente all'Ente anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione allegato al regolamento aziendale;
- l'irrogazione di sanzioni disciplinari per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o allo svolgimento di incarichi/attività extra-istituzionali di cui all'art. 53, d.lgs. 165/2001.

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190" individua agli articoli 3 e ss. le fattispecie di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, disponendo, all'articolo 17, la nullità degli incarichi

conferiti in violazione delle disposizioni in esso contenute e, all'articolo 19, la decadenza dai medesimi in caso di incompatibilità.

L'articolo 18 del D. Lgs. n. 39/2013 succitato, prevede, inoltre, le sanzioni da applicare nei casi di conferimento di incarichi poi dichiarati nulli, stabilendo, al co. 2, che "I componenti degli organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli non possono per tre mesi conferire gli incarichi di loro competenza"

Ruolo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

A.N.AC. con delibera n. 833 del 3 agosto 2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili" ha specificato, tra l'altro, conformemente all'orientamento giurisprudenziale determinatosi sul tema, il ruolo del RPCT all'interno del D. Lgs. n. 39/13, quale soggetto titolare di una generale funzione di vigilanza sul rispetto delle disposizioni di cui al predetto decreto ed unico soggetto deputato ad avviare il procedimento di contestazione della situazione di irregolare conferimento di un incarico per violazione della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità, obbligato, al contempo, a segnalare tali violazioni direttamente all'A.N.A.C.

L'attività che il RPCT deve svolgere, si compone di due distinti accertamenti:

- 1) il primo di tipo oggettivo, avente ad oggetto l'accertamento della violazione delle disposizioni sulle inconferibilità;
- 2) il secondo destinato a valutare l'elemento psicologico della colpevolezza in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'eventuale applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del del D. Lgs. n. 39/2013.

Accertata, quindi, la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il RPCT dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, anche lieve, in capo ai soggetti che all'atto della nomina componevano l'Organo che ha conferito l'incarico, ai fini della applicazione della sanzione inibitoria prevista all'art. 18.

Come chiarito dalla giurisprudenza amministrativa, a fronte della accertata violazione delle norme in tema di inconferibilità, il RPCT è tenuto a dichiarare la nullità dell'incarico conferito: tale potere ha natura vincolata, in quanto correlato al mero riscontro della inconferibilità dell'incarico.

Le Linee Guida si soffermano inoltre sui compiti del RPCT nell'avvio del procedimento di accertamento della causa di incompatibilità. In relazione a tale ipotesi, l'art. n. 19 prevede la decadenza e la risoluzione del contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Anche in questo caso l'accertamento è di tipo oggettivo, essendo sufficiente il mero accertamento della sussistenza di una causa di incompatibilità.

La violazione delle disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013 costituisce una delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione che, in base all'art. 1, co. 7,

della Legge n. 190/2012, come modificata dal D. Lgs. n. 97/2016, il RPCT deve segnalare all'Organo di indirizzo e all'OIV, indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti responsabili della scorretta attuazione della misura.

Attività successive alla cessazione del servizio - pantouflage

Con riferimento all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage), in ottemperanza alle modifiche apportate dalla L.190/2012 all'art. 53 del D.Lgs.165/2001, nei contratti di assunzione del personale deve essere inserita la clausola che prevede il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Deve essere inserita:

- un'apposita clausola all'interno dei contratti di nuova assunzione e di conferimento di incarico dirigenziale, nonché nei moduli di recesso, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere nei tre anni precedenti alla 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 della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro.
- in caso di soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013 previsione di una dichiarazione da rendere una tantum o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- 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 ad ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016;
- inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere a enti privati, come pure nelle Convenzioni comunque stipulati dall'Amministrazione di un richiamo esplicito alle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001.

Il divieto di pantouflage si applica a:

- ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
- ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato
- ai titolari di incarichi di cui all'art. 21 del d. lgs 39/2013

Rientrano nei “poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni”, sia provvedimenti afferenti specificamente alla conclusione di contratti per l’acquisizione di beni e servizi per la PA, sia provvedimenti adottati unilateralmente dalla pubblica amministrazione, quale manifestazione del potere autoritativo, che incidono, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Si rinvia alle Linee Guida in fase di elaborazione da parte di ANAC non appena adottate.

La Regione Veneto, con DGRV n. 1822 del 29 dicembre 2020 ha approvato le clausole-tipo da inserire nei bandi di gara e/o nei contratti per l'applicazione del Protocollo di legalità sottoscritto in data 17 settembre 2019 e delle ulteriori clausole-tipo da inserire nella documentazione di gara e contrattuale.

Come da indicazioni della Regione Veneto di cui alla PEC del 14 ottobre n. prot. 479297 il Patto di legalità sottoscritto dalla Regione Veneto con le Prefetture, l’ANCI Veneto e l’UPI Veneto è scaduto ma rimangono applicabili le istruzioni operative cui attenersi nella predisposizione dei bandi di gara e della relativa documentazione contrattuale in ordine alle procedure di affidamento previste nello stesso Protocollo di legalità, ancorché scaduto.

Le clausole approvate con la DGRV n. 1822/2020, che vengono richiamate dal presente Piano, sono valide, efficaci ed applicabili direttamente dallo IOV, con valenza di “Patto di integrità” purché specificamente accettate dall’operatore economico in sede di gara.

Patti di integrità negli affidamenti

Nello specifico settore dei contratti pubblici, il Responsabile della UOC Provveditorato, Economato e gestione della Logistica e il dirigente della UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali provvedono a:

monitorare il rispetto del principio di ripartizione dei ruoli – funzioni nell'ambito di ciascun sotto-processo di acquisto/ affidamento di lavori:

- verificare l'inesistenza di conflitti di interesse in capo ai soggetti richiedenti/utilizzatori i beni, lavori, servizi, nonché in capo ai componenti le commissioni giudicatrici, i gruppi tecnici nominati per la stesura dei capitolati, etc;
- inserire nei bandi/capitolati/contratti le clausole di cui al protocollo di legalità sottoscritto dalla Regione del Veneto in data 10 dicembre 2020 con valenza di patto di integrità;
- verificare che sia rispettato il percorso autorizzativo prestabilito per ciascuna tipologia di bene/servizio/lavoro prima di dare l'avvio all'iter di acquisizione;
- verificare che la documentazione comprovante l'esclusività di un prodotto sia esaustiva, circostanziata e, se possibile, supportata da indagini di mercato e studi scientifici.
- procedimentalizzare la fase di consultazione preliminare del mercato, al fine di rispettare il principio di trasparenza;
- pubblicare tempestivamente la programmazione dei lavori/degli acquisti, secondo fabbisogni vagliati e autorizzati dal responsabile della Struttura competente.

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimenti di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione

L'art. 35-bis con rubrica "Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici", introdotto, nel corpo normativo del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, dal comma 46 dell'art. 1 della Legge n. 190/2012 dispone che:

- "1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale: a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi; b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati; c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.
- 2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

Qualora, a seguito dell'acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000, prima dell'assunzione degli incarichi di cui alle lettere a), b), c), comma 1, art. 35-bis, risultino precedenti penali per reati contro la P. A. a carico del soggetto, non potranno essere allo stesso conferiti gli incarichi di componente di commissione di cui alle lettere a) e c) o effettuate le assegnazioni agli uffici di cui alla lettera b) dell'art. 35-bis, co. 1 del D. Lgs. n. 165/2001.

Formazione del personale

La formazione è fondamentale per sviluppare la cultura della legalità, deve essere diretta ad un maggior numero di dipendenti e diretta ad un programma formativo sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

Il programma di formazione va ad approfondire le norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione ed in particolare i contenuti della Legge n. 190 del 2012 e della legge n. 179 del 2017, delle misure adottate dall'Istituto per prevenire i fenomeni corruttivi, gli aspetti etici e della legalità dell'attività oltre ad ogni tematica che si renda opportuna e utile per prevenire e contrastare la corruzione.

Si rinvia alla sezione della Formazione del presente PIAO.

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti - whistleblowing

La segnalazione/denuncia ritenuta necessaria di condotte illecite consente l'emersione di fatti e comportamenti corruttivi. Il whistleblower (o "sentinella civica") assume un ruolo decisivo e strategico per l'efficacia della lotta alla corruzione, in ragione del fatto che la denuncia alle autorità

competenti esterne all'amministrazione o la segnalazione al RPCT dell'amministrazione interessata creano nel medio e lungo termine un ambiente sfavorevole all'assunzione di comportamenti devianti dalla cura dell'interesse generale. Per promuovere tali comportamenti proattivi l'Amministrazione garantisce al segnalante un'adeguata tutela della riservatezza sulla propria identità e sul contenuto della segnalazione e dell'annessa documentazione.

Come inviare una segnalazione

- La segnalazione deve essere "spontanea"
- non riguarda doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza del Servizio Personale
- la segnalazione anonima, ove circostanziata è equiparata a segnalazione ordinaria e trattata conseguentemente

Inoltre è possibile inoltrarla sia in modalità digitale/informatizzata sia in modalità tradizionale (cartacea).

Nella segnalazione devono essere indicati:

- la denominazione e i recapiti del whistleblower nonché, se posseduto, l'indirizzo di posta elettronica certificata;
- i fatti oggetto di segnalazione e l'Amministrazione in cui sono avvenuti;
- l'Amministrazione cui appartiene il whistleblower e la qualifica/mansione svolta;
- una descrizione delle ragioni connesse all'attività lavorativa che hanno consentito la conoscenza dei fatti segnalati;
- l'indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione;
- l'indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti;
- ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.

Modalità digitale

Nel rispetto della disciplina innovata dal D.lgs 24/23, la Piattaforma Whistleblowing PA, sistema digitale gratuito per gestire le segnalazioni di illeciti nella P.A a cui lo IOV ha aderito è stata aggiornata.

L'utilizzo della piattaforma informatica agevola l'espletamento degli accertamenti da parte degli istruttori, consentendo l'interlocuzione diretta con il segnalante, senza la necessità che sia acquisito il suo nominativo.

È quindi possibile collegarsi alla piattaforma dedicata, accessibile dal sito istituzionale IOV, cliccando alla voce "Amministrazione trasparente->Prevenzione della corruzione->Segnalazione di presunti illeciti o irregolarità", raggiungibile al seguente link:

<https://www.ioveneto.it/istituzionale/amministrazione-trasparente/segnalazione-presunti-illeciti-irregolarita-cd-whistleblowing>

la quale garantisce la possibilità di segnalare le condotte illecite in totale anonimato tecnologico;

Nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti.

In alternativa, ed in via residuale, è possibile inoltrare una segnalazione anche in modalità tradizionale-cartacea:

- compilando e seguendo le istruzioni del modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Istituto, rinvenibile al link: <https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/03/Modulo-per-la-segnalazione-di-condotte-illecite-da-parte-del-dipendente-pubblico.pdf>
- inviandolo successivamente, a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, all'indirizzo sottostante in una busta chiusa, avendo cura che di riportare all'esterno la dicitura "All'attenzione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza riservata/personale", come descritto nel modulo stesso:

Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza IOV – S.P.M.

Via Gattamelata nr. 64

35128 Padova

La segnalazione ricevuta da un responsabile/dirigente dell'Istituto deve essere tempestivamente inoltrata, a cura del ricevente e nel rispetto delle garanzie di riservatezza, al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza al quale è affidata la sua protocollazione in via riservata e la tenuta del relativo registro.

Qualora il whistleblower rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della segnalazione interna non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

Quando il destinatario della segnalazione è il RPCT:

entro 15 giorni lavorativi, verifica la fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, inclusa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati.

Può avvalersi del supporto e della collaborazione delle competenti strutture dell'Istituto e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni (tra cui la Corte dei Conti, la Guardia di Finanza, l'Agenzia delle Entrate, etc.).

Entro 60 giorni dalla data di avvio dell'istruttoria, qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà:

- a presentare denuncia all'autorità giudiziaria competente;

- a comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata affinché sia espletato l'esercizio dell'azione disciplinare;
- a comunicare l'esito dell'accertamento alla Direzione dell'Istituto e alle strutture competenti affinché adottino gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela dell'Istituto.

Misure specifiche:

Sperimentazioni cliniche

Lo IOV ha approvato, con deliberazione del Direttore Generale n. 436 del 1/06/2021, **il regolamento per lo svolgimento delle sperimentazioni profit e no-profit dell'IRCCS- IOV**, al fine di:

- razionalizzare il processo con evidenza di trasparenza nei percorsi di sperimentazione anche sotto gli aspetti di tracciabilità economica;
- assicurare coerenza delle attività di ricerca ai percorsi assistenziali ed organizzativi dell'Istituto Oncologico Veneto IRSS, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali, garantendo la massima tutela dei diritti dei pazienti coinvolti nelle attività di ricerca;
- assicurare ai professionisti una corretta conduzione della ricerca, anche attraverso
- l'attività di monitoraggio e rendicontazione;
- assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza, nonché l'equa ripartizione delle risorse economiche conseguenti alla conduzione di ricerche o sperimentazioni.

Quanto alla ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazioni, in conformità alle disposizioni contenute nel PNA 2016 e richiamate dal PNA 2019, lo IOV ha sottoscritto gli accordi sindacali, per il comparto nel mese di ottobre 2020 e per la dirigenza nel mese di gennaio 2021, sulle modalità di remunerazione dell'attività diretta e indiretta erogata dal personale dipendente nello svolgimento delle sperimentazioni cliniche profit, tali accordi sono resi pubblici in Amministrazione Trasparente.

Il regolamento vigente prevede che a chi ha condotto la sperimentazione, può essere riconosciuto un compenso orario per l'attività aggiuntiva destinata alla sperimentazione e prestata al di fuori dell'orario di servizio assistenziale.

Gli accordi sindacali predetti prevedono i criteri per la remunerazione dell'attività diretta e indiretta svolta da personale dipendente nell'ambito di sperimentazioni profit.

Nell'ambito del monitoraggio il RPCT può verificare il rapporto tra il volume dell'attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e l'attività istituzionale, oltre che valutare l'elaborazione di appositi indicatori di rischio nella gestione delle sperimentazioni cliniche.

Comodati d'uso

Con DGRV n. 1953 del 23 dicembre 2019 la Regione Veneto ha prescritto l'acquisizione del parere preventivo, obbligatorio e vincolante, della Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (CRITE) per i contratti di concessione di comodato d'uso gratuito di attrezzature sanitarie.

Nel caso in cui l'analisi della proposta di comodato d'uso evidenzi costi a carico dello IOV, connessi all'utilizzo del bene, la struttura competente alla valutazione della proposta deve prendere in considerazione la previsione di eventuali corrispettivi economici in favore del soggetto comodante o comunque di un soggetto predeterminato, in quanto tale vincolo può attribuire all'intera operazione la natura di contratto di appalto, che deve come tale essere gestito secondo le ordinarie procedure di gara.

L' UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica ha l'onere di predisporre un set minimo di dati:

- il richiedente/l'utilizzatore;
- la tipologia della tecnologia;
- gli estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;
- la durata/termini di scadenza;
- il valore economico della tecnologia;
- gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia

In data 5.01.2024 è stata approvata l'Istruzione Operativa del Comodato d'uso (I_DA_IO02) elaborata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza insieme alla UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica

Il RPCT chiede annualmente un report alla UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica sulle percentuali dei beni concessi in comodato d'uso, successivamente acquistati dall'Ente.

Piano dei controlli interni – liste d'attesa

Con DGRV n. 2022 del 28 dicembre 2018, "Aggiornamento dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto", la Regione Veneto, alla luce di quanto disposto con DGRV n. 733 del 29 maggio 2017 che ha attribuito ad Azienda Zero le funzioni afferenti al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza e le liste di attesa e la sicurezza del paziente, ha rivisitato il sistema dei controlli sanitari, fermo restando la funzione di programmazione regionale in materia.

La DGRV n. 2022/2018 si propone di perseguire gli obiettivi di:

- potenziare i controlli interni al fine di migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica, definendo una funzione di "certificazione interna";
- aumentare il livello di omogeneità delle codifiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni, con auspicata riduzione delle contestazioni a livello dei controlli esterni;

- ribadire l'importanza degli organi deputati al controllo (Nucleo Aziendale) da una parte, e di quelli di supervisione e vigilanza (Nucleo Regionale) dall'altra, i quali garantiscono la necessaria imparzialità e omogeneità nello svolgimento dei controlli;
- mantenere il sistema il più possibile esplicito e trasparente grazie alla presenza dei Piani Annuali di Controllo e favorire una sinergia tra la funzione di pianificazione periferica e la funzione di coordinamento regionale.

Pertanto, con DDG n.286 del 30/03/2022, è stata rinnovata la composizione del NAC prevedendo al suo interno la presenza di personale medico, infermieristico e amministrativo.

Il NAC elabora il "Piano annuale dei controlli interni" che deve essere presentato, entro il mese di marzo di ogni anno di riferimento, al Direttore Sanitario che ne curerà la successiva adozione e trasmissione al Nucleo Regionale di Controllo e al l'U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda Zero.

Si rileva che il Piano dovrà comprendere, oltre a tutte le categorie di controllo definite dal provvedimento regionale 2022/2018, e dalle Linee guida per le attività dei Nuclei Aziendali di Controllo approvate con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e sociale n. 93 del 10/09/2021, che andranno adeguatamente esplicitate e motivate.

All'interno del piano sono esplicitate le attività di prevenzione delle azioni in capo ai responsabili del Registro "Unico" dei ricoveri ospedalieri e registro "Unico delle liste operatorie" oltre al verbale dei controlli interni con relazione dei Responsabili delle Liste di attesa affinché sia evidente la verifica annuale del buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni in ottemperanza alla vigente normativa.

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Con Determina n. 12 del 28/10/2015, ANAC ha aggiornato il Piano Nazionale Anticorruzione fornendo indicazioni integrative e chiarimenti con riferimento alla Sanità fornendo, tra l'altro, degli approfondimenti per alcune aree specifiche ritenute ad alto rischio tra le quali vengono prese in esame le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Questo Istituto si avvale, previo Accordo, del servizio di obitorio dell'Azienda Ospedale Università di Padova per i decessi avvenuti presso l'ospedale di Padova e del servizio di obitorio dell'Azienda ULSS 2 per i decessi avvenuti presso la sede dell'Ospedale San Giacomo di Castelfranco Veneto.

Monitoraggio sull' idoneità e sull' attenzione delle misure

Lo sviluppo e l' applicazione delle misure di prevenzione della corruzione devono essere il risultato di un' azione sinergica e combinata dei singoli responsabili delle strutture e del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, secondo un processo "bottom-up" in sede di formulazione delle proposte e "top-down" per la successiva fase di verifica ed applicazione. Risulta fondamentale il coinvolgimento dei dirigenti delle strutture e di tutto il personale nell' attuazione della strategia di prevenzione per l' individuazione dei settori maggiormente esposti al rischio corruzione, ma anche per il monitoraggio e l' attuazione delle attività connesse e presupposte alla redazione del presente Piano.

Tutti i dirigenti, con riferimento all' area di rispettiva competenza:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- assicurano l' osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- verificano che siano rispettate dai propri preposti le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell' amministrazione;
- rispettano e fanno rispettare le prescrizioni contenute nella sezione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;
- osservano le misure contenute nella sezione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;

In particolare, i Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture devono elaborare modalità e meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione.

A tal fine i Referenti e i dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture in genere devono formalizzare, con comunicazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, le procedure utilizzate indicando, per categorie e senza eccessivo aggravio della procedura, i controlli di regolarità e legittimità effettuati e i soggetti che li operano e procedere al loro periodico monitoraggio specificando l' oggetto e la tempistica dei controlli.

I dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture dovranno altresì programmare incontri sistematici, a cadenza almeno quadrimestrale, al fine di formare ed aggiornare il personale afferente su norme, procedure e prassi.

Tutti i dirigenti, in particolare i responsabili di struttura non sanitaria, per l' area di rispettiva competenza devono:

- monitorare le attività e garantire il rispetto dei tempi procedurali, costituente elemento sintomatico del corretto funzionamento amministrativo;
- segnalare, tempestivamente, qualsiasi altra anomalia accertata adottando, laddove possibile, le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendole al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove non rientrino nella competenza dirigenziale;

- proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza i dipendenti da inserire nei diversi corsi del programma di formazione sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- garantire il monitoraggio delle eventuali situazioni di conflitto di interessi del personale assegnato, esaminando le relative dichiarazioni e decidendo sulla necessità dell'astensione, ai sensi degli artt. 51 c.p.c., 6 bis l. 241/1990 e 6 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dello IOV;
- provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- intensificare i controlli a campione su dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti.

Di tali adempimenti dovrà essere data periodicamente evidenza alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza.

I Referenti del RPCT e gli altri dirigenti responsabili delle Unità Operative e delle varie Strutture non sanitarie individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, anche parziale, e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza almeno semestrale.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza deve essere trasmesso da ciascun dirigente interessato alla Direzione generale e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza verifica che i Dirigenti responsabili delle U.O. e delle varie Strutture provvedono periodicamente al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, acquisendo dagli stessi un report periodico in materia.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, in qualsiasi momento, può richiedere ai Responsabili cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale, di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento stesso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può, in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare anche solo potenzialmente ipotesi astratte di corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi Responsabili.

Trasparenza

Conformemente al vigente comma 1 dell'articolo 10 del D. Lgs 33/13 e al PNA 2023 e all'allegato 9 del PNA 2022 è inserita una in questa sezione, l'identificazione dei flussi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

L'attuazione della sezione Trasparenza del Piano, l'individuazione dei dati soggetti a pubblicazione, nonché il loro costante aggiornamento al fine di garantire la veridicità delle informazioni e l'adeguamento dei contenuti all'evolversi della disciplina in materia, è demandata ai dirigenti responsabili dei servizi e degli uffici dell'Istituto i quali possono individuare, all'interno delle rispettive strutture, dei referenti per l'attuazione ed il monitoraggio della presente sezione.

Gli stessi dati sono oggetto di costante aggiornamento al fine di garantire la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative o amministrative intervenute, nonché il miglioramento sia in termini di qualità dei contenuti che di visibilità e accessibilità degli stessi.

Il RPCT provvede all'aggiornamento della sezione della Trasparenza all'interno del PIAO, ne cura il monitoraggio e l'attuazione ed assume iniziative atte a promuovere la cultura della trasparenza. In sede di aggiornamento del programma, o quando reso necessario dall'evoluzione normativa, dà notizia ai dirigenti degli adempimenti necessari.

Trasparenza e tutela dei dati personali

Con riferimento al combinato disposto normativo in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lgs.196/2003 e smi) e del riordino della trasparenza amministrativa di cui al PNA 2022, l'Istituto pubblica sul proprio sito istituzionale i propri dati nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno mai essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare dalle unità Operative aziendali che pubblicano i dati ai sensi degli artt. 14 e 26 del "decreto trasparenza");
2. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
3. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;
4. sul sito devono essere pubblicati solo i dati sensibili (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) e giudiziari che siano indispensabili, rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto.

In conformità a quanto contenuto nella sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019 che si è pronunciata sul tema del bilanciamento della trasparenza e della privacy, quest'ultimo va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che *«richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi»*.

Va inoltre tenuto conto dei seguenti principi:

- regime normativo per il trattamento di dati personali *«è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento»* (art. 2 ter, d.lgs. n. 196/2003);

- principi di adeguatezza, pertinenza, esattezza e aggiornamento;
- il RPD, come da nomina di cui alla delibera del Direttore Generale, svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutto lo IOV essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti dalla normativa in materia di privacy.

Ruoli e responsabilità rispetto agli obblighi di pubblicazione

Il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Responsabile della Trasparenza coincide con il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Il RPCT è il soggetto preposto in Istituto all'applicazione delle disposizioni normative in materia di trasparenza di cui al D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. 97/2016. Il RPCT, nell'esercizio delle proprie funzioni, si avvale della collaborazione di una rete di Responsabili di Pubblicazione, come di seguito precisato. Il RPCT, nell'esercizio del ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, documenti e informazioni di cui al D.Lgs. 33/2013 e s.m.i, non si sostituisce agli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei medesimi. Ai Dirigenti/Responsabili delle Unità Operative/uffici competenti per materia, dunque, è affidato il compito di individuare, elaborare, validare, aggiornare, trasmettere e pubblicare i dati di loro competenza sul sito internet aziendale, nelle sezioni concordate, all'interno dell'area denominata "Amministrazione Trasparente", coerentemente a quanto previsto all'art. 43 del D.Lgs. 33/2013.

Per lo svolgimento di tali attività collabora la UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS che gestisce le pubblicazioni nel sito.

La responsabilità dirigenziale non sanitaria

Alla dirigenza, in materia di Trasparenza, fanno capo importanti responsabilità in merito al controllo sulla regolarità e tempestività dei flussi di dati, documenti e informazioni da pubblicare.

I Dirigenti aziendali preposti alle strutture competenti alla produzione e aggiornamento della trasparenza:

- individuano, ciascuno per le proprie competenze e materie, i contenuti del programma e i dati oggetto di pubblicazione, nonché i termini temporali di pubblicazione e di aggiornamento;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- garantiscono 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 in possesso dell'Istituto, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- individuano all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni; la relativa designazione deve essere comunicata al RPCT;

- verificano la conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione nonché la loro provenienza e fruibilità nel rispetto dei limiti prefissati dalle norme sulla protezione dei dati personali ai sensi del GDPR 679/2016;
- verificano la corretta pubblicazione dei dati-aggiornamenti trasmessi nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

I Referenti

Prestano la collaborazione, qualora richiesta, e concorrono a:

- sensibilizzare le strutture in ordine agli adempimenti degli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni normative vigenti, supportandole all'occorrenza nell'individuazione, elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale;
- monitorare sul termine di aggiornamento delle pubblicazioni di propria competenza nel rispetto dei termini previsti;
- collaborare all'aggiornamento annuale della Sezione Trasparenza nel PIAO per la parte attinente alla trasparenza;
- comunicare eventuali criticità rispetto agli obblighi di pubblicazione, al fine di individuare, con il coordinamento del RPCT, la soluzione più adeguata;
- collaborare in ordine alla presa in carico degli accessi civici di competenza, monitorando la conclusione dei procedimenti di accesso;
- informare il RPCT, laddove si evidenziano eventuali criticità rilevate nelle rispettive strutture, in merito all'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed accesso civico.

Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili

La gestione degli obblighi di pubblicazione delle relative azioni viene effettuata con l'ausilio del supporto informatico dell'Ente (sito web) al fine di rendere completo ed esaustivo lo stesso e consentire al cittadino, al quale l'Istituto deve rendicontare, di fruire di tutti i documenti collegati.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii., i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei Responsabili di Pubblicazione sono rappresentati nella tabella allegata al Piano (Allegato C – Elenco degli obblighi di pubblicazione). Nella tabella (All.C) sono indicati sia gli obblighi di pubblicazione introdotti dal D.Lgs. n. 97/2016 sia gli obblighi di pubblicazione che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più oggetto di pubblicazione obbligatoria, oltre all'indicazione degli obblighi che, seppur vigenti, non sono applicabili al contesto sanitario o non presenti nella fattispecie. Le responsabilità, infine, sono indicate con riferimento alla struttura competente, come da organigramma pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione

In allegato specifico rispetto a questa sezione e parte integrante del PIAO (allegato C) è riportato il prospetto riepilogativo e analitico dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione trasparente del sito istituzionale, con l'indicazione della descrizione delle attività, dei soggetti responsabili di ogni fase del processo (dalla selezione alla pubblicazione dei dati), dei termini previsti per gli adempimenti e della modalità di pubblicazione on line, secondo lo schema e i contenuti forniti dallo stesso D. Lgs. n. 33/2013 sulla trasparenza, così come declinati dalla citata Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016.

La tabella di cui sopra (cfr. All. C) costituisce uno strumento dinamico e dai contenuti più articolati messo a disposizione dei Responsabili di pubblicazione. Tale strumento, denominato "Albero adempimenti della trasparenza" individua tutti gli obblighi di pubblicazione ad oggi vigenti con indicazione per ogni obbligo:

- del/dei Responsabili di pubblicazione competenti;
- dei termini di pubblicazione delle informazioni/dati/documenti da pubblicare ed il loro aggiornamento;
- delle modalità di pubblicazione (tabelle, organigrammi, link ipertestuali, ecc.);
- dell'indicazione degli strumenti interpretativi dell'obbligo di pubblicazione, se presenti;
- il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

L'adozione dell'Elenco consente ad ogni Responsabile di pubblicazione di individuare immediatamente ed autonomamente i propri obblighi di pubblicazione, di disporre di opportune indicazioni e suggerimenti relativi alle modalità di adempimento dell'obbligo e di poter consultare il link ipertestuale che rimanda alla pagina in cui deve essere pubblicata l'informazione e/o dati e/o documenti indicati nella mappa ricognitiva.

Con riferimento agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture previste dal nuovo Codice dei contratti pubblici di cui al D. Lgs 36/23, la UOC Provveditorato, economato e Gestione della Logistica e la UOSD Servizi Tecniche e Patrimoniali con il supporto della UOC Sistemi Informatici hanno il compito di assicurare il collegamento tra la sezione "Amministrazione trasparente" del sito e la Banca dati delle amministrazioni pubbliche (BDNCP), secondo le disposizioni di cui al Dlgs 33/2013. Tali obblighi di pubblicazione sono assolti:

- ❖ con la comunicazione tempestiva alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del d.lgs. 33/2013, di tutti i dati e le informazioni individuati nell'articolo 10 della deliberazione ANAC n. 261/2023;
- ❖ con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", di un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella (BDNCP). Il collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;

- ❖ con la pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale dei soli atti e documenti, dati e informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, come elencati nell’Allegato 1) della delibera n. ANAC 264/2023 e successivi aggiornamenti.

Si precisa che per trasmissione si intende, nel caso in cui di dati siano archiviati in una banca dati, sia l’immissione dei dati nell’archivio, sia la confluenza degli stessi dall’archivio al soggetto responsabile della pubblicazione sul sito.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull’attuazione degli obblighi di trasparenza

Il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, ha l’obbligo di verificare ed esaminare lo stato di attuazione degli adempimenti.

Per operare efficacemente l’azione di monitoraggio, è prevista l’attivazione mediante:

- verifica della tempestività degli aggiornamenti con particolare riferimento alla pubblicazione “a carattere tempestivo” contestuale al verificarsi degli atti/eventi riducendo a 30 giorni il termine massimo per l’adempimento dell’obbligo;
- implementazione di “dati ulteriori” per ampliare l’informazione puntuale dell’attività aziendale;
- verifica dell’assolvimento dell’obbligo di pubblicazione in formato open data;
- verifica ai fini del controllo in capo all’OIV della veridicità, completezza e tempestività dei dati pubblicati.

I Responsabili di pubblicazione, ciascuno per gli ambiti di propria competenza, trasmettono al RPCT, con cadenza semestrale (31 maggio e 30 novembre), una relazione attestante i risultati delle attività svolte e lo stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione, con l’indicazione degli eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto dal Piano.

Il monitoraggio viene effettuato attraverso un’analisi puntuale delle pubblicazioni nel sito web aziendale, con verifica completa di tutti gli obblighi. Attraverso queste relazioni, i Responsabili di pubblicazione attestano, per ogni obbligo di pubblicazione di propria competenza:

- lo stato di aggiornamento;
- la completezza del dato pubblicato;
- il formato utilizzato per la pubblicazione.

In una logica di miglioramento continuo, i Responsabili di pubblicazione evidenziano, in occasione del monitoraggio, eventuali criticità rilevate nell’attuazione dell’adempimento, con riferimento alla disponibilità e rintracciabilità delle informazioni; riferimenti temporali nell’Albero della Trasparenza; modalità di adempimento previste; qualità delle informazioni e dei documenti (struttura dei report, set minimo di informazioni previste, formati); eventuali modifiche organizzative intervenute rispetto a quanto riportato nella mappa ricognitiva degli obblighi. Sempre in una logica di miglioramento, alla luce dall’analisi delle relazioni di monitoraggio, il RPCT effettua le opportune verifiche, i cui esiti vengono comunicati ai Responsabili di pubblicazione, in occasione della richiesta della successiva relazione di monitoraggio del 30 novembre. Parimenti, gli esiti del

monitoraggio avviato a novembre costituiscono la base di partenza per le verifiche previste al 31 maggio, assicurando così un ciclo continuo di monitoraggio in grado di dare evidenza della storicizzazione dei precedenti.

Attestazioni OIV

In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione di una Relazione Annuale sullo stato di attuazione Piano e della relativa sezione che sarà opportunamente inviata all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Di regola entro il 30 aprile dell'anno successivo l'OIV adotta l'Attestazione della scheda di sintesi e della griglia di rilevazione e relativa pubblicazione con riferimento ai dati pubblicati al 30 marzo dello stesso anno nella sezione "Amministrazione trasparente".

Tale attestazione costituisce strumento di verifica in merito all'effettivo adempimento degli obblighi di trasparenza, l'attività di monitoraggio dell'Organismo Indipendente di Valutazione è focalizzata su un insieme delimitato di obblighi, indicati da ANAC con apposito provvedimento, ritenuti particolarmente rilevanti sotto il profilo economico e sociale, al fine di rendere tale attività al contempo maggiormente sostenibile ed efficace.

I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'Organismo Indipendente di valutazione, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia come ogni anno, come da indicazioni ANAC.

La misura generale della Trasparenza è sottoposta ad attività di verifica a cura della Struttura del RPCT adottando i seguenti criteri di valutazione per considerare gli obblighi pienamente soddisfatti:

- Costante aggiornamento
- Completezza
- Tempestività
- Semplicità di consultazione
- Comprensibilità
- Omogeneità
- Facile accessibilità
- Riutilizzabilità.

Accesso civico (D. lgs. 33/2013)

Premesso che gli accessi verso la p.a. si sostanziano schematicamente nei seguenti diritti:

- DIRITTO DI ACCESSO DOCUMENTALE (l. n. 241/1990) - più profondo (posizione rivestita dal soggetto, interessi, motivazione) - meno ampio (solo documenti);
- DIRITTO DI ACCESSO CIVICO (SEMPLICE) (d.lgs. n. 33/2013) - strumento sanzionatorio verso la p.a. - inadempienza agli obblighi di pubblicazione;

- DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (d.lgs. n. 33/2013 e circolari del DFP n. 2/2017 e 1/2019) - meno profondo (il solo diritto a conoscere) - più ampio (documenti, dati, informazioni).

La normativa vigente ha introdotto l'accesso civico generalizzato sul modello del Freedom of Information Act (Foia).

Tale istituto permette a "chiunque" di accedere ai documenti e ai dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, fermi i limiti ex art 5 bis D. lgs n.33/2013.

Con il D. lgs n. 97/2016, di modifica del D. Lgs 33/13, accanto alla figura dell'accesso civico cd. 'semplice' (comma 1), il legislatore ha introdotto la figura dell'accesso civico 'generalizzato' (comma 2), che, prescindendo dagli obblighi di pubblicazione, si manifesta come espressione della volontà del legislatore di configurare uno strumento di tutela dei diritti dei cittadini (quavis de populo, senza limiti, cioè, alla legittimazione soggettiva del richiedente che non necessita di alcuna motivazione) e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Si tratta di una dimensione diversa ed ulteriore rispetto all'istituto di accesso ai documenti amministrativi ex L. 7 agosto 1990 n. 241. Quest'ultimo, infatti, è uno strumento finalizzato a tutelare interessi giuridici particolari di soggetti portatori di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso" e si esercita con la visione e l'estrazione di copia di documenti amministrativi.

Il RPCT riceve solo le domande di accesso civico c.d. semplice.

Il RPCT è organo di riesame per l'accesso civico generalizzato: l'art. 5, comma 7 del d.lgs. 33/2013 prevede che al RPCT possano essere rivolte (dai richiedenti o dai controinteressati) le istanze di riesame, in caso di diniego (totale o parziale) o di differimento dell'accesso civico.

L'art. 43, comma 4, del d.lgs. 33/2013 prevede che il RPCT, unitamente ai dirigenti responsabili dell'amministrazione, controlli e assicuri la regolare attuazione dell'accesso civico.

il RPCT può chiedere agli uffici dell'amministrazione informazioni sull'esito delle istanze ai sensi dell'art 5, comma 6 del D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii..

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

L'istanza, può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ed è presentata al Protocollo Generale dello IOV che l'asigna all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

Lo IOV ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 806 del 14 gennaio 2017 il "Regolamento in materia di accesso agli atti" disciplinante il diritto di accesso ai documenti

amministrativi che contiene una disciplina organica e coordinata dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso: a) documentale; b) civico semplice; c) civico generalizzato pubblicato in “Amministrazione trasparente” in Disposizioni Generali- atti generali.

Lo IOV ha istituito un Registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso) che è pubblicato in Amministrazione trasparente a cura del RPCT.

Per soddisfare i campi di registrazione richiesti dalla normativa e dalla circolare DFP sul FOIA è stato predisposto una nuova configurazione in sintonia con il nuovo software acquisito per la gestione del protocollo informatico e per la gestione documentale, prevedendo:

- Integrazione protocollo e registro accessi;
- Estrazione automatica del registro degli accessi (da pubblicare sul sito).

In caso di inadempimento degli obblighi in materia di accesso civico, le conseguenze previste dalla L. 160/2019 sono le seguenti:

- valutazione negativa ai fini della responsabilità dirigenziale;
- applicazione della sanzione di cui all’art. 47, co. 1 bis (come modificato);
- eventuale responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione;
- valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Il coinvolgimento dei portatori di interessi

L’Istituto Oncologico Veneto IRCCS ha già attivato iniziative di ascolto dei portatori di interesse (stakeholder) - cittadini, utenti e loro familiari, istituzioni territoriali, Aziende del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di volontariato – che saranno implementate e integrate nel triennio.

Con avviso pubblicato sul sito aziendale al link: <https://www.ioveneto.it/avviso-pubblico-inerente-laggiornamento-del-piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-2024-2026-aggiornamento-2024/> sono coinvolti anche gli stakeholder esterni al fine di raccogliere utili suggerimenti e proposte per la redazione del Piano.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stessi, lo IOV ha attivato vari canali di comunicazione fruibili dai soggetti interessati, pubblicando gli estremi sul sito internet istituzionale all’interno del quale, in particolare, i cittadini e gli stakeholder possono accedere alla sezione U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico) dove vi è la disponibilità di numeri di telefono, indirizzi mail e orari di apertura dell’ufficio per qualsiasi tipo di segnalazione e di suggerimento per migliorare il servizio offerto dall’Istituto.

Sul proprio portale internet l’Istituto ha pubblicato la modulistica necessaria per consentire agli interessati di azionare il c.d. diritto di accesso civico, introdotto dal D. Lgs. n. 33 del 2013, avente ad oggetto i dati soggetti a pubblicazione ai sensi del decreto delegato predetto.

3. Organizzazione e capitale umano

Dotazione di personale: andamento triennio 2021-2023

La composizione del personale (dipendente, non dipendente ed in regime di convenzionamento con l'Università degli Studi di Padova), che costituisce la seconda voce di spesa dell'Istituto, è rappresentata in tabella 13, dove è esposto un confronto tra la situazione del triennio 2021-2023.

Tabella 13 - Personale in unità equivalenti per ruolo professionale (Fonte dati DWH)

Tipologia	Ruolo	FTE medio al 31/12/2021	FTE medio al 31/12/2022	FTE medio al 31/12/2023
Dipendente	Sanitario Dirigenza Medica	185	202	212
	Sanitario Dirigenza	40	43	47
	Sanitario Comparto	470	504	504
	Personale della Ricerca	69	57	85
	Professionale Dirigenza	2	1	3
	Tecnico Dirigenza	2	1	1
	Tecnico Comparto	9	27	25
	Socio Sanitario Comparto	139	145	146
	Amministrativo Dirigenza	6	7	8
	Amministrativo Comparto	114	129	144
	Incarico Direttore	4	4	4
Non dipendente		179	149	144
In convenzione con l'Università		18	21	21
Totale		1.237	1.290	1.344

Struttura organizzativa

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto (DGR 1635 del 21/10/2016 e DGR 1342 del 22/08/2017) e Schiavonia (DGR 910 del 20/07/2015). L'assetto istituzionale è adeguato alla DGR 614/2019.

La struttura organizzativa definisce la struttura dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e funzionali tra le Unità e individua in modo coordinato le responsabilità assegnate a ognuna di esse. La struttura organizzativa è graficamente descritta attraverso gli organigrammi che ne rappresentano le relazioni di sovra ordinazione o subordinazione e la caratterizzazione di relazioni gerarchiche e funzionali in particolare al fine di garantire l'integrazione fra l'assistenza e la ricerca e quanto necessario a supporto della ricerca stessa.

L'articolazione interna dell'Istituto si sviluppa attraverso:

- Dipartimenti;
- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD);
- Unità Operative Semplici (UOS);
- Unità di Staff.

Il numero complessivo delle Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale unitamente a quello dell'Unità Operative Semplici, è previsto in un rapporto di 1,31 per Unità Operativa Complessa. Non rientrano in questo computo generale le strutture semplici e semplici dipartimentali afferenti alla Direzione Scientifica, in quanto l'Istituto, stante la sua natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, risponde a specifiche normative nazionali per l'articolazione di tale Direzione, peraltro, individuata come organo dell'Istituto nominato dal Ministero della Salute sentito il Presidente della Regione. Le stesse trovano copertura economica attraverso fondi riconducibili ai finanziamenti legati alle attività di ricerca.

Dipartimenti

Il Dipartimento è un'organizzazione integrata di unità omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute. La composizione dei Dipartimenti, l'organizzazione gestionale, le procedure di nomina ed i compiti sono disciplinati dalla normativa nazionale e regionale vigente.

I Dipartimenti possono essere:

Strutturali: costituiscono il modello ordinario di gestione operativa delle attività, con una tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, anche attraverso la condivisione delle risorse; sono costituiti, di norma, da strutture omogenee sotto i profili dell'attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

Al fine di perseguire i propri obiettivi il Dipartimento Strutturale utilizza in via prioritaria i seguenti strumenti:

- gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
- utilizzo dei posti letto assegnati organizzati per aree omogenee secondo livelli di intensità di cure;
- utilizzo integrato del personale appartenente alle professioni tecnico-sanitarie nonché degli operatori socio sanitari e del personale ausiliario e amministrativo;
- continuità assistenziale integrata;
- negoziazione e gestione del budget;
- formazione permanente e valorizzazione del personale.

Funzionali: costituiti da strutture che concorrono alla realizzazione di obiettivi specifici tesi a migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, ovvero la revisione o l'introduzione di processi tecnico-amministrativi. Vengono istituiti con durata triennale e per obiettivi chiaramente determinati.

Interaziendali: si configurano come funzionali e vengono costituiti previa autorizzazione regionale. Rappresentano una modalità organizzativa attraverso la quale gli Enti del Servizio Sanitario

Regionale che lo compongono rispondono ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, condividendo i percorsi clinico-assistenziali e diagnostico-terapeutici, gli standard di appropriatezza delle prestazioni, le "best practice" e i modelli organizzativi, nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale.

Transmurali: si configurano come funzionali. Sono costituiti da Unità Operative Complesse che appartengono a strutture tecnico funzionali diverse, con lo scopo di assicurare la migliore presa in carico del paziente nei casi di percorsi assistenziali ad elevata complessità. Ai Dipartimenti transmurali si applica quanto disposto dalla normativa relativamente alla qualificazione attribuita.

Unità Operative complesse

Si configurano quali articolazioni previste dalla programmazione regionale, costituite con riferimento all'Area Sanitaria delineata nelle specialità delle Aree Medica, Chirurgica, della Terapia Intensiva, dei Servizi di Diagnosi e Cura, Riabilitativa, e all'Area Amministrativa. Sono centri di responsabilità dotati di autonomia operativa e funzionale per quanto attiene lo svolgimento delle attività clinico-diagnostiche, scientifiche e amministrative di competenza e l'uso delle risorse specificamente attribuite. Il Direttore di Unità Operativa Complessa è un dirigente con incarico di natura gestionale e negozia il budget annuale con il Direttore del Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, secondo la pianificazione della gestione del piano delle performance. Le Strutture complesse possono essere articolate in Strutture Semplici per lo svolgimento di articolati ambiti di attività specialistiche e/o di ricerca. Peculiari attività possono trovare realizzazione ed evidenza attraverso l'assegnazione di incarico dirigenziale che ne connota le elevate competenze.

Unità Operative semplici a valenza dipartimentale

Sono organizzazioni per cui è previsto un centro di responsabilità dotato di budget specifico e quindi di gestione di risorse umane e strumentali, con autonomia e responsabilità di produzione ed erogazione di specifiche attività e prestazioni, rispondendo al modello organizzativo del Dipartimento cui afferiscono. Possono essere previste sia dalla programmazione regionale che essere definite dalla programmazione dell'Istituto. Il responsabile di Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale è un dirigente con incarico di natura gestionale e negozia il budget annuale con il Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, secondo la pianificazione della gestione del piano delle performance

Unità Operative semplici

Sono, di norma, articolazioni organizzative di Unità Operative Complesse, ma possono afferire anche direttamente "in staff" a direzioni di area e di dipartimento; possono essere previste sia dalla programmazione regionale che essere definite dalla programmazione dell'Istituto. Nel caso in cui siano unità in staff sono centri di responsabilità che negoziano il budget annuale con il Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura e/o con la Direzione dell'Istituto, mentre quando sono articolazioni di Unità Operativa Complessa fanno riferimento al budget negoziato ed assegnato a quest'ultima. Le Unità Operative Semplici sono finalizzate all'erogazione di prestazioni di particolare

e peculiare rilievo, sia in ambito assistenziale, che della ricerca che dell'attività amministrativa; nel caso in cui siano articolazione di una struttura non si connotano necessariamente con l'attività di maggiore caratterizzazione della Unità Operativa Complessa. L'Unità Operativa Semplice è diretta da un dirigente responsabile con incarico di natura gestionale.

Unità di staff

A supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, la Direzione Generale, Scientifica, Sanitaria e Amministrativa si avvalgono di strutture organizzative che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale denominate Unità di Staff. La loro autonomia è esercitata nell'ambito dei programmi e delle direttive impartite dal Direttore di riferimento che definisce anche le risorse necessarie per il funzionamento. La relativa responsabilità è esercitata tramite un incarico di posizione o di funzione nel rispetto del regolamento di Istituto in materia. .

All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale dirigente incarichi di natura professionale.

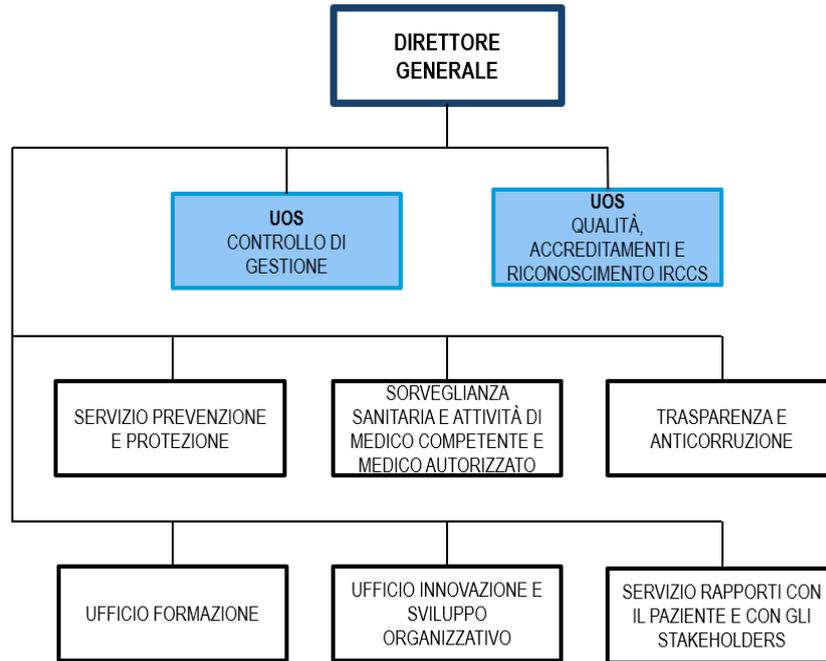
Tali incarichi prevedono, in modo prevalente, responsabilità tecnico-specialistiche di cui ai CC.CC.NN.LL. della dirigenza di Area sanità e di Area Funzioni Locali vigenti. Il richiamo nell'Atto aziendale all'articolazione funzionale o all'unità organizzativa deve intendersi riferito ad un livello/segmento organizzativo interno alla struttura di riferimento, anche dotato di autonomia funzionale, identificato per la presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse.

A tale articolazione è preposto un dirigente con "incarico professionale anche di alta specializzazione" del CCNL di settore vigente. Agli incarichi professionali specialistici e agli incarichi professionali altamente specialistici può essere riconosciuta la medesima retribuzione di posizione rispettivamente della UOS e UOSD.

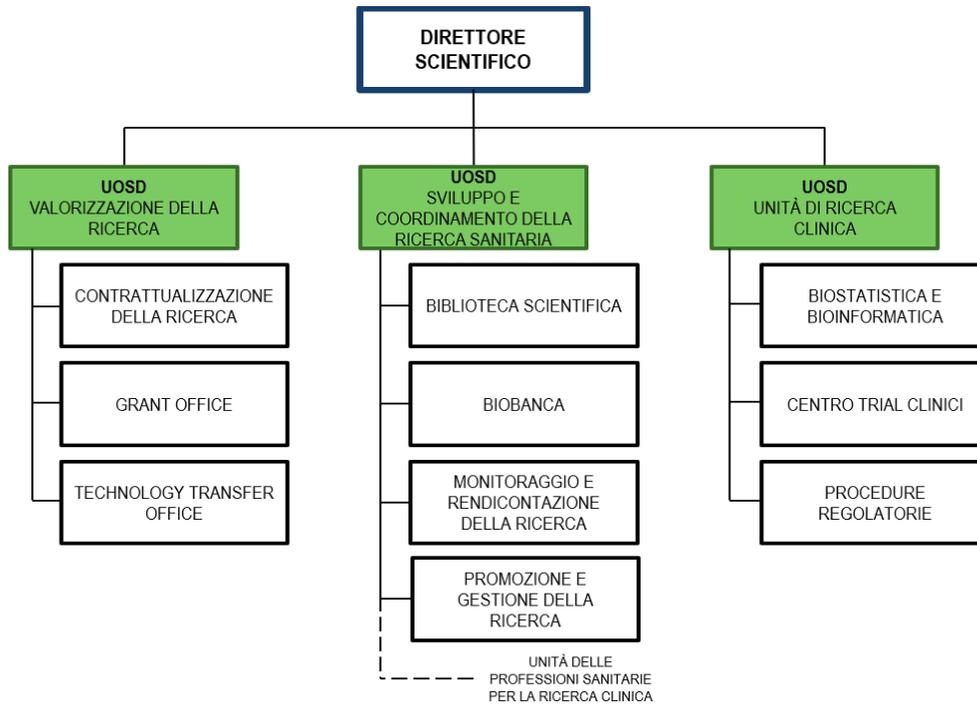
All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale del comparto incarichi di funzione. Tali incarichi sono istituiti e conferiti secondo quanto definito nell'apposito regolamento approvato dal Direttore Generale previa contrattazione con le OO.SS..

L'organigramma dell'Istituto è il seguente:

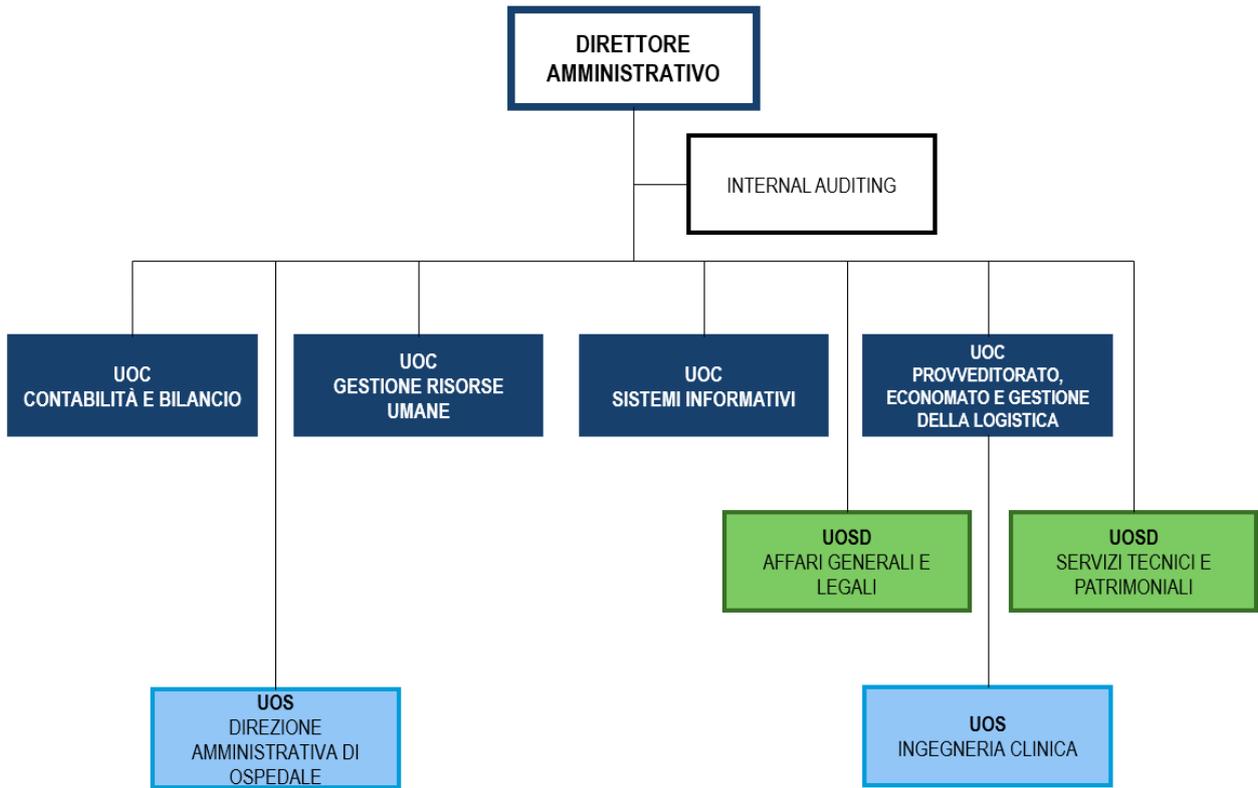
DIREZIONE GENERALE



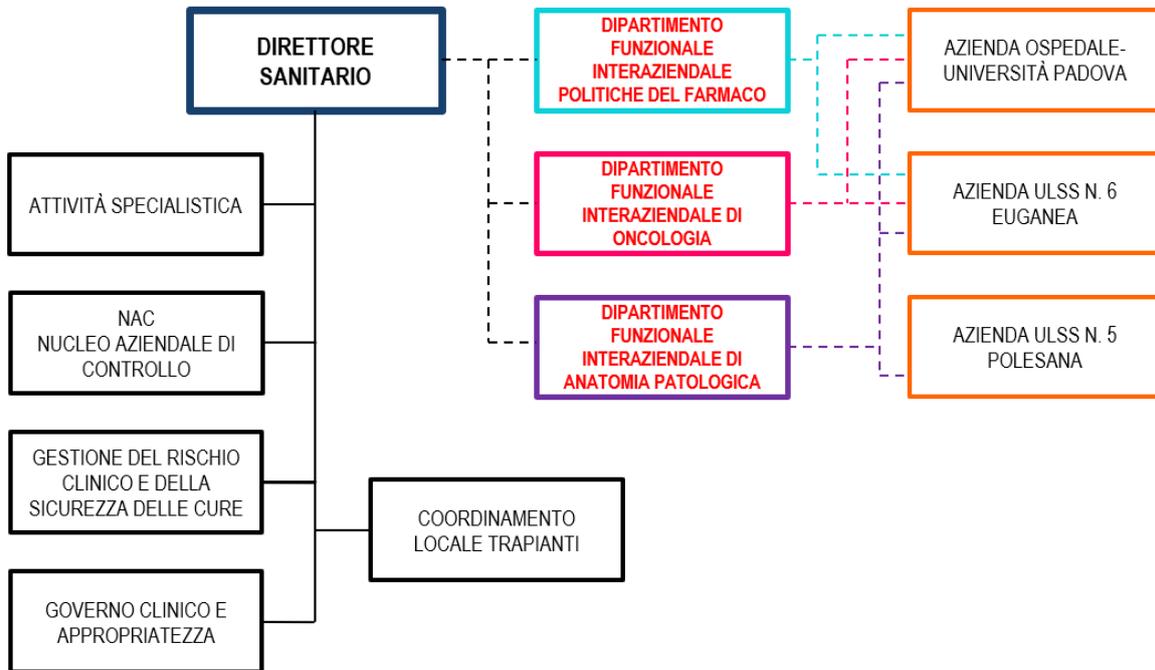
DIREZIONE SCIENTIFICA

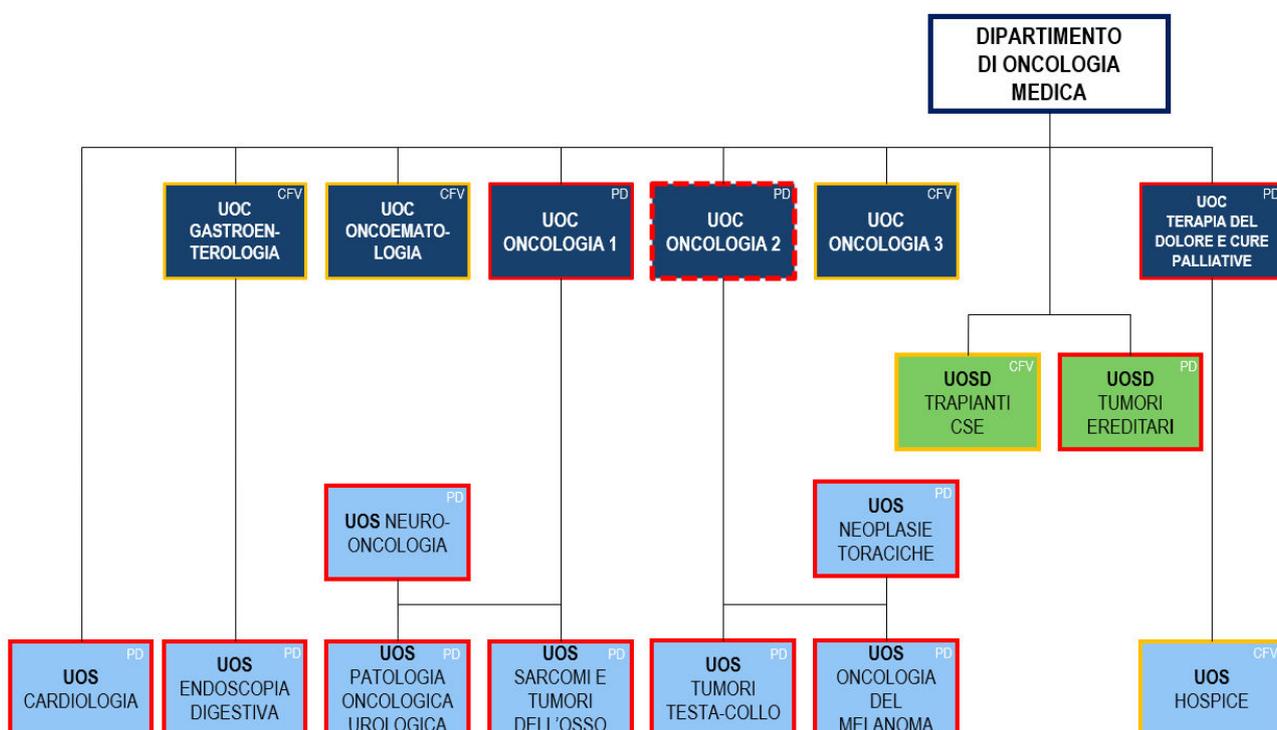
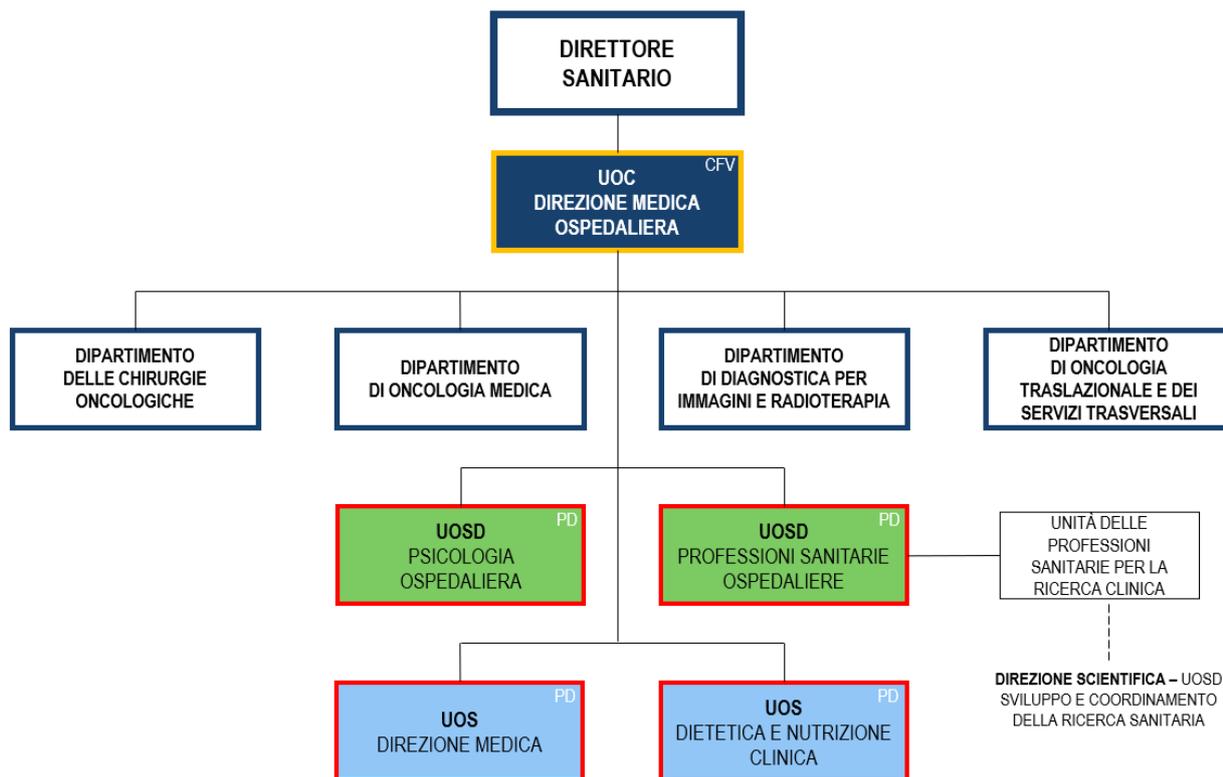


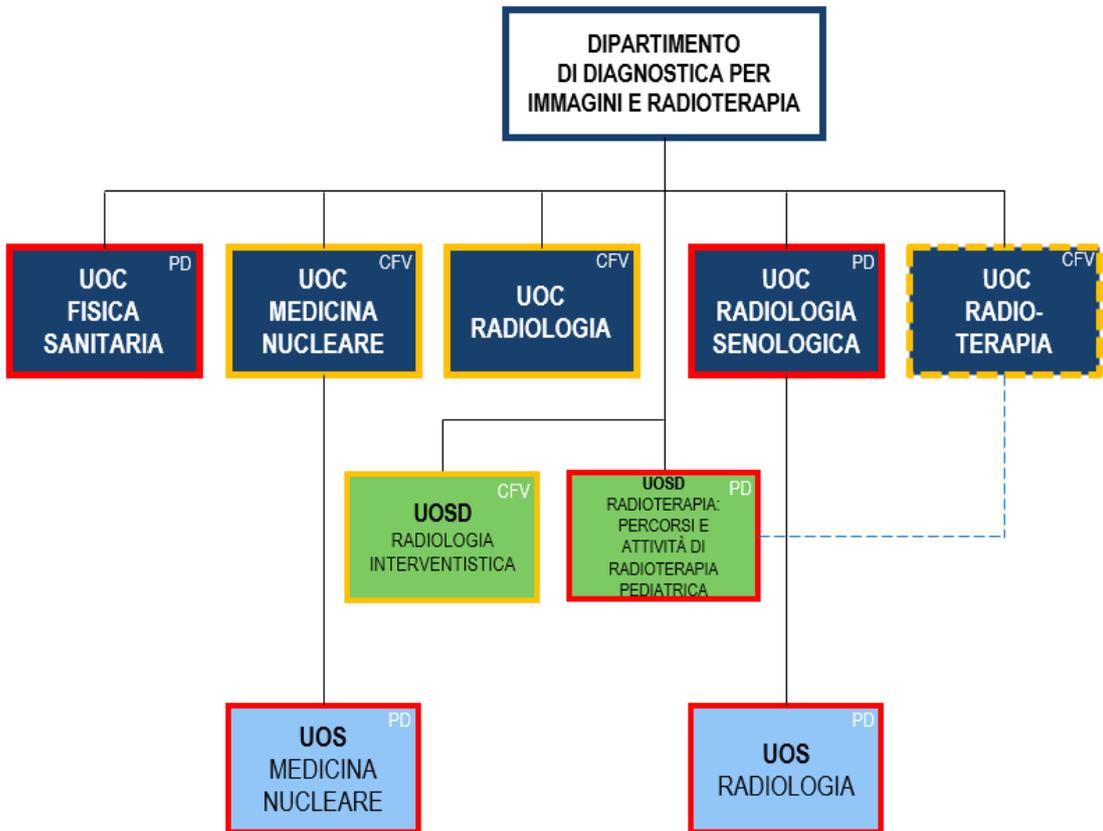
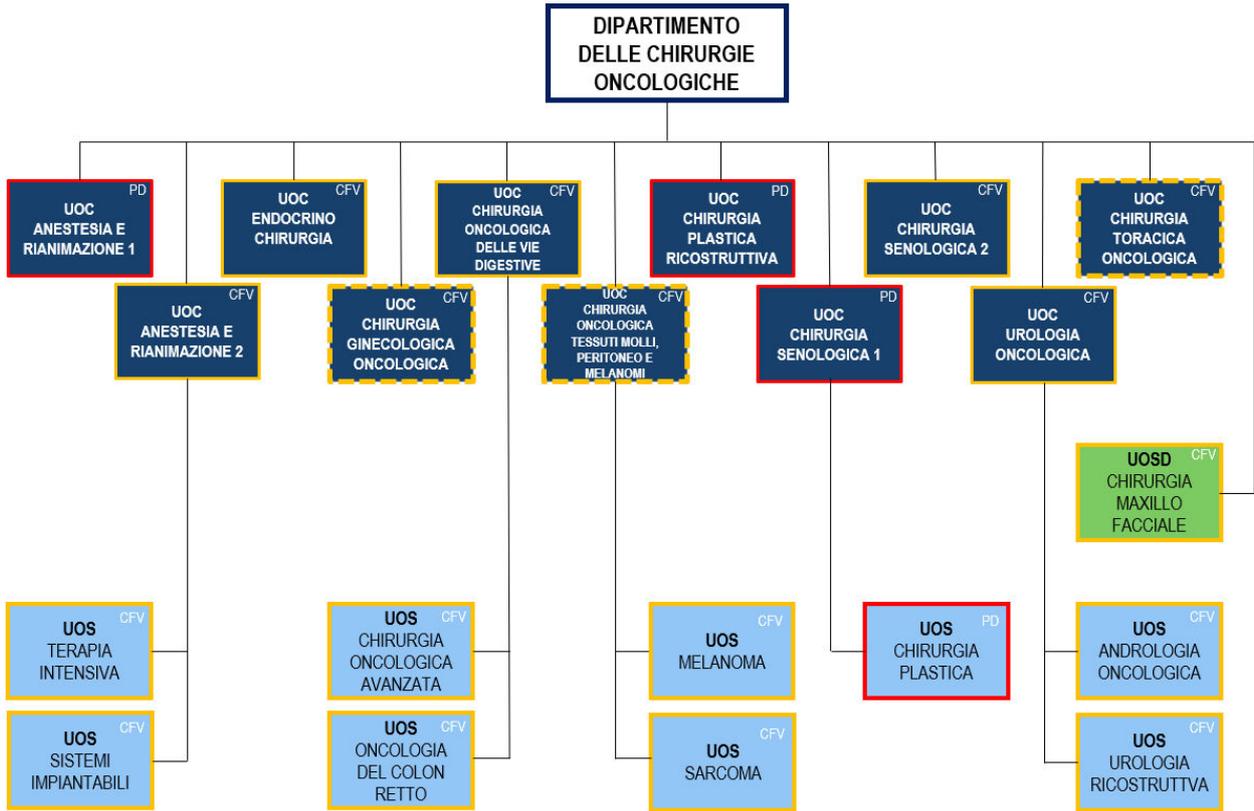
DIREZIONE AMMINISTRATIVA

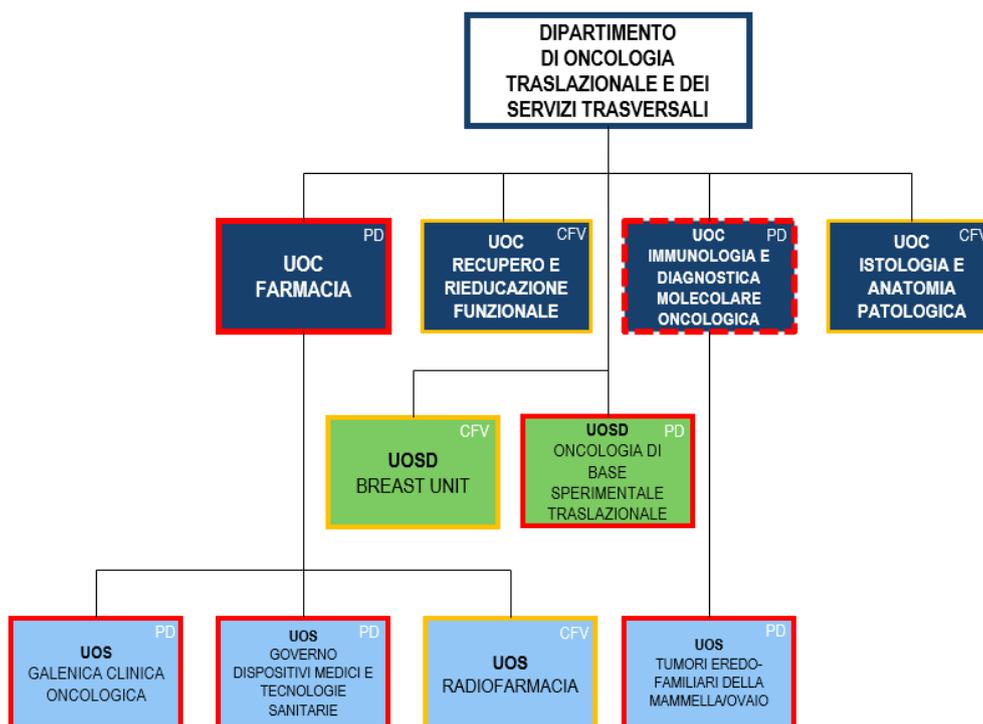


DIREZIONE SANITARIA









Per una descrizione dettagliata delle singole unità operative, delle loro funzioni ed obiettivi si fa riferimento all'Atto Aziendale dell'Istituto, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 850 del 27/09/2023.

I livelli di responsabilità organizzativa

I livelli di responsabilità organizzativa, si fondano sull'articolazione dei livelli di responsabilità aderenti all'organizzazione dell'Istituto.

Il sistema degli incarichi dirigenziali e di funzione, presente nell'Istituto è adottato nel rispetto delle previsioni contrattuali, disciplina le tipologie, la graduazione e le procedure di attribuzione degli incarichi, garantendo, in particolare, oggettività, imparzialità e verifica delle competenze nelle relative procedure di attribuzione e nella disciplina degli incarichi medesimi.

Gli incarichi dirigenziali

L'Istituto si è recentemente dotato di un nuovo Regolamento di individuazione, graduazione, attribuzione, revoca e processo di valutazione degli incarichi per i dirigenti dell'Area Sanità.

In relazione alle funzioni, responsabilità e competenze declinate nell'atto, gli incarichi dirigenziali si distinguono in due tipologie previste dai vigenti CC.CC.NN.LL., così dettagliatamente riprese dai regolamenti istituzionali:

I. INCARICHI GESTIONALI che includono necessariamente ed in via prevalente la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali:

- a) incarico di direzione di struttura complessa. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna comporta anche la gestione diretta di risorse umane e materiali;
- b) incarico di direzione di struttura semplice dipartimentale, quale articolazione interna di dipartimento. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna comporta anche la gestione diretta di risorse umane e materiali e può comportare anche la gestione diretta di risorse finanziarie;
- c) incarico di direzione di struttura semplice che può comportare la gestione diretta di risorse umane e materiali.

II. INCARICHI PROFESSIONALI:

- 1) incarico professionale di altissima professionalità
 - a valenza dipartimentale, quale punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici; è istituibile nel limite del 3% del numero degli incarichi di cui alle successive lettere b) e c);
 - a valenza interna di struttura complessa, quale punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per le attività svolte nella struttura complessa di riferimento o di strutture tra loro coordinate nell'ambito di specifici settori disciplinari; è istituibile nel limite del 7% del numero degli incarichi di cui alle successive lettere b) e c);
- 2) incarico professionale di alta specializzazione, articolazione funzionale di struttura complessa, semplice dipartimentale o semplice che assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento che a sua volta si articola, per il solo personale medico in:
 - Incarico di alta specializzazione professionale esperto su specifiche patologie
 - Incarico di alta specializzazione funzionale esperto di percorsi assistenziali e di coordinamento GOM
- 3) incarico professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e controllo, che prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche che a sua volta si suddivide in:
 - Incarico professionale di esperto senior con almeno 15 anni di anzianità
 - Incarico professionale di elevata esperienza con almeno 10 anni di anzianità
 - Incarico professionale di consolidata esperienza con almeno 5 anni di anzianità
- 4) incarico professionale di base, che prevede precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile di struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività; detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso momenti di verifica e valutazione.

Gli incarichi al personale del comparto

Per quanto riguarda il personale del comparto, gli incarichi funzionali costituiscono uno strumento gestionale per il conseguimento degli obiettivi aziendali. Sono istituiti dall'Istituto, nel rispetto della vigente disciplina. In relazione alle esigenze organizzative ed al proprio modello gestionale.

Gli incarichi funzionali riguardano settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di particolare complessità e specializzazione anche con assunzione diretta di elevata responsabilità, finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza e/o dei processi produttivi.

L'Istituto individua, nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali anche per quanto attiene al sistema delle relazioni sindacali, i criteri di graduazione degli incarichi di funzione, relativamente alla determinazione della quota di indennità prevista dal vigente C.C.N.L.

La graduazione è definita secondo gli elementi/criteri di seguito definiti, mediante l'attribuzione di punteggi indicati in corrispondenza delle caratteristiche riscontrate per ciascuna funzione.

La graduazione degli incarichi organizzativi professionali per i dipendenti di tutti i ruoli tiene quindi conto dei seguenti criteri:

- 1) dimensione organizzativa
- 2) autonomia e responsabilità
- 3) grado specializzazione richiesta
- 4) complessità' ed implementazione delle competenze
- 5) valenza strategica rispetto obiettivi aziendali

Nel corso del 2023 il numero di incarichi attivati è sotto riportato per ciascuna area:

- Direzione generale: 2
- Direzione sanitaria: 32
- Direzione scientifica: 2
- Direzione amministrativa: 3

Organizzazione del lavoro agile

Con delibera del Direttore Generale n. 175 del 12.03.2020, l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS si era già dotato di un proprio regolamento per la disciplina dello smart working e successivamente ha dato avvio al lavoro agile.

Alla luce delle recenti novità in tema di lavoro agile recate dal nuovo CCNL del personale del comparto, sottoscritto in data 02.11.2022 il predetto regolamento è stato oggetto di revisione ed è stato condiviso con le organizzazioni sindacali sulle base delle risultanze del gruppo di lavoro appositamente istituito dall'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto che ha coinvolto anche l'Istituto.

Con delibera del Direttore Generale n.928 del 30.10.2023 è stato quindi adottato il nuovo regolamento aziendale, in fase di pubblicazione nel sito istituzionale e di prossima applicazione.

I nominativi dei lavoratori soggetti a lavoro agile vengono altresì pubblicati nel portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali come stabilito dalla normativa vigente.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

La dotazione organica del personale dipendente dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS è stata approvata dalla Regione Veneto con DGR n. 1748 del 29.11.2019. Nel rispetto di tale dotazione, vengono adottati annualmente i Piani triennali dei fabbisogni di personale.

Oltre al personale dipendente, presso l'Istituto presta la propria attività personale universitario in convenzione ex D. Lgs. n. 517/1999 e personale con contratto libero professionale o con borsa di studio.

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. stabiliscono che le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e di perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste dalla legislazione vigente, indicando altresì la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto dell'8 maggio 2018, ha emanato le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche".

All'interno del quadro normativo sopra descritto, l'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto ha provveduto, con D.G.R. n. 677 del 15 maggio 2018, a fornire le procedure e le tempistiche per l'adozione e l'approvazione dei Piani Triennali delle Aziende ed Enti del SSR della Regione del Veneto prevedendo la presentazione del piano entro il 30 novembre di ogni anno al fine di garantire il successivo percorso autorizzatorio.

È stato approvato da parte dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2024-2026 e la dotazione organica per l'anno 2024

Il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2024-2026 è contenuto nell'ALLEGATO D.

L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio è pari a 15,9 unità di personale (dipendente, non dipendente o in convenzione) per singola unità operativa dislocata in una o più sedi dell'Istituto.

L'Istituto, in quanto Ente pubblico della Regione del Veneto, realizza le assunzioni effettuabili sulla base del Piano autorizzato, attraverso la programmazione e lo svolgimento di selezioni concorsuali gestite da parte di Azienda Zero, nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- REGOLAMENTO REGIONALE n. 3 del 15 settembre 2017 "Modalità di gestione delle procedure selettive del comparto sanità da parte di Azienda Zero ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera g), punto 2), della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19".

L'Istituto realizza altresì assunzioni attraverso selezioni gestite per proprio conto nel rispetto della disciplina legislativa di riferimento:

- DPR 487/1994 "Regolamento recante norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi"
- DPR 483/1997 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"
- DPR 484/1997 "Direzione Sanitaria Aziendale"
- DPR 220/2001 "Regolamento recante disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale";
- DPCM 21 aprile 2021 per l'assunzione a tempo determinato del personale del ruolo della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria.
- DGR 1096/2022 "Conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria nelle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale del Veneto"
- Regolamento per lo svolgimento dei concorsi per il personale dirigenziale dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 499 del 08/11/2011.

Oltreché mediante l'espletamento di concorsi ed avvisi pubblici, l'Istituto, per effettuare le assunzioni programmate, si avvale anche degli altri istituti giuridici previsti dall'ordinamento, quali il passaggio diretto fra amministrazioni pubbliche (c.d. "mobilità fra Enti pubblici" ex art. 30 del D. Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. e c.d. "stabilizzazione" ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e ss.mm.ii. ed art. 1, comma 268 della L. n. 234/2021 e ss.mm.ii.).

La formazione e lo sviluppo delle competenze

L'Istituto Oncologico Veneto è riconosciuto dalla Regione come provider ECM, ovvero un soggetto qualificato nel campo della formazione continua in sanità che è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

L'ufficio Formazione organizza ogni anno le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire al personale l'acquisizione e il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii. e della normativa regionale.

La formazione aziendale proposta con il PFA 2024, progettato coerentemente con la normativa vigente a livello regionale e con le fasi metodologiche del processo formativo, costituisce una leva strategica per i processi di cambiamento culturale e organizzativo dell'Ente, intervenendo in tutti i passaggi che necessitano di un supporto finalizzato all'acquisizione o al perfezionamento delle conoscenze, delle abilità pratiche e relazionali del personale interessato. Il piano è comprensivo anche di eventi non ECM che risultano necessari al perseguimento della mission dell'Istituto. Le

attività formative indicate nel Piano Formativo saranno realizzate secondo le priorità definite dall'Istituto.

Nella tabella sottostante sono riepilogati il numero di corsi e delle ore di formazione previsti dal Piano Formativo Annuale 2024, suddivisi per obiettivi strategici formativi regionali:

Obiettivi strategici regionali	N°corsi	N° ore formazione
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie in conformità ai LEA	4	96
Qualità del SSR (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento Istituzionale, ...)	1	48
Sicurezza del SSR (il governo clinico, la gestione del rischio, le responsabilità professionale, etc.)	9	496
Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione	5	75
Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, PDTA, ecc.)	13	574
Linee guida, protocolli e procedure basate su evidenze scientifiche	21	283
Cure palliative e terapia del dolore	1	4
Presa in carico della persona affetta da cronicità e multimorbidità	1	44
Malattie rare	1	4
Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozione di modelli di lavoro in rete	5	87
Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. 81/2008)	25	536
Valorizzazione del personale	6	71
Tematiche di interesse regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da apposito provvedimento regionale	5	61
<i>Altro</i>	19	280
Totale complessivo	116	2.658

4. Gender Equality Plan

Premessa

Con l'avvio della programmazione Horizon Europe, la Commissione europea ha reso il Gender Equality Plan (GEP), il piano per la parità di genere, un requisito fondamentale per la partecipazione al proprio programma quadro di ricerca.

Il GEP viene infatti definito come “a set of commitments and actions that aim to promote gender equality in an organisation through a process of structural change”, cioè un documento programmatico, comprensivo di impegni ed azioni, che mira a promuovere la parità di genere in un'organizzazione attraverso un processo di cambiamento strutturale.

In questa sezione pertanto viene descritto il Gender Equality Plan (GEP) dello IOV che rappresenta il documento programmatico per gli anni 2024-2026 che si propone di essere uno strumento inclusivo rivolto a tutti, di valorizzare la piena partecipazione di tutte le persone alla vita dell'Istituto, favorendo la cultura del rispetto, il contrasto alle discriminazioni di genere e la promozione dell'effettiva uguaglianza di genere.

Il processo di aggiornamento del GEP, che ha visto la partecipazione del Gruppo di lavoro individuato per la redazione del PIAO, si è sviluppato anche considerando i risultati dell'indagine di clima organizzativo promossa dalla Regione del Veneto, a cui l'Istituto Oncologico Veneto ha aderito, e il cui termine per la compilazione dei questionari è stato il 31 gennaio 2023.

La proposta di GEP è stata successivamente sottoposta all'attenzione della Direzione Strategica per quanto attiene la definizione delle linee di intervento sulle quali promuovere azioni positive per il triennio considerato.

Il Contesto europeo

La strategia dell'Unione europea per la parità di genere 2020-2025 si è prefissata l'obiettivo di compiere progressi significativi verso un'Europa garante della parità di genere, un'Unione in cui le donne e gli uomini, le ragazze e i ragazzi, in tutta la loro diversità, siano liberi di perseguire le loro scelte di vita, abbiano pari opportunità di realizzarsi e possano, in ugual misura, partecipare e guidare la nostra società europea.

Gli obiettivi principali sono porre fine alla violenza di genere, combattere gli stereotipi sessisti, colmare il divario di genere nel mercato del lavoro, raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici, affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico, colmare il divario e conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale e nella politica. La strategia persegue il duplice approccio dell'integrazione della dimensione di genere combinata con azioni mirate, la cui attuazione si basa sul principio trasversale dell'intersezionalità. Seppur incentrata su azioni condotte all'interno dell'UE, la strategia è coerente con la politica estera dell'UE in materia di pari opportunità e di emancipazione femminile.

Le azioni concrete intraprese hanno visto la presentazione da parte della Commissione europea di misure vincolanti in materia di trasparenza salariale e una nuova proposta di direttiva per combattere la violenza contro le donne e la violenza domestica, compresa la violenza online.

Il Contesto nazionale

Per contrastare le molteplici dimensioni della discriminazione di genere, che la pandemia ha contribuito ad evidenziare, a livello nazionale è stata implementata la Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026, che si ispira alla Gender Equality Strategy 2020-2025 dell'Unione europea.

Questa rappresenta, mediante una prospettiva di lungo termine, lo schema di valori, la direzione delle politiche che dovranno essere realizzate e il punto di arrivo in termini di parità di genere. La Strategia è una delle priorità trasversali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il riferimento per l'attuazione della riforma del Family Act.

Il documento strategico è il risultato di un percorso ampio e partecipato che ha coinvolto le amministrazioni, le parti sociali e le principali realtà associative. Cinque le priorità: Lavoro, Reddito, Competenze, Tempo e Potere, con obiettivi e target dettagliati e misurabili, da raggiungere entro il 2026. Attraverso tale strategia l'Italia si propone di raggiungere entro il 2026 l'incremento di cinque punti nella classifica dell'Indice sull'uguaglianza di genere elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), che attualmente vede il nostro paese al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE-27.

Nell'indice sull'uguaglianza di genere 2020 elaborato dall'EIGE, l'Italia ha ottenuto un punteggio di 63,5 su 100. Tale punteggio è inferiore alla media dell'UE in tutti i settori, ad eccezione di quello della salute.

Il documento per ciascuna delle priorità definisce gli interventi da adottare (incluse le misure di natura trasversale), nonché i relativi indicatori (volti a misurare i principali aspetti del fenomeno della disparità di genere) e target (l'obiettivo specifico e misurabile da raggiungere). Gli indicatori e target sono funzionali a guidare l'azione di governo e monitorare l'efficacia degli interventi poste in essere.

Per rafforzare la governance della Strategia 2021-2026, la legge di bilancio 2022, oltre a prevedere l'adozione di un Piano strategico nazionale per la parità di genere, ha disposto l'istituzione presso il Dipartimento per le pari opportunità di una Cabina di regia interistituzionale e di un Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere.

Ai sensi delle richiamate norme il Piano strategico nazionale per la parità di genere con i seguenti obiettivi:

- individuare buone pratiche per combattere gli stereotipi di genere;
- colmare il divario di genere nel mercato del lavoro;
- raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici;
- affrontare il problema del divario retributivo e pensionistico;
- conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale.

Il contesto regionale

La Regione del Veneto riconosce la parità di genere quale presupposto fondamentale per un sistema equo e inclusivo di convivenza civile finalizzato al progresso sociale e allo sviluppo socio-economico del suo territorio e, nell'ottica della diffusione delle pari opportunità e dello sviluppo della personalità secondo le aspirazioni e le inclinazioni di ciascuna persona, promuove l'affermazione del ruolo delle donne nella società e la diffusione di una cultura antidiscriminatoria a tutti i livelli, nel

rispetto e in attuazione di quanto sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dalla Costituzione Italiana e dallo Statuto della Regione

Oltre alla figura della Consigliera di Parità Regionale, figura istituita dalla legge 125/1991 e confluita nel decreto legislativo 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" con la finalità di svolgere funzioni di promozione e di controllo dell'attuazione dei principi di uguaglianza, di opportunità e di non discriminazione tra donne e uomini, la Regione del Veneto ha recentemente promulgato la Legge regionale 15 febbraio 2022, n. 3 con la quale sono introdotte importanti misure per la promozione della parità retributiva tra donne e uomini e il sostegno all'occupazione femminile stabile e di qualità.

Ulteriore iniziativa promossa nel corso del 2022 è stato l'avvio di una consultazione partecipata per definire ancora più in dettaglio la strategia della Regione del Veneto per ridurre le disparità tra donna e uomo in particolare nell'ambito del Programma Regionale FSE+ per il ciclo di programmazione 2021-2027.

Il Contesto dello IOV

L'adozione del Gender Equality Plan dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS rappresenta un'eccezionale opportunità di definire, in coerenza con le strategie europee, nazionali e regionali, linee di consolidamento e sviluppo atte a promuovere la parità di genere all'interno dell'Organizzazione.

Gli aspetti generali sono stati già trattati in altre sezioni pertanto qui verrà rappresentata la distribuzione per genere nelle varie aree, dal management ai titolari di incarico con un focus nell'ambito specifico della ricerca. Le distribuzioni di seguito riportate fanno riferimento alla dotazione del personale al 31/12/2023.

Di seguito si ripongono alcuni grafici, quali elaborazioni delle analisi condotte circa la distribuzione per genere all'interno dell'Istituto, dagli incarichi del top management e quelli di Direttore di dipartimento alla fruizione di permessi e congedi.

Figura 24 – Distribuzione di genere incarichi di top management e Direttori di Dipartimento al 31/12/2023

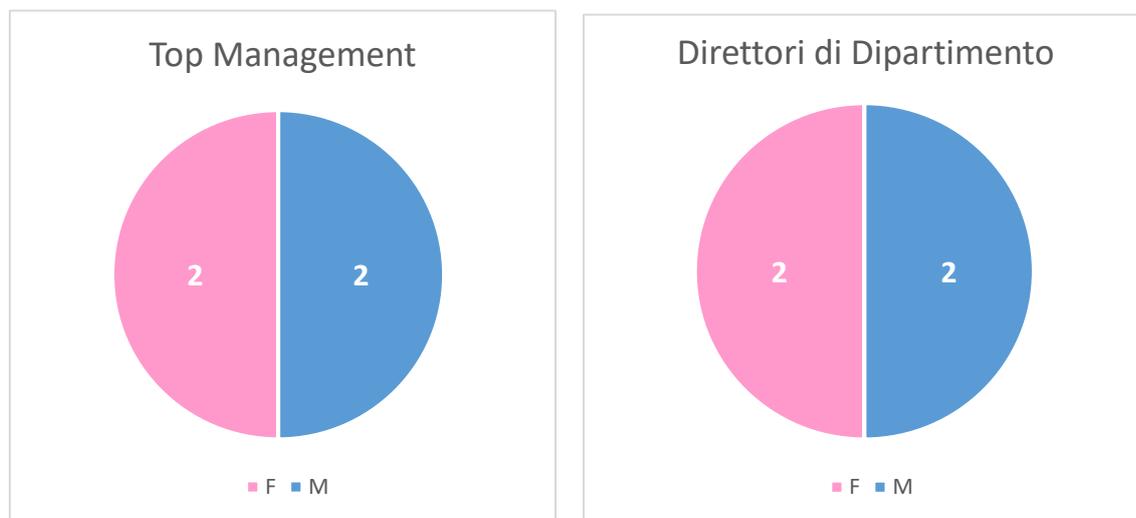


Figura 25 – Distribuzione di genere del personale suddiviso per fasce d'età al 31/12/2023

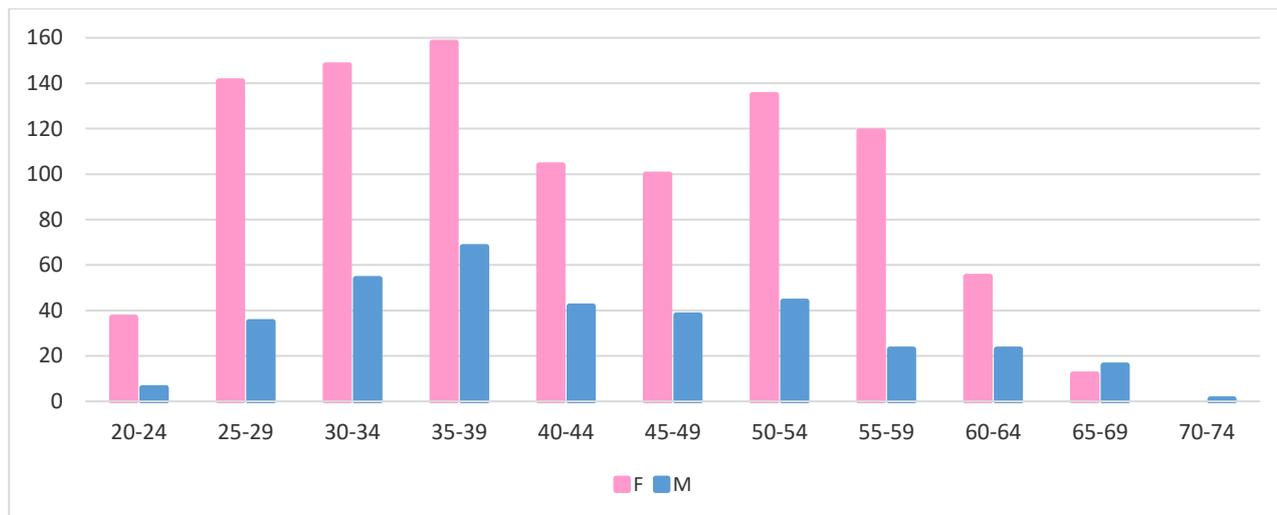


Figura 26 – Distribuzione di genere per ruolo (dirigenza) al 31/12/2023

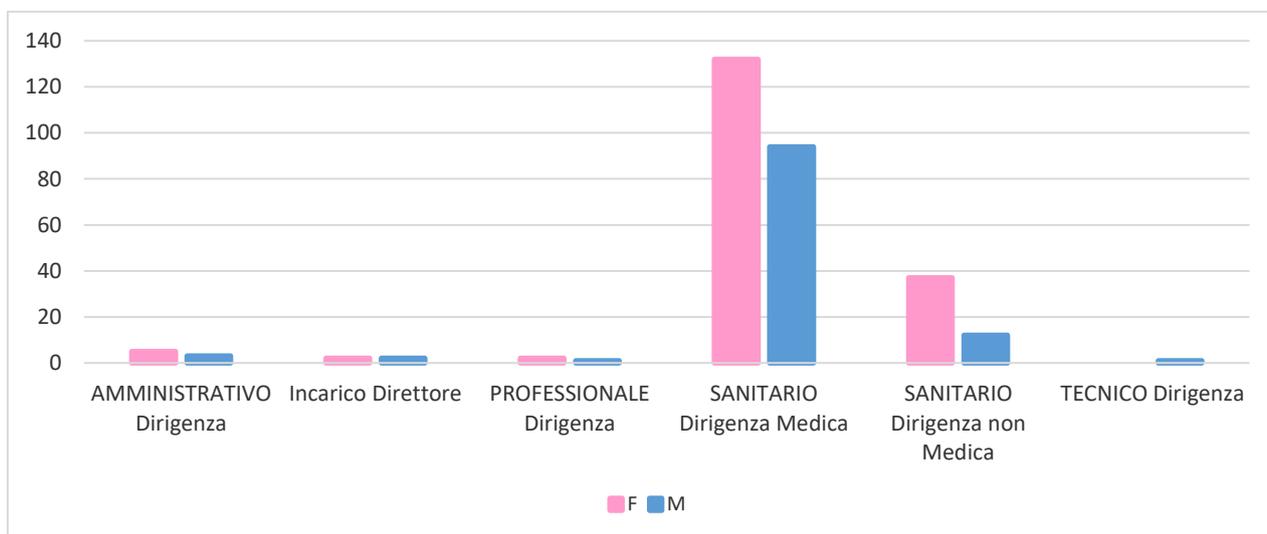


Figura 27 – Distribuzione di genere per ruolo (Comparto) al 31/12/2023

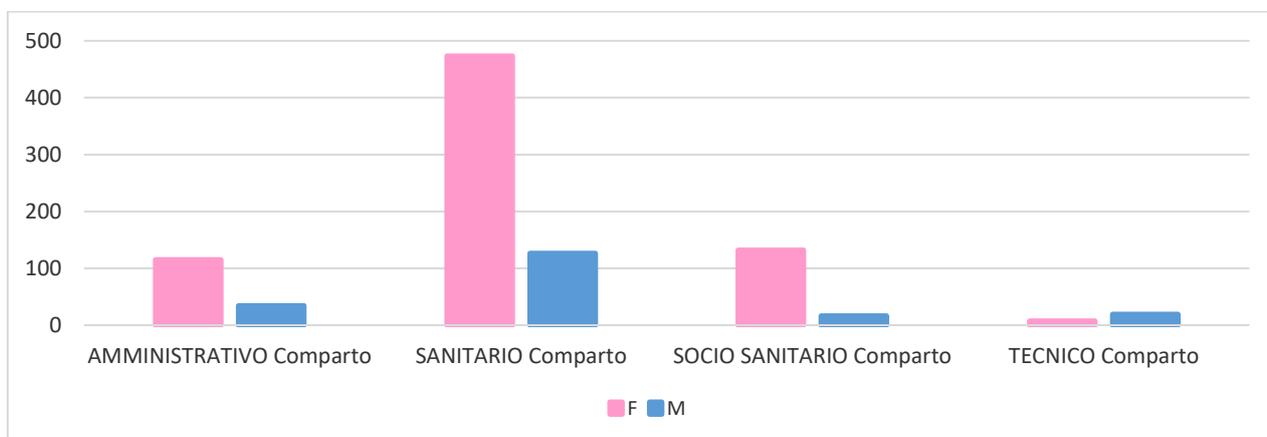


Figura 28 – Distribuzione di genere e per sede al 31/12/2023

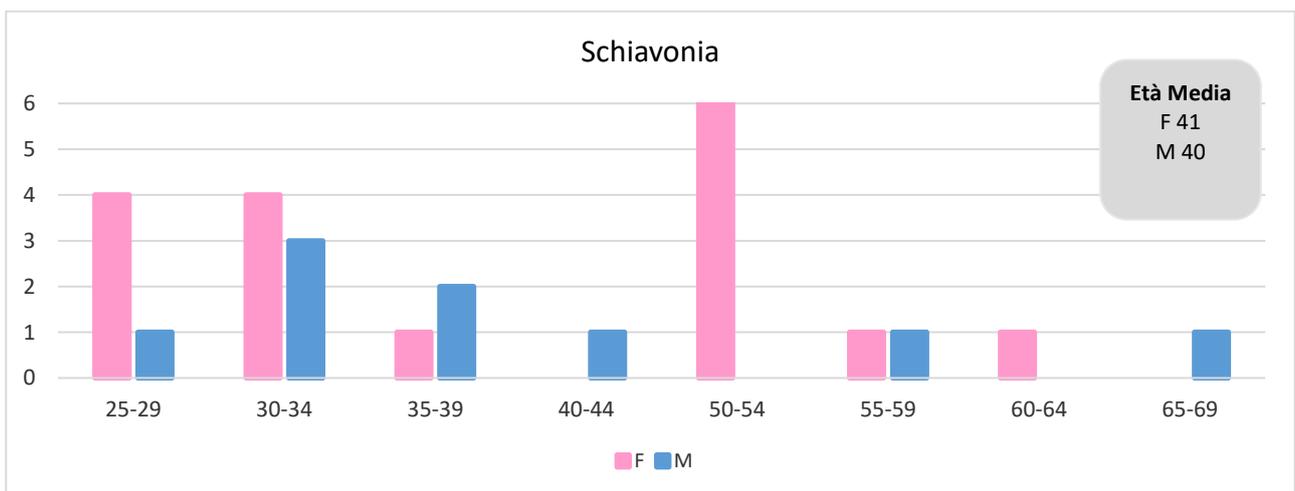
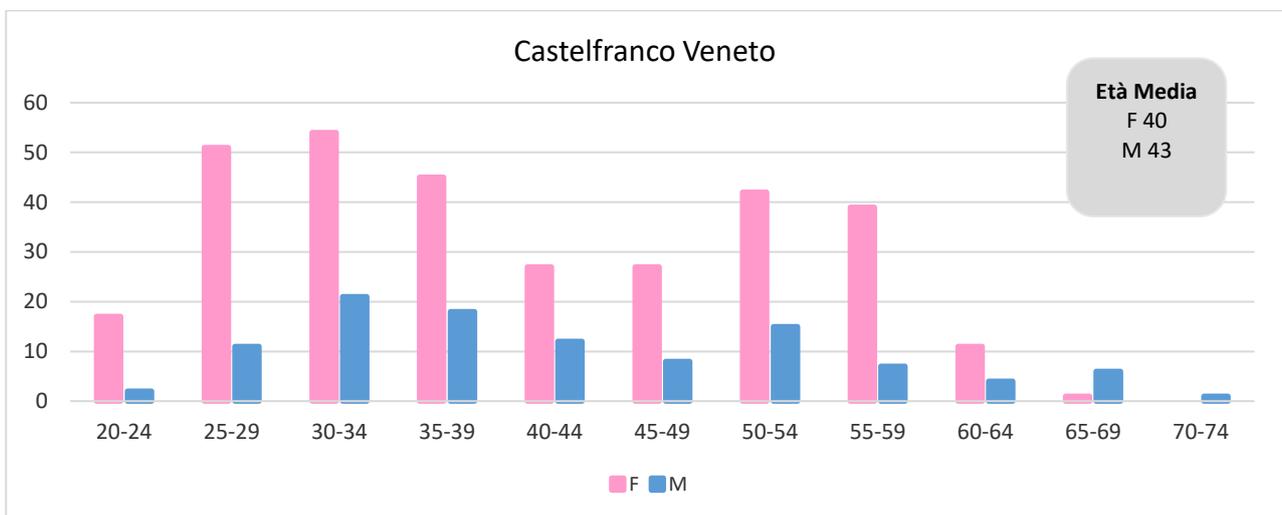
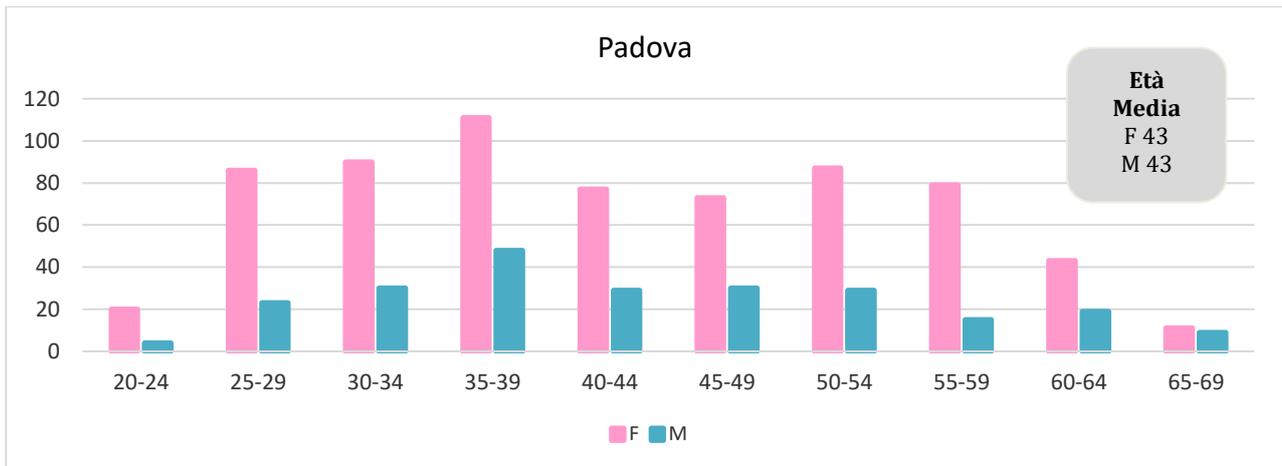
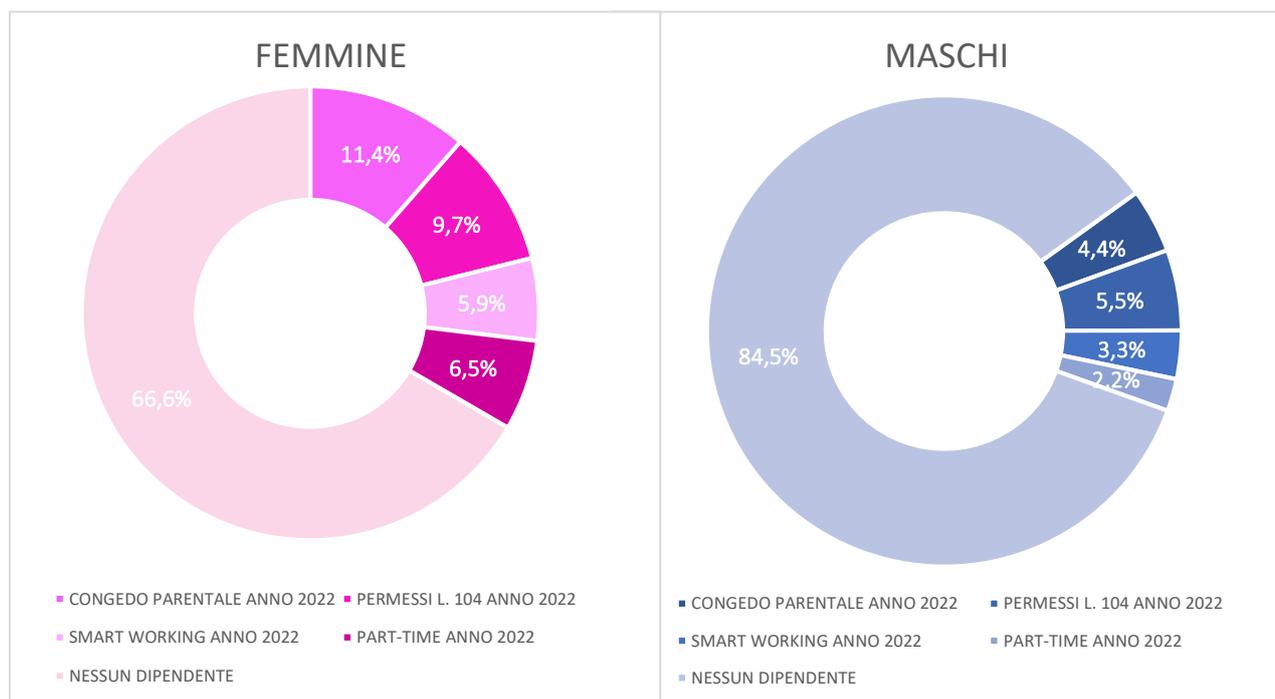


Figura 29 – Distribuzione % dei permessi usufruiti distinti per genere (Anno 2022)



Di seguito vengono riproposte alcune iniziative e attività già poste in essere dallo IOV per promuovere la parità di genere.

Smart working

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 928 del 30/10/2023 è stato approvato il nuovo Regolamento per lo Smart Working.

L'introduzione di questa diversa modalità di esecuzione della prestazione lavorativa mira al conseguimento delle seguenti principali finalità:

- ✓ agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, promuovendo una maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività;
- ✓ migliorare la qualità delle prestazioni, anche attraverso il benessere psico-fisico dei dipendenti;
- ✓ valorizzare e responsabilizzare le risorse umane, favorendo e garantendo lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato;
- ✓ promuovere la fiducia reciproca tra datore di lavoro e lavoratore, senza correlarla alla circostanza della presenza in servizio, ma al raggiungimento degli obiettivi;
- ✓ Rafforzare i sistemi di misurazione e valutazione della performance basate sui risultati e sui livelli di servizio;
- ✓ promuovere l'utilizzo delle tecnologie informatiche e la digitalizzazione;
- ✓ diffondere la cultura della mobilità sostenibile, puntando alla riduzione degli spostamenti, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze;
- ✓ razionalizzare gli spazi lavorativi, realizzando economie di gestione e di spesa.

Il Regolamento si applica a tutto il personale del ruolo amministrativo, della ricerca sanitaria e di supporto alla ricerca.

Il lavoro agile è concesso per un massimo di n. 2 giorni a settimana; il personale della ricerca che svolge attività di laboratorio può effettuare lavoro agile per massimo n. 2 giorni al mese; il personale della ricerca che non svolge attività di laboratorio può effettuare lavoro agile per massimo n. 8 giorni al mese.

Il lavoro agile è altresì concesso, all'interno di ogni singola Struttura, ad un numero di dipendenti non superiore al 50% anche a rotazione (arrotondato all'unità inferiore e fatte salve le deroghe stabilite nel Regolamento), secondo le seguenti priorità:

- lavoratori con figli fino a 12 anni / senza limiti di età se disabili;
- lavoratori con disabilità grave ex art. 4 co.1 legge 104/1992;
- lavoratori caregivers ex art.1 co.255 legge 205/2017;
- lavoratori che usufruiscono dei permessi di cui ai commi 2-3 art.33 legge 104/1992.

È prevista, a specifiche condizioni documentate, la possibilità di autorizzare il lavoro agile – di volta in volta - per il lavoratore pendolare con domicilio a più di 20 km dalla sede di lavoro, nonché per i lavoratori in situazioni particolari (diverse rispetto a quelle rientranti nelle categorie sopracitate): in queste circostanze si può derogare al limite del 50%.

L'iter per la concessione del lavoro agile è il seguente:

- a. compilazione modulo da parte del dipendente (reperibile nel sito istituzionale);
- b. firma autorizzativa del responsabile del servizio;
- c. trasmissione del modulo alla UOC Gestione Risorse Umane;
- d. redazione dell'accordo da parte della UOC Gestione Risorse Umane;
- e. trasmissione dell'accordo al dipendente per la sottoscrizione da parte dello stesso e del responsabile del servizio;
- f. trasmissione dell'accordo munito delle sottoscrizioni, in originale, alla UOC Gestione Risorse Umane.

Ferie solidali

Lo IOV ha adottato specifico regolamento per la disciplina dell'Istituto delle "Ferie Solidali" ai sensi degli art. 34 del CCNL del 21.05.2018 – personale del comparto e del CCNL del 19.12.2019 – area sanità, dell'art. 1, comma 4 del CCNL del 11.07.2019 - personale del ruolo della ricerca e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria e dell'art. 17 del CCNL del 17.12.2020 – area delle funzioni locali.

In particolare, attraverso il citato regolamento l'Istituto vuole intervenire a supporto dei lavoratori che abbiano l'esigenza di assistere figli minori che necessitino di cure costanti per particolari condizioni di salute.

L'applicazione del presente Regolamento non comporta oneri aggiuntivi per l'Amministrazione ed è tesa ad accrescere il benessere organizzativo aziendale, attraverso l'applicazione di un'azione di solidarietà tra colleghi, che si integra con le misure di conciliazione tra vita privata e lavoro.

Il Regolamento disciplina la cessione, su base volontaria e a titolo gratuito, da parte di un dipendente ad altro dipendente che abbia esigenza di prestare assistenza ai figli minori che necessitino di cure costanti per particolari condizioni di salute, di parte delle proprie ferie, con le modalità e le condizioni individuate nello stesso regolamento e si applica a tutto il personale in servizio presso l'Istituto, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, ivi compreso il personale del ruolo della ricerca e di supporto, senza alcuna distinzione di genere.

Commissioni concorso

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 499 del 08/11/2011 è stato approvato il Regolamento per lo svolgimento dei concorsi per il personale dirigenziale dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS. Il Direttore Generale, dopo la scadenza del bando di concorso, nomina la commissione esaminatrice e mette a disposizione il personale necessario per l'attività della stessa. Almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, salva motivata impossibilità, è riservato alle donne in conformità all'articolo 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, e successive modificazioni e integrazioni.

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)

Il Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dello IOV è stato recentemente aggiornato nella sua composizione con Deliberazione del Direttore Generale n. 808 del 14/09/2023.

Il CUG sostituisce, unificando le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing e si offre come interlocutore unico tra l'amministrazione e i dipendenti.

Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da rappresentanti sindacali e dell'amministrazione in pari numero; in tal senso si pone come laboratorio di dialogo tra sindacati e amministrazione, attraverso la condivisione di obiettivi trasversali.

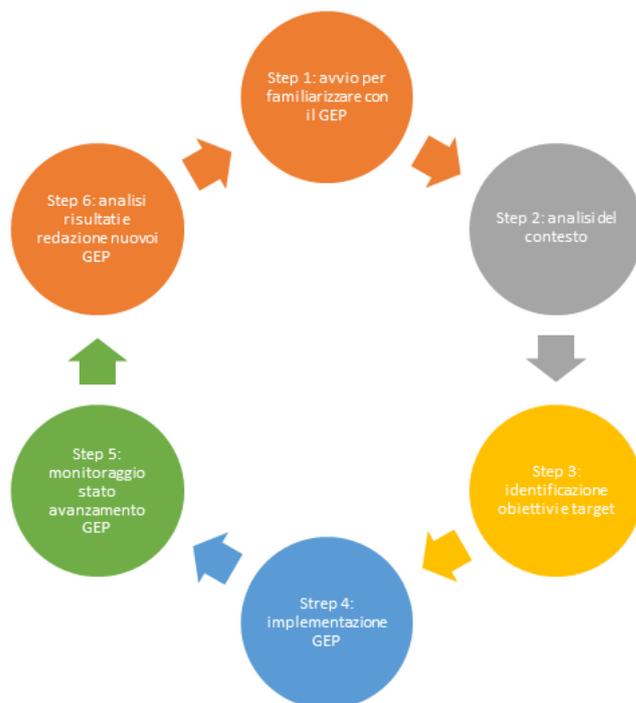
Sono in corso le procedure per la ricostituzione del Comitato.

Piano triennale di azioni positive – PTAP 2024-2026

Il piano triennale delle azioni positive 2024-2026 è stato redatto seguendo la metodologia PDCA (Plan Do Check Act) adattato alle linee guida dedicate e promosse dal European Institute for Gender Equality (EIGE) per la redazione del Gender Equality Plan.

Di seguito se ne rappresentano i diversi step:

Figura 30 – Ciclo PDCA redazione del GEP



Le linee strategiche di intervento all'interno delle quali promuovere le azioni positive ricalcano le raccomandazioni avanzate dalla Commissione europea per la redazione del GEP e sono di seguito sintetizzate:

1. Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione;
2. Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali;
3. Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
4. Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione;
5. Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali.

Di seguito vengono rappresentati gli obiettivi con relativi target, indicatori e referenti per il monitoraggio associati alle singole linee strategiche.

Piano triennale di azioni positive – PTAP 2024-2026

Linea strategica	Obiettivo	Indicatore	Destinatari	Cronoprogramma	Referente monitoraggio
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Monitoraggio distribuzione incarichi dirigenza e comparto	Dipendenti e Collaboratori	2024, 2025, 2026	UOC Gestione Risorse Umane
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Composizione Commissioni di procedure selettive gender equity	Redazione procedura	Dipendenti	2024	UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Composizione Seggi di gara gender equity	Redazione procedura	Dipendenti	2024	UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS
Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Monitoraggio reclutamento e progressioni	Dipendenti e Collaboratori	2024, 2025, 2026	UOC Gestione Risorse Umane
Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Identificazione PI gender equity	Dipendenti	2024, 2025, 2026	Direzione Scientifica
Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali.	Sensibilizzazione alla violenza di genere anche a mezzo social	Attività di informazione sul contrasto della violenza di genere	Dipendenti e Collaboratori	2024, 2025, 2026	UOSD Psicologia Ospedaliera

5. Monitoraggio

Rilevazione e soddisfazione utenti

L'Istituto fin dalla sua istituzione si è dotato di numerose certificazioni/accreditamenti per garantire idonei strumenti di governo, controllo e monitoraggio nell'ottica del miglioramento continuo, valore intrinseco nella natura di soggetto che è chiamato a coniugare assistenza e ricerca.

Oltre ai percorsi di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale disciplinati a livello regionale e il percorso di riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico a livello nazionale, che riconoscono all'Istituto elevati standard qualitativi, dal 2004 il Sistema di gestione per la qualità dell'Istituto è certificato ISO 9001.

Attualmente il campo di applicazione del certificato ISO 9001:2015 è il seguente:

Erogazione di prestazioni di diagnosi e cura in regime ambulatoriale e in regime di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery, in area Medica, Chirurgica, e di Terapia Intensiva e nelle aree dei servizi in ambito oncologico. Progettazione e gestione della ricerca clinica spontanea. Progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario. Attività di coordinamento del gruppo multidisciplinare (GOM Prostate Unit), per la presa in carico del paziente con tumore della prostata. Le sedi operative interessate dal citato certificato sono:

- Padova (PD), Via Gattamelata, 64;
- Padova (PD), Via Giustiniani, 2;
- Padova (PD), Corso Stati Uniti, 4;
- Monselice (PD), Via Albere 30;
- Castelfranco Veneto (TV), Via dei Carpani 16/Z.

Ulteriore riconoscimento è in essere dal 2015 quando lo IOV ha ottenuto l'accreditamento della Organisation of European Cancer Institutes (OECI) – la rete che raggruppa i più importanti centri di ricerca e cura dei tumori del continente – con la qualifica di "Comprehensive Cancer Center".

Lo IOV è altresì accreditato dalla Società europea di Oncologia Medica (ESMO) come "Centro di integrazione tra le terapie oncologiche e le cure palliative (cure simultanee)" e ha completato il percorso per ottenere l'accreditamento JACIE rilasciato dal Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT (JACIE), unico organismo di accreditamento ufficiale in Europa nel campo del trapianto di cellule staminali emopoietiche e della terapia cellulare.

A tali percorsi si aggiungono ulteriori elementi qualificanti come l'adesione quale membro della Rete europea per i tumori rari dell'adulto EURACAN (European Network for Rare Adult Solid Cancer), venendo accolto nel novero dei migliori poli d'Europa per le neoplasie con origine dal tessuto connettivo (sarcomi delle parti molli), dal testicolo e dall'encefalo. Il riconoscimento quale "centro esperto" è avvenuto dopo l'approfondita verifica di una serie di requisiti sul numero di pazienti presi in carico, sull'esistenza di gruppi multidisciplinari (GOM) di cura, sulla disponibilità di trattamenti oncologici innovativi e sulla produzione scientifica annuale.

In tale contesto l'Istituto ha adottato opportune metodologie di monitoraggio, analisi, misurazione e miglioramento per:

- dimostrare la conformità dei propri servizi;

- assicurare la conformità del Sistema di Gestione per la Qualità alla norma di riferimento UNI EN ISO 9001;
- assicurare la conformità del sistema di gestione per la qualità agli altri sistemi di certificazione/accreditamento adottati attraverso una piattaforma comune e integrata;
- migliorare in modo continuo l'efficacia del sistema di gestione per la qualità.

In tal senso, tali metodologie consistono in:

- indagini sulla soddisfazione degli utenti interni ed esterni, con l'utilizzo di questionari di soddisfazione;
- audit interni;
- analisi statistiche;
- dati documentati del Riesame della Direzione e delle relazioni delle articolazioni organizzative.

Soddisfazione dell'utente interno

Indagine di Clima Organizzativo 2022-2023

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, insieme agli altri enti del Sistema Sanitario Regionale, ha preso parte all'edizione 2022-2023 dell'Indagine di Clima Organizzativo. L'iniziativa, promossa dalla Regione del Veneto all'interno della campagna "La tua voce per una sanità migliore", è stata realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine si è svolta tra il 1° dicembre 2022 ed il 31 gennaio 2023, ed è composta da due questionari (q1 e q2) dedicati rispettivamente al personale con responsabilità di struttura e a tutti gli altri dipendenti. Il questionario è stato compilato da 479 dipendenti dell'Istituto con un tasso di risposta pari al 45%. Questo risultato è di otto punti percentuali superiore rispetto a quello dell'edizione precedente svoltasi nel corso del 2019. Rispetto alle altre aziende del SSR, il personale con responsabilità di struttura dell'Istituto ha registrato la percentuale di partecipazione più elevata (74%), mentre il tasso di risposta al questionario q2 (personale senza resp. di struttura) è comunque superiore alla media regionale.

Soddisfazione dell'utente esterno

Date le caratteristiche dei servizi offerti, la Direzione Aziendale e tutto il personale dello IOV sono costantemente e quotidianamente a contatto diretto con gli utenti.

Il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione dell'utente si basano sul riesame delle informazioni relative agli utenti stessi e sui questionari di valutazione della soddisfazione che vengono somministrati periodicamente agli utenti. I questionari consentono di raccogliere, analizzare e utilizzare le informazioni e i suggerimenti che vi si trovano riportati, al fine di migliorare le prestazioni dell'organizzazione.

I dati di ritorno forniti dalla raccolta dei questionari costituiscono materia di Riesame della Direzione. Di seguito si descrivono gli strumenti adottati dal 2022 e promossi dalla Regione del Veneto: l'indagine PREMs e l'indagine PROMs.

Osservatorio PREMs

All'interno dell'Accordo di collaborazione tra Azienda Zero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa avente ad oggetto lo "Sviluppo del sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali" (delibera n. 371/2018 di Azienda Zero) rinnovato in data 17/5/2022, l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS ha aderito al progetto di rilevazione della valutazione e dell'esperienza degli utenti del servizio di ricovero ospedaliero ordinario, denominato "Osservatorio PREMs" (Deliberazione del Direttore Generale n° 343/2022).

L'Osservatorio ha preso il via il 4 aprile 2022, coinvolgendo fin da subito entrambe le sedi (Padova e Castelfranco Veneto) e tutti i 14 reparti di degenza con ricoveri ordinari.

Al 31 dicembre 2023, sono stati dimessi 12.442 pazienti e di questi sono stati contattati per la successiva compilazione del questionario 6.081 pazienti. Di questi hanno accettato di partecipare 3.269 pazienti compilando effettivamente il questionario (tasso di risposta: 54%), registrando un'ottima performance (tasso di adesione: > 35%; tasso di risposta: >40%).

L'elevata partecipazione ha consentito di raggiungere rapidamente la soglia minima di questionari compilati necessaria per avere accesso ai risultati, la cui prima restituzione è avvenuta il 19 luglio 2022. Da questo momento i risultati, aggiornati in tempo reale, sono stati resi disponibili nella piattaforma online del Laboratorio MeS a cui hanno accesso anche i Direttori e i Coordinatori infermieristici dei reparti coinvolti.

I dati riportati in piattaforma sono stati utilizzati per effettuare una restituzione dei risultati al personale dei reparti e per prendere in carico le principali criticità segnalate dai pazienti soprattutto nelle risposte alle 5 domande aperte della sezione narrativa del questionario. Le azioni di miglioramento individuate a partire dai risultati PREMs riguardano in particolare i seguenti ambiti: silenzio in reparto, servizio di pulizia, rapporto personale sanitario – paziente e comunicazione.

Indagine PROMs

All'interno dell'Accordo di collaborazione tra Azienda Zero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa avente ad oggetto lo "Sviluppo del sistema coordinato di valutazione e valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale", delibera n. 343/2022 di Azienda Zero, l'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS è stato individuato per partecipare al progetto di rilevazione dei Patient Reported Outcome Measures (PROMs) tra le donne sottoposte ad un intervento chirurgico per il trattamento del tumore maligno al seno, denominato "Indagine PROMs".

L'incontro di presentazione dell'indagine si è svolto il 19 luglio 2022, mentre gli incontri operativi per l'implementazione del progetto sono partiti nel mese di settembre 2022 e hanno coinvolto i Direttori delle UOC Chirurgia Senologica 1 e 2, e i professionisti dell'UOC Sistemi informativi e dell'Ufficio Privacy afferente alla UOSD Affari Generali e Legali. Al 31 dicembre 2022 risultano definiti i seguenti documenti: Protocollo tecnico, Accordo per trattamento dei dati personali, Criteri di inclusione, questionari pre-operatori e di follow-up per i rispettivi percorsi chirurgici.

Nei primi mesi del 2023, dopo la fase di adesione e progettazione svoltasi nel 2022, ha presto avvio l'indagine rivolta a tutte le pazienti sottoposte a chirurgia oncologica mammaria durante tutto il percorso di cura mediante la somministrazione di 3 questionari online: prima dell'intervento e, successivamente, a distanza di 3 e 12 mesi. L'obiettivo è raccogliere suggerimenti e consigli per migliorare i servizi erogati.

Durante il colloquio pre-operatorio alle pazienti saranno fornite informazioni sull'indagine e sul trattamento dei dati personali e sarà chiesto il consenso a partecipare. Nel caso di adesione, per e-mail e/o sms sarà inviato alla paziente un invito personalizzato per rispondere al primo questionario online, al quale l'interessata potrà accedere tramite smartphone, tablet o computer. Gli altri 2 questionari saranno inviati nei tempi successivi a 3 e 12 mesi dall'intervento.

Le domande sono relative a soddisfazione, esperienza ed esiti nelle diverse fasi del percorso di cura, con riferimento ad alcuni aspetti (ad esempio: dati generali sul proprio stile di vita, coinvolgimento nel percorso di cura, comunicazione durante il ricovero, qualità dell'assistenza, stato di salute, benessere psicofisico e fisico).

Le risposte al questionario consentiranno di monitorare la qualità dell'assistenza erogata e la sua efficacia sullo stato di salute delle pazienti. A partire dai risultati dell'indagine, sarà possibile intraprendere delle iniziative mirate per migliorare il percorso assistenziale. Le informazioni saranno analizzate in modo anonimo e restituite in forma aggregata.

Gli audit interni

L'audit interno è l'insieme delle procedure che costituiscono un'attività di carattere consulenziale erogate al fine di garantire che i processi interni di erogazione delle prestazioni e di supporto siano orientati ai principi di efficacia ed efficienza, nell'ottica di ottimizzazione degli strumenti di governance complessiva e del contenimento e mitigazione dei rischi.

Tale strumento è costantemente utilizzato dall'Istituto quale supporto al monitoraggio e valutazione dei propri processi, progettato per la creazione di valore e per un miglioramento delle operazioni, a ogni livello.

Non conformità e azioni correttive

È attivo presso tutto l'Istituto un sistema di registrazione delle non conformità intese come scostamento dal risultato atteso riferito ad un processo o ad un prodotto. Tale raccolta sistematica di queste informazioni è particolarmente importante per garantire un'efficace e costante monitoraggio dei propri processi erogativi e per garantire un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni rese, sia assistenziali, sia legate alla ricerca.

La segnalazione di una non conformità può infatti richiedere l'avvio di azioni correttive che possono essere determinate dalle seguenti cause:

- presenza di non conformità di prodotto o processo;
- reclami da parte degli utenti;
- mancanza, inadeguatezza o inosservanza delle procedure;
- carenze di addestramento;
- esiti di audit interno o esterno.

Riesame della Direzione

Il Riesame della Direzione è un momento di analisi finalizzato ad assicurare l'adeguatezza e l'efficacia del Sistema di gestione aziendale e dei relativi strumenti di monitoraggio e raccolta dei dati e informazioni relative a tutti i processi interni.

In particolare, tali analisi effettuano una sintesi degli elementi di monitoraggio sopradescritti e qui sintetizzati:

- soddisfazione dell'utente;
- caratteristiche e andamento dei processi, incluse le opportunità per attuare azioni preventive;
- conformità ai requisiti del servizio.

Gli elementi in ingresso del Riesame tengono conto dei requisiti dell'utente, di tutte le informazioni provenienti dallo stesso e dagli altri stakeholder, e sono compresi nei seguenti:

- stato e risultati degli obiettivi per la qualità e delle attività di miglioramento;
- stato delle decisioni assunte nei precedenti Riesami della Direzione;
- risultati degli Audit Interni;
- relazioni annuali delle Strutture, unitamente alla matrice dei rischi ed eventuali piani di sviluppo/miglioramento;
- informazioni di ritorno da parte dell'utente e sulla soddisfazione dello stesso;
- controllo delle non conformità e del loro stato di trattazione;
- necessità di formazione e addestramento;
- analisi dati statistici periodici;
- altri fattori che possono influire sull'organizzazione.

Gli elementi in uscita dal riesame sono utilizzati dalla Direzione Aziendale per l'attuazione dei processi di miglioramento. Gli elementi che emergono dall'attività di riesame e che possono accrescere l'efficienza sono individuabili nei seguenti:

- obiettivi per il miglioramento della struttura e dei servizi in termini organizzativi, strutturali, impiantistici, tecnologici e, in generale, relativi al miglioramento nella gestione dei processi produttivi, di supporto e di controllo;
- valutazioni sull'idoneità delle strutture e delle risorse dell'Istituto.

Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Le azioni di monitoraggio sono individuate nella sezione "rischi corruttivi e trasparenza".

Monitoraggio performance

Le azioni di monitoraggio sono riportate nella sezione "performance".

Ulteriori elementi di valutazione esterna dell'attività dell'Istituto

Dal 2012 la Regione Veneto ha aderito al sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa. Tale sistema ha l'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione e di rappresentazione delle performance delle Aziende operanti al proprio interno, oltre a un confronto e una rappresentazione delle performance tra differenti regioni. Il sistema di valutazione della performance attraverso la rappresentazione del bersaglio con cinque fasce di valutazione (da scarsa performance a performance ottimale) riassume la performance di oltre 300 indicatori per il sistema di valutazione dei sistemi sanitari Regionali.

PIAO 2024 - 2026
ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Valutazione del rischio
		Pianificazione e controllo strategico A.1-A.10	A.1	Ciclo delle Performance	Responsabile UOS Controllo di Gestione	A.1.1	Performance Aziendale/Organizzativa (Budgeting-Reporting)	Responsabile UOS Controllo di Gestione	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali per centro di responsabilità	B
					Direttore UOC Gestione Risorse Umane	A.1.2	Performance individuale	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dall'individuazione degli obiettivi individuali alla loro valutazione finale	B
			A.2	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica			Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	M	
			A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano del fabbisogno delle risorse umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane			Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	M	
			A.4	Predisposizione e aggiornamento del Piano dei fabbisogni formativi	Responsabile Ufficio Formazione			Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	B	
			A.5	Predisposizione e aggiornamento del piano di programmazione degli acquisti di beni e servizi (escluso edilizia e impianti)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica			Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	M	
			A.6	Predisposizione e aggiornamento del piano dei lavori (edilizia e impianti)	Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali			Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	M	
			A.7	Predisposizione e aggiornamento del Piano di Internal Audit	Responsabile Internal Auditing			Dalla analisi dei rischi (Risk Assessment) e delle richieste interne/esterne all'approvazione del piano di audit da svolgere	B	
			A.8	Predisposizione e aggiornamento del Piano Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza			Dall'analisi del rischio corruttivo e degli adempimenti sulla trasparenza alla pianificazione delle attività da svolgere	B	
			A.9	Predisposizione e aggiornamento Piano linee di ricerca	Responsabile UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria			Dalla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	B	
		A.10	Predisposizione bilancio pluriennale di previsione e Bilancio preventivo economico annuale	Direttore UOC Contabilità e Bilancio			Dalla mappatura degli obiettivi dell'istituto alla loro traduzione in termini economici, finanziari e patrimoniali con conseguente redazione degli atti di riferimento	M		
		Impianto Organizzativo e di Controllo A.11.-A.20	A.11	Gestione documentale	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	A.11.1	Gestione attività di protocollazione		Dalla stesura del manuale della gestione della documentazione aziendale alla verifica della sua corretta applicazione	B
						A.11.2	Gestione dei provvedimenti (delibere e determini)		Dall'inserimento della proposta all'ordine del giorno alla sua pubblicazione	B
						A.11.3	Gestione, archiviazione e conservazione documentale		Dalla stesura del manuale di gestione del protocollo alla verifica della sua corretta applicazione	B
			A.12	Gestione Privacy	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali			Dalla individuazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla corretta gestione degli adempimenti	B	
			A.13	Prevenzione e protezione rischi in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione			Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività di contenimento degli stessi compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema	B	
			A.14	Gestione dei flussi aziendali	Direttore UOC Sistemi Informativi	A.14.1	Acquisizione dei dati	Direttore UOC Sistemi Informativi	Gestione delle procedure di acquisizione dei dati finalizzati all'alimentazione dei flussi di attività	B
						Responsabile UOS Controllo di Gestione	A.14.2	Invio flussi	Responsabile UOS Controllo di Gestione	Invio dei flussi e gestione delle anomalie
			A.15	Gestione dei flussi legati alla ricerca	Responsabile UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria			Dall'acquisizione dei dati al loro invio	B	
			A.16	Monitoraggio e miglioramento del Sistema di controllo interno tramite l'attuazione del piano di audit	Responsabile Internal Auditing	A.16.1	Risk assessment		Dalla valutazione dei rischi alla predisposizione del piano di audit	B
						A.16.2	Processo di audit		Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit-report finale	B
A.17	Monitoraggio attuazione Piano Anticorruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza			Dal piano Anticorruzione e Trasparenza approvato alle azioni/relazioni di monitoraggio previste	B				
A.18	Monitoraggio e miglioramento del Sistema di Gestione Qualità	Responsabile UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS			Dalla gestione del Sistema di Gestione Qualità al suo sviluppo promuovendo azioni e piani di miglioramento	B				
A.19	Gestione percorsi percorsi di qualità, autorizzazione, accreditamento e certificazione	Responsabile UOS Qualità, Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS			Dalla mappatura dei requisiti applicabili al loro presidio in termini di rispondenza	B				
A.20	Gestione della comunicazione istituzionale, dei reclami e delle campagne di marketing	Responsabile Servizio Rapporti con i il paziente e con gli stakeholder	A.20.1	Gestione attività di comunicazione istituzionale		Dalla definizione del piano editoriale alla sua attuazione attraverso tutti gli strumenti idonei a veicolare la comunicazione dell'istituto compresa la patient education e il coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei pazienti	B			
			A.20.2	Gestione rapporti con gli utenti e reclami/suggerimenti/elogi		Dalla gestione del front office a favore degli utenti alla gestione dei reclami/suggerimenti/elogi (attività core URP)	B			
			A.20.3	Gestione campagne di marketing istituzionale		Dalla progettazione delle campagne di marketing alla loro esecuzione compreso il merchandising	B			
A.21	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	A.21.1	Identificazione dei fabbisogni specifici	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera	Dalla programmazione e previsione di attività da svolgere, all'identificazione qualitativa dei fabbisogni di beni e servizi per il periodo di riferimento	A			
			A.21.2	Programmazione delle procedure di acquisto di beni e servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del fabbisogno e dall'analisi della disponibilità contrattuale in essere, all'elaborazione della programmazione annuale/triennale, compresa la definizione delle modalità di acquisizione (soggetti interni/esterni es. Az. Zero e tipologia di procedure)	A			
			A.21.3	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sotto soglia	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	A			
			A.21.4	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sopra soglia	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	A			

PIAO 2024 - 2026
ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Valutazione del rischio	
PROCESSO DI SUPPORTO	Amministrativa	Acquisizione e gestione delle risorse strumentali e dei servizi A.21 - A.30				A.21.5	Acquisizione mediante adesione a gara di acquisto centralizzata regionale di beni e servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'invio del fabbisogno, al recepimento dell'aggiudicazione, alla stipula del contratto	B	
						A.21.6	Acquisizione mediante adesione a gara CONSIP (accordo quadro) di acquisto di beni e servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'accordo CONSIP all'adesione all'accordo quadro e stipula del contratto	B	
			A.22	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi legati alla ricerca	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria	A.22.1	Identificazione dei fabbisogni specifici	UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria	Dalla programmazione e previsione di attività da svolgere, all'identificazione qualitativa dei fabbisogni di beni e servizi per il periodo di riferimento	A	
						A.22.2	Programmazione delle procedure di acquisto di beni e servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del fabbisogno e dall'analisi della disponibilità contrattuale in essere, all'elaborazione della programmazione annuale/triennale, compresa la definizione delle modalità di acquisizione (soggetti interni/esterni es. Az. Zero e tipologia di procedure)	A	
						A.22.3	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sotto soglia	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	A	
						A.22.4	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sopra soglia	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	A	
			A.23	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	A.23.1	Gestione del contratto di acquisizione di beni sanitari e non sanitari		Dall'acquisizione del contratto (compresa la gestione del contratto di comodato d'uso e conto visione), alla gestione della fase di esecuzione del contratto al controllo dello stesso e alla liquidazione della spesa	A	
						A.23.2	Gestione del contratto di servizi esternalizzati sanitari e non sanitari		Dall'acquisizione del contratto, alla gestione della fase di esecuzione del contratto al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	A	
			A.24	Gestione della logistica di magazzino	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica Direttore UOC Farmacia	A.24.1	Gestione del magazzino farmaceutico di materiale sanitario (farmaci e dispositivi medici)	Direttore UOC Farmacia	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata , allo stoccaggio e conservazione, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	M	
						A.24.2	Gestione del magazzino economale di materiale non sanitario	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata , allo stoccaggio e conservazione, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	M	
						A.24.3	Gestione dei magazzini di reparto	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata , allo stoccaggio al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	M	
			A.25	Gestione della Convenzione Quadro per sede ospedaliera non di proprietà	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	A.25.1	Gestione aspetti generali del contratto		Dall'acquisizione del contratto alla gestione degli aspetti generali, al controllo della corretta esecuzione, alla liquidazione della spesa	M	
						A.25.2	Gestione dei servizi erogati attraverso convenzione quadro		Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	M	
			A.26	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)	Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	A.26.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio immobiliare e impiantistico		Dalla programmazione del fabbisogno alle procedure di acquisizione, manutenzione, alienazione e dismissione	A	
						A.26.2	Gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico		Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese	A	
			A.27	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio ICT	Direttore UOC Sistemi Informativi	A.27.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio ICT (ricompresa nel 21.2 e 3)		Dall'acquisizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione, manutenzione ed alienazione e dismissione	A	
						A.27.2	Gestione del patrimonio dell'area ICT		Dalla programmazione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto, alla verifica della corretta gestione, alla liquidazione delle spese	A	
			A.28	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio HT (Health Technology - apparecchiature elettromedicali)	Responsabile UOS Ingegneria Clinica	A.28.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio HT		Dalla programmazione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese	A	
		A.28.2				Gestione del patrimonio dell'area HT		Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese	A		
		Acquisizione e gestione delle risorse umane A.31-A.40		A.31	Gestione risorse umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	A.31.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti di competenza aziendale (compreso personale in convenzione, specializzandi, liberi professionisti, etc)		Dalla gestione della programmazione del fabbisogno, al supporto all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	A
							A.31.2	Gestione giuridica		Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.	A
							A.31.3	Gestione orario di lavoro		Dalla gestione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	M
							A.31.4	Gestione economica e fiscale		Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	M
							A.31.5	Gestione previdenziale		Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del dipendente, il quale maturi i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza	B
							A.31.6	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)		Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto	B
							A.32.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti di competenza aziendale finalizzate alle attività di ricerca		Dalla gestione della programmazione del fabbisogno, al supporto all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	A
				A.32	Gestione risorse umane legate alla ricerca	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	A.32.2	Gestione giuridica		Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.	A
							A.32.3	Gestione orario di lavoro		Dalla gestione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	M
							A.32.4	Gestione economica e fiscale		Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	M

PIAO 2024 - 2026
ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Valutazione del rischio					
Gestione finanziaria e contabile A.41-A.50						A.32.5	Gestione previdenziale		Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del dipendente, il quale maturi i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza	B					
						A.32.6	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)		Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto	B					
		A.33	Formazione	Responsabile Ufficio Formazione	A.33.1	Formazione interna		Dalla programmazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori	M						
					A.33.2	Formazione esterna		Dalla richiesta di partecipazione alla formazione esterna alla liquidazione delle spese	M						
		A.41	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	A.41.1	gestione contributi in c/esercizio	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso	A						
					A.41.2	gestione contributi vincolati	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	A						
					A.41.3	Inventariazione beni mobili ed attrezzature	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile compresa l'alienazione e la dismissione	A						
		A.42	Gestione dei Contributi finalizzati alla ricerca	Direttore UOC Contabilità e Bilancio Responsabile UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria	A.42.1	Gestione contributi finalizzati alla ricerca	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso	A						
					A.42.2	Rendicontazione contributi finalizzati alla ricerca	Responsabile UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria	Rendicontazione del contributo	A						
		A.43	Gestione della Tesoreria	Direttore UOC Contabilità e Bilancio Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	A.43.1	Inventario fisico ciclico dei cespiti	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dalla programmazione dell'attività di verifica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari	A						
					A.43.2	Gestione Fondo Economale	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione	A						
					A.43.3	Gestione Pagamenti	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	B						
					A.43.4	Gestione delle casse aziendali	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Dalla verifica della prenotazione o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature	M						
					A.43.5	Regolarizzazione entrate	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reversale, alla riconciliazione con il Tesoriere	B						
		A.44	Generazione e chiusura di bilancio	Direttore UOC Contabilità e Bilancio			Dall'elaborazione del calendario di bilancio, alla gestione delle scritture di assestamento, alla predisposizione della proposta di approvazione del bilancio	B							
		A.45	Gestione degli Adempimenti fiscali	Direttore UOC Contabilità e Bilancio			Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione e all'invio di eventuali dichiarazioni	B							
		A.46	Recupero del credito	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale Direttore UOC Contabilità e Bilancio Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	A.46.1	Recupero del credito di 1° livello di natura fiscale	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti all'avvio delle procedure di recupero di 1° livello	M						
					A.46.2	Recupero del credito di 2° livello di natura fiscale	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti all'avvio delle procedure di recupero coattivo per il tramite dell'Agenzia delle Entrate	M						
					A.46.3	Recupero del credito di 2° livello di natura privatistica	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	Gestione della procedura di recupero credito di 2° livello di natura privatistica. Gestione del recupero credito in caso di fallimento del creditore	M						
		A.47	Mobilità attiva	Responsabile UOS Controllo di Gestione			Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso	B							
		A.48	Donazione e lasciti ereditari	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali			Dalla comunicazione del donante all'Azienda alla comunicazione dell'esito in merito all'accettazione o meno della donazione in oggetto. Dalla pubblicazione del testamento all'accettazione dell'eredità.	B							
		Tutela legale A.51			A.51	Gestione Sinistri e contenzioso	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	A.51.1	Gestione del contenzioso		Dalla ricezione/comunicazione dell'evento alla cessazione del contenzioso	M			
								A.51.2	Gestione dei sinistri		Dalla richiesta di risarcimento alla chiusura/liquidazione e/o proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi	B			
		Produzione ambulatoriale e di ricovere O.1 - O.10			O.1	Specialistica ambulatoriale per esterni	Responsabile Attività Specialistica Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	O.1.1	Gestione dell'offerta di prestazione (CUP)	Responsabile Attività Specialistica Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera	Dalla programmazione dell'offerta, definizione delle modalità di prenotazione all'apertura e gestione delle agende	B			
								O.1.2	Attività di sportello fisico e virtuale	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Registrazione delle prenotazioni SSN	B			
								O.1.3	Gestione amministrativa dell'erogazione delle prestazioni specialistiche	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Dall'acquisizione delle prenotazioni, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'esecuzione e alla registrazione della prestazione, al rilascio del referto	M			
								O.3	Prestazioni di ricovero in SSN	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	O.3.1	Gestione dell'offerta di prestazioni	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera	Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO	M
											O.3.2	Gestione amministrativa	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori ulss o alla richiesta di fatturazione diretta a paganti in proprio	M
O.11	Gestione delle ricerche sanitarie	UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria			Dall'attuazione del programma di ricerca dell'Istituto al supporto alla realizzazione di progetti di ricerca innovativi, monitorandone e verificandone lo stato di avanzamento ed il raggiungimento degli obiettivi	M									

PIAO 2024 - 2026
ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Valutazione del rischio	
PROCESSI PRIMARI	Ospedaliera	Ricerca O.11-O.20	0.12	Gestione delle sperimentazioni cliniche	UOSD Unità di Ricerca Clinica				Dalla programmazione e gestione della ricerca clinica promossa dall'Istituto alla gestione della ricerca clinica con promotore esterno all'Istituto, sia di natura profit che no-profit	M	
			0.13	Supporto ai processi di innovazione e di valorizzazione della ricerca	UOSD Valorizzazione della Ricerca				Dal supporto nell'individuazione ed ottenimento di finanziamenti nazionali e internazionali, alla contrattualizzazione sono alla tutela della proprietà intellettuale	M	
			0.14	Gestione delle attività di segreteria del Comitato Etico Territoriale	Responsabile Segreteria del Comitato Etico Territoriale				Dalla sottomisone dello studio alla comunicazione di approvazione/non approvazione	B	
	Libera Professione O.21 - O.30	Ospedaliera	O.21 Prestazioni in regime di LP		Prestazioni in regime di LP	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	O.21.1	Acquisto di prestazioni di LP di azienda (art. 55)	Direttore UOC Direzione Medica Ospedaliera	Dalla predisposizione del fabbisogno alla gestione delle acquisizioni, alla liquidazione del compenso	M
				O.21.2			Attività specialistica in regime di LP	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di agende spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	A	
				O.21.3			Attività di ricovero in regime di LP	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Dalla definizione del preventivo alla programmazione del ricovero alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	A	
				O.21.4			Consulenze / vendita di prestazioni esterne in regime di LP	Responsabile UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	Dalla pianificazione della consulenza/prestazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi	A	
				O.22.1			Attività amministrative legate alla stesura e sottoscrizione delle convenzioni	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	Dalla ricezione e presa in carico della richiesta di prestazioni, alla definizione della convenzione	A	

PIAO 2024-2026

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOSD Unità di Ricerca Clinica	Gestione delle sperimentazioni cliniche (profit e no-profit)	Incompleta documentazione/ mancato rispetto della normativa nazionale e internazionale sulle sperimentazioni cliniche/ nelle no-profit le cointeressenze economiche del P.I.	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione/ Definizione di regolamenti e procedure/Utilizzo di modelli standard di verbali con check list/Rotazione del personale ispettivo	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno"
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOSD Sviluppo e coordinamento della ricerca sanitaria	Gestione della ricerca scientifica in ambito sanitario (escluse le ricerche cliniche)	Incompleta documentazione/ mancato rispetto della normativa nazionale e internazionale	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione/ Definizione di regolamenti e procedure/Utilizzo di modelli standard di verbali con check list	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno"
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOSD Sviluppo e coordinamento della ricerca sanitaria	Mancata annotazione di spesa nella rendicontazione	Incompleta documentazione	Definizione di responsabilità / Pianificazione controlli	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Opacità del processo decisionale:
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	Medico Competente	VALUTAZIONI ALL' IDONEITA' LAVORO/MANSIONI	I rischi andranno rilevati dopo specifica analisi organizzativa; si riportano i rischi proposti per il settore Sanità ma che possono essere utilizzati in tutti i settori. In rosso rischi rilevati in casi pratici	Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali / Nell'ambito delle risorse disponibili, creazione di meccanismi di raccordo tra le banche dati istituzionali dell'amministrazione, in modo da realizzare adeguati raccordi informativi tra i vari settori dell'amministrazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI	UOS Direzione Amministrativa di Ospedale	PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale / Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione / Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni / Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale/	Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia /Controlli a campione su dichiarazioni, documenti, banche dati, altro (se altro, specificare): specificare il tipo di controlli e la metodologia adottata / Controlli interni / Definizione di criteri / Definizione di regolamenti e procedure / Analisi da parte di operatore-struttura al di fuori del processo/Definizione di responsabilità / Possibilità di segnalazioni dall'esterno /Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento
ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	UOC Direzione medica ospedaliera	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili / Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili / Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario) / Assenza di adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio da parte del management dell'ente	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi pr) / Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice / Verifica da parte degli organi di controllo interno / Trasparenza: Pubblicare nei siti istituzionali i dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni secondo le indicazioni contenute nel D.lgs. n. 33/2013 e le altre prescrizioni vigenti	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	UOC Direzione medica ospedaliera	PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa Svolgimento della libera professione in orario di servizio / Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Definizione di regolamenti e procedure / Controlli interni	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	UOC Direzione medica ospedaliera	PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale / Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione / Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale / Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione	Aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali / Pubblicazione criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata / Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Monitoraggi periodici utilizzo sale operatorie e liste di programmazione / Informatizzazione delle liste di attesa	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica UOSD Servizi tecnici e patrimoniali	GESTIONE DELLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti / Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Fatturazione di prestazioni non effettuate	Controllo da parte degli organi interni. Organismo di valutazione / Il sistema dei controlli interni: Controllo di regolarità amministrativa (successivo)	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno"
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Contabilità e Bilancio	PROCEDURA DI PAGAMENTO MANDATI	Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti fornitori particolari	Previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico dirigente / Misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari / Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno"

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOS Controllo di Gestione	GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti / Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	Collegialità	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno"
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica UOSD Servizi tecnici e patrimoniali	GESTIONE DELLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti / Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	Presenza dati su cruscotti direzionali/ Definizione di criteri	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno"
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOC Gestione Risorse Umane	CONTROLLO SULLE AUTOCERTIFICAZIONI	Omissione dei controlli al fine di agevolare determinati soggetti	Controlli su dichiarazioni, documenti, banche dati, altro (casellario giudiziale)	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOSD Professioni sanitarie ospedaliere	PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Scelte e gestione meno precise e sotto controllo vista la maggior complessità gestionale	Definizione di regolamenti e procedure	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre.2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica UOSD Servizi tecnici e patrimoniali	Art. 50 d.lgs. 36/2023 APPALTI SOTTO SOGLIA COMUNITARIA APPALTI DI SERVIZI E FORNITURE DI VALORE COMPRESO TRA 140.000 € E LA SOGLIA COMUNITARIA; APPALTI DI LAVORI DI VALORE PARI O SUPERIORE A 150.000 € E < 1 MLN € / FINO ALLA SOGLIA COMUNITARIA	Possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto Possibile incremento del rischio di frazionamento oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato, in modo tale da non superare i valori previsti dalla norma oppure mancata rilevazione o erronea valutazione dell'esistenza di un interesse transfrontaliero certo	Previsione di specifici indicatori di anomalia, anche sotto forma di alert automatici nell'ambito di sistemi informatici in uso all'amministrazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre.2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di interesse "esterno"
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica UOSD Servizi tecnici e patrimoniali	Art. 50 d.lgs. 36/2023 APPALTI SOTTO SOGLIA COMUNITARIA	Affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici	Previsione di procedure interne che individuino criteri oggettivi di rotazione nella nomina del RUP	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre.2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di interesse "esterno"
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica UOSD Servizi tecnici e patrimoniali	Art. 76 d.lgs. 36/2023 APPALTI SOPRA SOGLIA Quando il bando o l'avviso o altro atto equivalente sia adottato dopo il 30 giugno 2023, utilizzo delle procedure negoziate senza bando ex art. 76 del Codice	Possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni, in particolare: - dell'unicità dell'O.E. (comma 2, lett.b); - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla S.A. (comma 2, lett.c)	Adozione di direttive generali interne con cui la S.A. fissi criteri da seguire nell'affidamento dei contratti sopra soglia mediante procedure negoziate senza bando (casi di ammissibilità, modalità di selezione degli O.E. da invitare alle procedure negoziate ecc.) Chiara e puntuale esplicitazione nella decisione a contrarre delle motivazioni che hanno indotto la S.A. a ricorrere alle procedure negoziate	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre.2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di interesse "esterno"

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Gestione Risorse Umane	GESTIONE DELLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	Tracciabilità processo nelle sue varie fasi (es programmi informatici, check list, verbali su format pre impostati) / Controlli interni	Report a RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di interesse "esterno"
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	NOMINA DEL DEC - DIRETTORE ESECUZIONE CONTRATTO	Mancanza DURC e certificato antimafia / Mancata effettuazione dei controlli / Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore / Proroghe sulle forniture per procrastinare le entrate di un operatore economico preacquisito	Adempimenti e controlli conseguenti alle aggiudicazioni e relativa gestione documentale (acquisizione AVCPass, antimafia, depositi cauzionali, DURC) / Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze) / Definizione di regolamenti e procedure	Report a RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	PROCEDURA GARA - DETERMINAZIONE CRITERI DI AGGIUDICAZIONE	Collusione / Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione /Regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato	Report a RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE RISORSE UMANE	UOC Gestione Risorse Umane	ELABORAZIONE STIPENDI	<p>Accordi con il lavoratore a fronte di benefici / Applicazione non coerente ed uniforme del Regolamento / Attuazione di corsie preferenziali nella trattazione delle pratiche / Collusione / Diffusione di informazioni riservate o non autorizzate / Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto / Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati / Irregolarità nell'utilizzo degli istituti contrattuali / Omissioni di controllo / Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati</p>	<p>Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale / Controlli a campione su dichiarazioni, documenti, banche dati/ Formazione del personale (trasversale di amministrazione): Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato / Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale / Definizione di regolamenti e procedure / Tracciabilità processo nelle sue varie fasi (programmi informatici, check list, verbali su format preimpostati) / Controlli interni / Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi / Informatizzazione dei processi.</p>	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	PROCEDURA GARA - NOMINA COMMISSIONE TECNICA	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Rotazione dei componenti interni delle commissioni diversi dal Presidente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
INCARICHI E NOMINE	Ufficio Formazione	CONFERIMENTO INCARICHI DI DOCENZA	Conferimento incarichi di docenza / Reclutamento di consulenti e collaboratori in base a personalismi	Trasparenza: Pubblicare nei siti istituzionali i dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni secondo le indicazioni contenute nel D.lgs. n. 33/2013 e le altre prescrizioni vigenti / Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno" Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOSD Servizi tecnici e patrimoniali	STIPULA/GESTIONE CONTRATTI LOCAZIONE/CONCESSIONE DI BENI IMMOBILI	Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte / Conflitto di interessi	Pubblicazione dei provvedimenti / Controlli interni / Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno" Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	UOSD Affari generali e Legali	AFFIDAMENTO INCARICHI DI TUTELA GIUDIZIARIA E STRAGIUDIZIALE A LEGALI ESTERNI	Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità, mancata verifica della congruità del preventivo	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse/ Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali/ Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno" Grado di attuazione delle misure di trattamento

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	UOSD Affari generali e Legali UOC Direzione Medica Ospedaliera Risk Management	GESTIONE DEI SINISTRI	Raccolta incompleta delle informazioni, finalizzata ad orientare l'esito del controllo/Omissione dei controlli di merito	Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)/Adozione di una procedura di gestione sinistri/Informatizzazione del monitoraggio dei sinistri e del rischio clinico (GSRC)/Pubblicazione degli incarichi e degli importi liquidati in Amministrazione Trasparente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	UOSD Affari generali e Legali	TUTELA LEGALE DEL DIPENDENTE	Omissione dei controlli di merito/omessa verifica di eventuali incompatibilità/Inosservanza delle norme di legge e di regolamento	Adozione del Regolamento per la tutela legale del dipendente/Costituzione di due elenchi di avvocati per l'affidamento di incarichi difensivi dei dipendenti/Pubblicazione degli incarichi in Amministrazione Trasparente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica UOSD Servizi Tecnici e patrimoniali	GESTIONE AFFIDAMENTO IN SUBAPPALTO	Rilascio dell'autorizzazione al subappalto in assenza dei controlli previsti dalla norma. Consentire il subappalto a cascata di prestazioni soggette a rischio di infiltrazioni criminali. Omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati.	Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari/Controlli a campione su dichiarazioni, documenti, banche dati, altro (se altro, specificare): specificare il tipo di controlli e la metodologia adottata Attenta valutazione da parte della S.A. delle attività/prestazioni maggiormente a rischio di infiltrazione criminale per le quali, ai sensi del comma 17 dell'art. 119, sarebbe sconsigliato il subappalto a cascata. Analisi degli appalti rispetto ai quali è stato autorizzato, in un dato arco temporale, il ricorso all'istituto del subappalto.	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno" Grado di attuazione delle misure di trattamento

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Contabilità e Bilancio	GESTIONE DELLE PROCEDURE INFORMATICHE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte / Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere / Fatturazione di prestazioni non effettuate	Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice / Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali / Introduzione di procedure che prevedano che i verbali relativi ai servizi svolti presso l'utenza debbano essere sempre sottoscritti dall'utente destinatario / Rendicontazione interna periodica	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	UOC Farmacia	SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN REGIME DI RICOVERO	Distribuzione impropria di farmaco nella quantità / Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino	Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Rendicontazione interna periodica / Controlli interni / Definizione di regolamenti e procedure / Monitoraggio utilizzo e introduzione dispositivi medici nell'ambito della Commissione Dispositivi	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno" Grado di attuazione delle misure di trattamento
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	GESTIONE SCORTE E MAGAZZINI FARMACI	Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti / Omissione dei controlli di merito	Utilizzo di modelli standard di verbali con check list / Definizione di regolamenti e procedure	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Livello di interesse "esterno" Grado di attuazione delle misure di trattamento

ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2024-2026	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	UOC Farmacia	SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER ATTIVITA' SPECIALISTICHE	Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci	Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report al 30 giu. 2024/ finale al 30 novembre 2024	Grado di attuazione delle misure di trattamento

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)	
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 e art. 6, co.4, d.l. 80/2021	Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) e sezione per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Dirigente responsabile della UOS Controllo di Gestione	Annuale	01/03/2024 Responsabile RPCT	Entro 15 giorni dall'approvazione	
	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	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/09/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 gg dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normattiva	
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Regolamenti, processi, 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	Il dirigente responsabile dell'Unità Operativa che predispone l'atto	Il dirigente responsabile dell'Unità Operativa che predispone l'atto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 gg dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento o adozione di nuovi atti	
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	Attestazione e relazione e griglia di rilevazione	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza:	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	In relazione alle indicazioni annuali di ANAC	In relazione alle indicazioni annuali di ANAC	In base alle indicazioni annuali di ANAC	
		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'Istituto	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	Responsabile UOSD Affari Generali e Legali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di comportamento	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 disciplinare inteso quale codice di comportamento	Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza	monitoraggio annuale entro 31/01 Responsabile RPCT	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 15 giorni dall'approvazione	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi Oneri informativi per cittadini e imprese	Non applicabile agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.97/2016						
Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, e 3 bis d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero e attività soggette a controllo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.97/2016							
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1 bis, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico:						
		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico		
		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico		
		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico		
		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Pubblicazione sospesa in attesa di coordinamento con il d.l.162/2019, convertito con l. 8/2020		
		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT			
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] – In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico).	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020		
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]- In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020		
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982			3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]- In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020		
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982			Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con indicazione della durata dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013				Curriculum vitae	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico e importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2024 Responsabile RPCT	

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)	
		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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2024 Responsabile RPCT		
		Art. 14, c. 1, lett. de, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2024 Responsabile RPCT		
	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.- In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020		
	Articolazione degli uffici	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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Dirigente responsabile della UOS Qualità, Accreditamenti e riconoscimento IRCCS	Dirigente responsabile della UOS Qualità, Accreditamenti e riconoscimento IRCCS	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento	
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	Dirigente responsabile della UOS Qualità, Accreditamenti e riconoscimento IRCCS	Dirigente responsabile della UOS Qualità, Accreditamenti e riconoscimento IRCCS	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento		
Consulenti e collaboratori	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	Struttura che affida incarico	Struttura che affida incarico	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:	1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Struttura che affida incarico	Struttura che affida incarico	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (Collegamento con PerlaPA)
		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						
		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						
		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)						
Art. 53, c. 14, d.lgs. n.165/2001	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse									
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico di direzione di Unità Operativa e di Dipartimento:	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	
				Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico						
				Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo						
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)						
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici						
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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT					

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]- In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) - In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane: Dr.ssa Monica Paiola	Direttore UOC Gestione Risorse Umane: Dr.ssa Monica Paiola	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]-- In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane:	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	31/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/10/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione
	Posti di funzione disponibili	Art.19, c.1-bis, d.lgs. 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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Ruolo dirigenti	Art.1, c.7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione (ance dell'eventuale aggiornamento)
	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 distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
		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)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
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		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
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		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/11/2024 Responsabile RPCT		
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)	30/11/2024 Responsabile RPCT				

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile 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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	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.	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	
		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.	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla rilevazione
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla rilevazione
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale
	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)	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 (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale
	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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, 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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla trasmissione
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	
Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT		
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi (da pubblicare in tabelle)		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
Bandi di concorso	Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	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 (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 7 giorni	
Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2015 D.lgs. 97/2016	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 10 giorni dall'approvazione	

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)	
Performance	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/PIAO	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) all'interno del PIAO	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno	
	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Entro 10 giorni dall'approvazione	
	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 (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 10 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 10 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio	
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti				Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del trattamento accessorio		
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Non pertinente all'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS						
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013								
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno	
				Per ciascuna società						
				1) ragione sociale	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno	
				3) durata dell'impegno	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno	
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno				
7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno					
	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)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
	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)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
		Art. 22, c. 1, lett. d)-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 22, c. 1, lett.a),d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
Non pertinente all'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS									
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n.33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento					
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale 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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		4) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		5) 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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		6) 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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		7) 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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		8) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. l, d.lgs. n. 33/2013		9) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, attraverso pago PA	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		10) 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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative
					Per i procedimenti ad istanza di parte:				
		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					
		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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Monitoraggio tempi procedurali	Art.24, c.2, d.lgs.n.33/2013 e Art.1, c.28, l.n.190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
	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	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
Controllo sulle imprese	Tipologie di controllo	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Obblighi e adempimenti	Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art.23, c.1, d.lgs.33/2013-Art. 1, c.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.	Non pertinente all'Azienda Sanitaria				
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art.23, c.1, d.lgs.33/2013-Art. 1, c.16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art.23, c.1, d.lgs.33/2013-Art. 1, c.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.	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art.23, c.1, d.lgs.33/2013-Art. 1, c.16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE				ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE					
		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: utilizzo piattaforma certificata interoperabile PAD Sintel, utilizzo PCP Anac	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
		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	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	31/01/2024 Responsabile RPCT	
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)		Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	
	Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo				
	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				
	PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO l'Unità Operativa competente alla pubblicazione inserirà 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 SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI:	
							quando sarà disponibile il link fornito da ANAC		

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
Bandi di gara e contratti		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	Pubblicazione	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	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		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)	Pubblicazione	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Affidamento	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		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.2, d.lgs. 36/2023)	Affidamento	<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 redatto a cura di esclusivo elemento della presentazione della domanda di	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	30/05/2023 30/09/2023 30/12/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Esecutiva	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		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)	Esecutiva	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
		Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023: contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Sponsorizzazioni	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.	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Finanza di progetto	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)	
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n.33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Tempestivo in caso di aggiornamento. Entro ogni trimestre	
	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	UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Tempestivo in caso di aggiornamento. Entro ogni trimestre	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	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 nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	30/11/2024 RPCT	In base alle indicazioni annuali di ANAC	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Contestualmente all'approvazione	
				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)	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Contestualmente all'approvazione	
				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	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Contestualmente all'approvazione	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio e al bilancio preventivo annuale	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	
Servizi erogati	Corte dei conti	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Rilievi Corte dei conti	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento	
	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	Ufficio Comunicazione e Divulgazione Scientifica	Ufficio Comunicazione e Divulgazione Scientifica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Art. 4, 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	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/6/2024 30/9/2024 31/12/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione
					Sentenza di definizione del giudizio	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione
					Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n.33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n.33/2013	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo (da pubblicare in tabelle)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n.33/2013	Liste di attesa	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata (da pubblicare in tabelle)	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT		
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	UOS Accreditamento e Qualità	Ufficio Accreditamento e Qualità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT			

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n.33/2013	Dati sui pagamenti	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.	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro lo scadere di ogni trimestre
	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	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 (da pubblicare in tabelle)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro lo scadere di ogni trimestre
	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)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 15 gennaio
		Art. 33, d.lgs. n.33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Trimestrale (art.33, c.1, d.lgs. n.33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento
		Art. 33, d.lgs. n.33/2013	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2024	Entro il 15 gennaio
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n.33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n.82/2005	IBAN e pagamenti informatici Pago PA	Dal 28/02/2021 è scattato l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di veicolare i propri incassi attraverso pago PA. L'Istituto Oncologico Veneto ha attivato MY PAY, piattaforma sviluppata dalla Regione del Veneto conformemente al sistema pagoPa ed alle linee guida AGID (Agenzia per l'Italia Digitale).	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/06/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 3 giorni dall'eventuale aggiornamento
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art.21 co.7	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti").	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo(art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/06/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate: collegamento a BDAP Banca Dati Appalti Pubblici (https://www.ioveneto.it/amm-trasparente/collegamento-a-bdap-banca-dati-amministrazioni-pubbliche/)	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n.33/2013		Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate: collegamento a BDAP Banca Dati Appalti Pubblici (https://www.ioveneto.it/amm-trasparente/collegamento-a-bdap-banca-dati-amministrazioni-pubbliche/)	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c.14, l.190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n.190/2012)	31/01/2024 Responsabile RPCT	Entro il 15 dicembre di ogni anno, salvo diversa indicazione di ANAC
		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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'adozione provvedimento
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 5 giorni dall'accertamento
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n.33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 5 giorni dall'atto di nomina
		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	Strutture competenti	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 5 giorni dall'indicazione
	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	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Semestrale	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 15 gennaio e il 15 giugno di ogni anno	

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2024

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo_gestiti_da_AGID	Responsabile UOC Sistemi Informativi	Responsabile UOC Sistemi Informativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 gennaio di ogni anno
		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	Responsabile UOC Sistemi Informativi	Responsabile UOC Sistemi Informativi	Annuale	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dall'approvazione
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità	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 (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Direttore UOC Sistemi Informativi	Direttore UOC Sistemi Informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 gennaio di ogni anno
		Linee Guida AgID sull'accessibilità ICT/Direttiva UE 2016/2102	Pubblicazione delle dichiarazioni di accessibilità al sito web dello IOV-IRCCS	Le P.A sono tenute ad effettuare l'aggiornamento delle dichiarazioni di accessibilità al sito web dello IOV IRCCS come da Linee Guida AgID	Direttore UOC Sistemi Informativi	Direttore UOC Sistemi Informativi	Annuale	23/09/2024 Responsabile RPCT	In base alle indicazioni annuali dell'ANAC
	Dati relativi alle sperimentazioni cliniche	Art. 2 D. Lgs. 52/2019	Pubblicazione dei dati relativi alle sperimentazioni cliniche	Elenco delle sperimentazioni cliniche deliberate con indicazione dei dati principali (codice studio, sponsor/promotore, P.I. ed Unità Operativa, etc.)	Responsabile UOSD Unità di Ricerca Clinica (URC)	Responsabile UOSD Unità di Ricerca Clinica (URC)	Annuale	30/04/2024 30/11/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno
	Dati ulteriori	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Dati ulteriori	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 (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)	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n.179/2012)	30/11/2024 Responsabile RPCT	
Legge n. 24 del 08/03/2017: sicurezza delle cure della persona assistita e responsabilità professionale	Risarcimenti danni erogati	Art. 4, c. 3, legge 24/2017 Art. 1, c.1, legge 208/2015	Risarcimenti per responsabilità civile	Dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	Annuale	30/12/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 dicembre di ogni anno
	Relazione rischio clinico e sicurezza dei pazienti	Art.2, comma 5, l.24/2017	Relazione annuale	Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto	Risk manager	Risk manager	Annuale	30/12/2024 Responsabile RPCT	Entro il 30 dicembre di ogni anno
	Polizza RCT/O	Art. 10, legge 24/2017	Polizza assicurativa	Contratto assicurativo e schema di polizza RCT/O	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	In base alla validità della polizza	30/12/2024 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

PIAO 2024 - 2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

Azienda 952 - IOV

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010			-	Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
				€ 63.801.250,76	-	€ 349.620,14	-	-	€ 56.093,36	133.233,84 €			-	-	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	242,21	40	22.554.543,02 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	850.196,89 €	56.093,36	490.000,00	0,00 €	226.000,00	€ 716.000,00	€ 330.000,00	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza sanitaria	S	53,79	2,5	4.295.934,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	181.869,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	€ 12.333,00	0,00 €	0,00 €	
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	12	0	1.054.281,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		308	42,5	27.904.759,27 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	1.032.066,56 €	56.093,36 €	490.000,00 €	0,00 €	226.000,00 €	716.000,00 €	342.333,00 €	0,00 €	0,00 €
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	402,16	0	17.146.361,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
	Personale tecnico sanitario	S	113,03	2	4.641.691,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12338,47	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	€ 19.500,00	0,00 €	0,00 €	
	Personale della riabilitazione	S	2	0	64.359,83 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
	Personale della prevenzione	S	2	0	63.310,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
	Altro personale ruolo della ricerca	S	88,00	0	3.371.458,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
	OSS/OTAA	SS	148,5	0	5.027.513,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
	Altro personale ruolo tecnico e socio sanitario	SS T	36,83	0,5	1.015.387,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6689,37	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	177,5	4,5	5.328.211,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13796,13	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	€ 51.000,00	0,00 €	0,00 €	
TOTALE PERSONALE COMPARTO		970,02	7	36.658.293,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	32.823,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70.500,00 €	0,00 €	0,00 €	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			1278,02	49,5	64.563.052,90 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	1.064.890,53 €	56.093,36 €	490.000,00 €	0,00 €	226.000,00 €	716.000,00 €	412.833,00 €	0,00 €	0,00 €

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

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

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

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

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

PIAO 2024 - 2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2025

Azienda

952 - IOV

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010			-	Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
				€ 63.801.250,76	-	€ 349.620,14	-	-	€ 56.093,36	€ 133.233,84			-	-	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	243,21	40	22.605.215,71 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	850.196,89 €	56.093,36	490.000,00	0,00 €	226.000,00	€ 716.000,00	330.000,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza sanitaria	S	53,79	2,5	4.290.752,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	181.869,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	12	0	1.053.009,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		309	42,5	27.948.978,27 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	1.032.066,56 €	56.093,36 €	490.000,00 €	0,00 €	226.000,00 €	716.000,00 €	330.000,00 €	0,00 €	0,00 €
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	402,16	0	17.125.678,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale tecnico sanitario	S	113,03	1	4.636.092,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12338,47	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale della riabilitazione	S	2	0	64.282,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale della prevenzione	S	2	0	63.234,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Altro personale ruolo della ricerca	S	88,00	0	3.367.391,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	OSS/OTAA	SS	148,5	0	5.021.448,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Altro personale ruolo tecnico e socio sanitario	SS T	31,83	0,5	1.014.162,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6689,37	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	177,5	1,5	5.321.784,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13796,13	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTALE PERSONALE COMPARTO		965,02	3	36.614.074,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	32.823,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			1274,02	45,5	64.563.052,90 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	1.064.890,53 €	56.093,36 €	490.000,00 €	0,00 €	226.000,00 €	716.000,00 €	330.000,00 €	0,00 €	0,00 €

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

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

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

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

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

PIAO 2024 - 2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2026

Azienda

952 - IOV

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010				Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
				€ 63.801.250,76	-	€ 349.620,14	-	-	€ 56.093,36	€ 133.233,84				-	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	243,21	40	22.605.215,71 €	0,00 €	349.620,14 €	120.000,00 €	850.196,89 €	56.093,36	490.000,00	0,00 €	226.000,00	€ 716.000,00	330.000,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza sanitaria	S	53,79	2,5	4.290.752,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	181.869,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	12	0	1.053.009,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		309	42,5	27.948.978,27 €	0,00 €	349.620,14 €	116.736,41 €	1.032.066,56 €	56.093,36 €	490.000,00 €	0,00 €	226.000,00 €	716.000,00 €	330.000,00 €	0,00 €	0,00 €
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	402,16	0	17.125.678,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale tecnico sanitario	S	113,03	1	4.636.092,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12338,47	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale della riabilitazione	S	2	0	64.282,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale della prevenzione	S	2	0	63.234,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Altro personale ruolo della ricerca	S	88,00	0	3.367.391,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	OSS/OTAA	SS	148,5	0	5.021.448,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Altro personale ruolo tecnico e socio sanitario	SS T	36,83	0,5	1.014.162,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6689,37	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	177,5	1,5	5.321.784,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13796,13	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOTALE PERSONALE COMPARTO		970,02	3	36.614.074,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	32.823,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			1279,02	45,5	64.563.052,90 €	0,00 €	349.620,14 €	116.736,41 €	1.064.890,53 €	56.093,36 €	490.000,00 €	0,00 €	226.000,00 €	716.000,00 €	330.000,00 €	0,00 €	0,00 €

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

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

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

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

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

PIAO 2024 - 2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

Azienda 952 - IOV PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento ⁴	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P
Dirigenza medica	S	13,00	15,00	€ 624.044,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -
Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Dirigenza sanitaria	S	7,00	1,00	€ 267.335,55	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.333,00	€ -	€ -	
Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		20,00	16,00	€ 891.379,68	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 342.333,00	€ -	€ -	
Personale infermieristico/ostetrico	S	3,00	0,00	€ 96.115,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Personale tecnico sanitario	S	0,00	1,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 19.500,00	€ -	€ -	
Personale della riabilitazione	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Personale della prevenzione	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Altro personale ruolo della ricerca	S	88,00	0,00	€ 3.370.555,63	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
OSS/OTAA	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Altro personale ruolo tecnico e socio sanitario	SS T	5,00	0,00	€ 195.035,97	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Personale ruolo amministrativo professionale	PA	44,00	3,00	€ 1.010.005,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.000,00	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO		140,00	4,00	€ 4.671.712,22	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 70.500,00	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		160,00	20,00	€ 5.563.091,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 412.833,00	€ -	€ -	

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

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

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

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

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

PIAO 2024 - 2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2025

Azienda

952 - IOV

PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI								
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010			Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	13,00	15,00	€ 624.044,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	7,00	0,00	€ 267.335,55	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		20,00	15,00	€ 891.379,68	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3,00	0,00	€ 96.115,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo della ricerca	S	88,00	0,00	€ 3.370.555,63	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio sanitario	SS T	5,00	0,00	€ 195.035,97	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	44,00	0,00	€ 1.010.005,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO		140,00	0,00	€ 4.671.712,22	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		160,00	15,00	€ 5.563.091,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -	

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

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

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

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

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

PIAO 2024 - 2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2026

Azienda

952 - IOV

PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento ⁴	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
		A	B														
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	13,00	15,00	€ 624.044,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	7,00	0,00	€ 267.335,55	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		20,00	€ 15,00	€ 891.379,68	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3,00	0,00	€ 96.115,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo della ricerca	S	88,00	0,00	€ 3.370.555,63	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio sanitario	SS T	5,00	0,00	€ 195.035,97	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	44,00	0,00	€ 1.010.005,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO		140,00	0,00	€ 4.671.712,22	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		160,00	15,00	€ 5.563.091,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 330.000,00	€ -	€ -	

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

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

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

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

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

PIAO 2024 -2026

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024

Azienda 952 - IOV

	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ²	Personale da processi di reinternalizzazione ³
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	244	0	0	16	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	54	0	0	3	0
	Dirigenza ruoli PTA	SS-PTA	12	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			310	0	0	19
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	409	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	114	0	0	2	0
	Personale della riabilitazione	S	2	0	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	2	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	89	0	0	0	0
	OSS/OTAA	SS	150	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e Socio Sanitario	SS-T	37	0	0	1	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	180	0	0	3	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			983	0	0	6
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			1.293	0	0	25	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