



2025-2027

Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025-2027

Sommario

Presentazione della Piano Integrato di Attività e Organizzazione	5
1. Scheda anagrafica dell'amministrazione	7
1.1 L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS	7
1.2 L'Azienda in cifre	8
1.2.1 Attività di ricovero: andamento triennio 2022-2024	10
1.2.2 Attività ambulatoriale: andamento triennio 2022-2024	15
1.2.3 Altre attività dell'Istituto	20
1.3 Attività di ricerca	22
1.3.1 Pubblicazioni e impact factor	22
1.3.2 Studi Clinici presso IOV	23
1.3.3 Fonti di finanziamento della ricerca	28
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione	29
2.1 Valore Pubblico	29
2.2 Performance	38
2.2.1 Principi e riferimenti normativi	38
2.2.2 L'albero delle performance	38
2.2.3 Il ciclo di gestione della performance	50
2.2.4 La performance individuale	52
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	57
2.3.1 I ruoli nel sistema della prevenzione della corruzione	57
2.3.2 Altri soggetti	64
2.3.3 Valutazione di impatto del contesto esterno	65
2.3.4 Valutazione di impatto del contesto interno	70
2.3.5 Mappatura dei processi sensibili	70
2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	75
2.3.7 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attenzione delle misure	89
2.3.8 Trasparenza e tutela dei dati personali	90
3. Organizzazione e capitale umano	101
3.1 Struttura organizzativa	101
3.1.1 I livelli di responsabilità organizzativa	109
3.2 Organizzazione del lavoro agile	111
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	112
3.3.1 Dotazione di personale: andamento triennio 2022-2024	112
3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane	112
3.3.3 La formazione e lo sviluppo delle competenze	114
4. Gender Equality Plan	115
5. Monitoraggio	126

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. In una

prospettiva di stretta integrazione tra il programma di formazione del personale, gli obiettivi strategici dell'organizzazione aziendale e quelli formativi annuali e pluriennali, il PIAO declina gli obiettivi formativi definiti nel Piano Formativo Aziendale 2025, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1148 del 24 dicembre 2024. 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;

e) il Piano delle Azioni Positive volto ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS si è dotato di un PIAO a partire dalla pianificazione del triennio 2022-2024.

Oltre ai documenti di programmazione sopra elencati è stato inserito una sezione dedicata al Gender Equality Plan (GEP), 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. L'elaborazione delle azioni pianificate nel GEP è stata elaborata con la collaborazione del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 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.

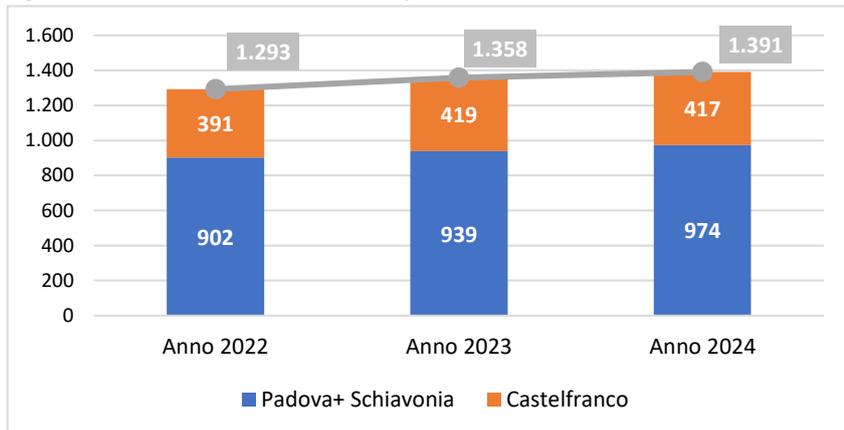
La Regione ha promosso il riconoscimento dell'Istituto quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nella disciplina Oncologia ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 26 ottobre 2003, n. 288. Il Ministero della Salute, con decreto del 18 marzo 2005, adottato d'intesa con il presidente 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 da ultimo con Decreto del Ministero della Salute del 4 agosto 2023.

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.

1.2 L'Azienda in cifre

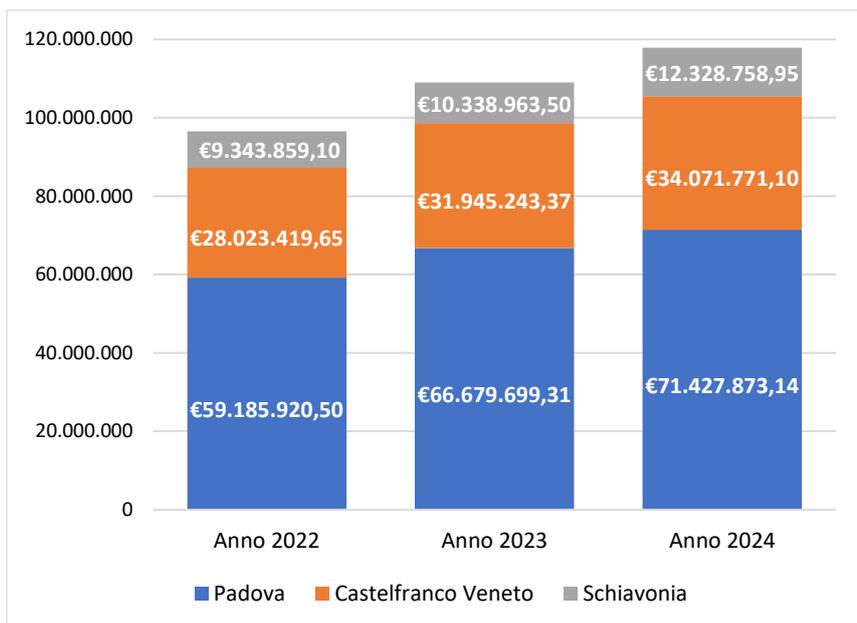
Si presentano di seguito alcuni dati di sintesi relativi al valore dell'attività di ricovero e specialistica dell'Istituto Oncologico Veneto dell'ultimo triennio 2022-2024 precisando che i dati dell'ultimo anno non risultano ancora consolidati e, dove non disponibili, è stata effettuata una previsione in base agli ultimi mesi disponibili alla data della redazione della presente.

Figura 1 – Personale in servizio allo IOV per sede: 2022-2024 (fonte: UOC Gestione Risorse Umane)



La dotazione del personale al 31/12/2024 si è attestata a 1.391 unità (+2,43% rispetto al 31/12/2023), 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: 2022 – 2024



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 2024 fa rilevare un incremento del valore dell'attività, pari al +8,14% rispetto al 2023.

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 2024

Area degenze	Day hospital	Day surgery	Degenza ordinaria	Totale
CF-Area chirurgica	0	12	38	50
CF-Area medica	0	0	28	28
CF-Terapia Intensiva	0	0	8	8
PD-Area chirurgica	0	6	24	30
PD-Area medica	38	0	50	88
PD-Terapia Intensiva	0	0	2	2
Totale	38	18	150	206
di cui sede Padova	38	6	76	120
di cui sede Castelfranco Ven.	0	12	74	86
Hospice – sede di Castelfranco Ven.				6

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 dall'incremento di attività in tutte le sedi.

Tabella 2 - Sintesi dati di attività dell'Istituto. Anni 2022, 2023, 2024

Voce	2022	2023	2024	Scost. 2024/2023	Scost. %
Numero trattamenti chemioterapici	51.151	57.242	59.504	2.262	3,95%
Numero di pazienti in trattamento chemioterapico	6.347	6.945	7.195	250	3,60%
Prestazioni di radiologia e senologia	74.136	80.212	80.836	624	0,78%
Numero trattamenti radioterapici	45.809	48.944	48.992	48	0,10%
Numero di pazienti in trattamento radioterapico	2.853	3.105	3.276	171	5,51%
Numero di prestazioni per progetto screening ricerca papillomavirus (HPV)	36.791	42.678	41.227	-1.451	-3,40%
Numero di interventi chirurgici	6.212	6.764	6.894	130	1,92%
Numero di interventi di chirurgia robotica	461	517	533	16	3,09%
Numero dimissioni da ricovero ordinari	6.833	7.662	7.712	50	0,65%
Numero dimissioni da ricovero diurno	1.439	1.507	1.588	81	5,37%

Per quanto riguarda la sintesi dei principali costi della produzione dell'Istituto, non essendo ancora disponibile il bilancio consuntivo dell'anno 2024, nella tabella 3 sono stati riportati il valore dei bilanci consuntivi degli anni 2022-2023 e del quarto Conto Economico Consuntivo Trimestrale 2024 (CECT) che, pur non essendo tra loro analoghi, consentono una rappresentazione delle principali voci di costo dell'esercizio 2024.

Tabella 3 – Sintesi dei costi della produzione: anni 2022-2024

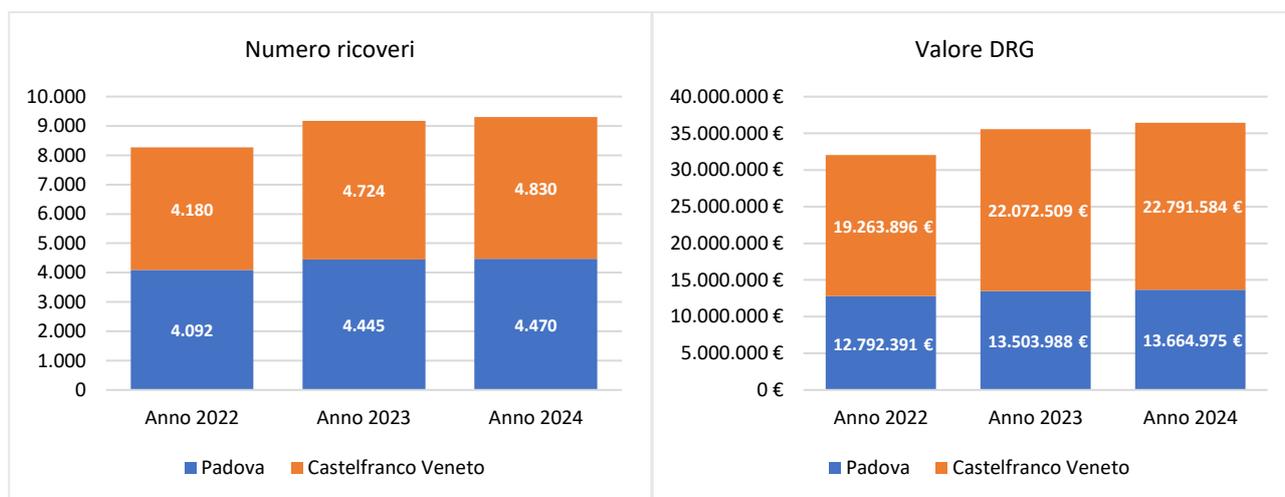
Sintesi costi della produzione	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024* IV CECT
Totale costi della produzione	209.602.482,83 €	231.187.380,36 €	262.629.691,57 €
<u>Acquisti di beni</u>	<u>112.844.640,38 €</u>	<u>102.890.677,10 €</u>	<u>123.405.449,49 €</u>
di cui Acquisti di beni sanitari	112.462.604,57 €	102.414.508,74 €	122.806.826,82 €
Acquisti di servizi non sanitari	9.383.038,01 €	9.726.526,12 €	10.415.231,59 €
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	4.350.238,54 €	4.652.242,30 €	5.246.040,43 €
<u>Totale Costo del personale</u>	<u>57.601.397,29 €</u>	<u>63.109.399,05 €</u>	<u>66.312.074,02 €</u>
Personale del ruolo sanitario	46.856.097,74 €	51.424.320,37 €	53.910.487,90 €
di cui personale dirigente ruolo sanitario	24.422.539,76 €	27.071.930,18 €	28.085.668,17 €
di cui personale comparto ruolo sanitario	22.433.557,98 €	24.352.390,19 €	25.824.819,73 €
Personale del ruolo professionale	71.761,69 €	163.126,00 €	160.615,84 €
Personale del ruolo tecnico	5.701.852,39 €	5.983.078,04 €	6.024.531,54 €
Personale del ruolo amministrativo	4.971.685,47 €	5.538.874,64 €	6.216.438,74 €
<u>Totale Ammortamenti</u>	<u>7.901.586,26 €</u>	<u>7.523.211,47 €</u>	<u>7.523.211,47 €</u>

*dati non consolidati, relativi al quarto Conto Economico Consuntivo Trimestrale 2024 (CECT)

1.2.1 Attività di ricovero: andamento triennio 2022-2024

Il numero di ricoveri dell'anno 2024 è stato pari a 9.300 (+131 dimessi rispetto al 2023, +1,43%), di cui 4.830 ricoveri effettuati presso la sede di Castelfranco Veneto e 4.470 della sede di Padova.

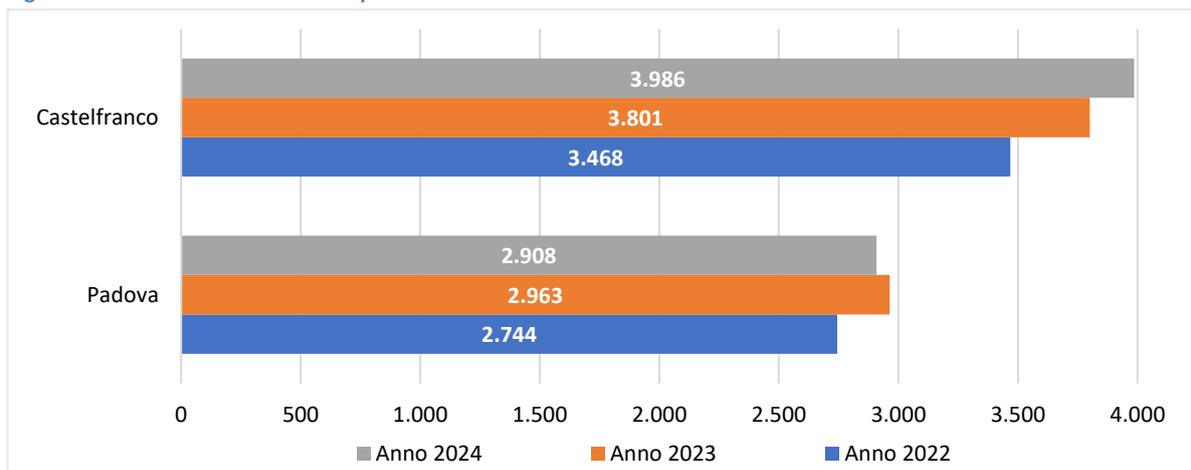
Figura 3 - Attività di ricovero: numero dimessi e valore DRG: triennio 2022-2024



L'attività chirurgica nel suo complesso ha registrato nel 2024 un incremento del +1,92% 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 nel 2024 nella sede di Castelfranco siano stati effettuati 3.986 interventi chirurgici, rispetto a 3.801 nel 2023, con un aumento del +5,3%.

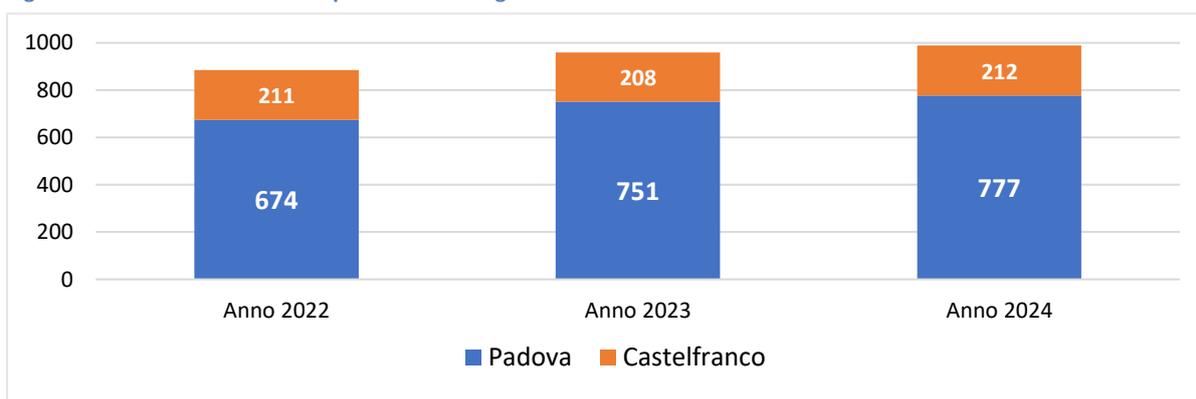
Figura 4 - Andamento n° interventi per sede: triennio 2022-2024



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

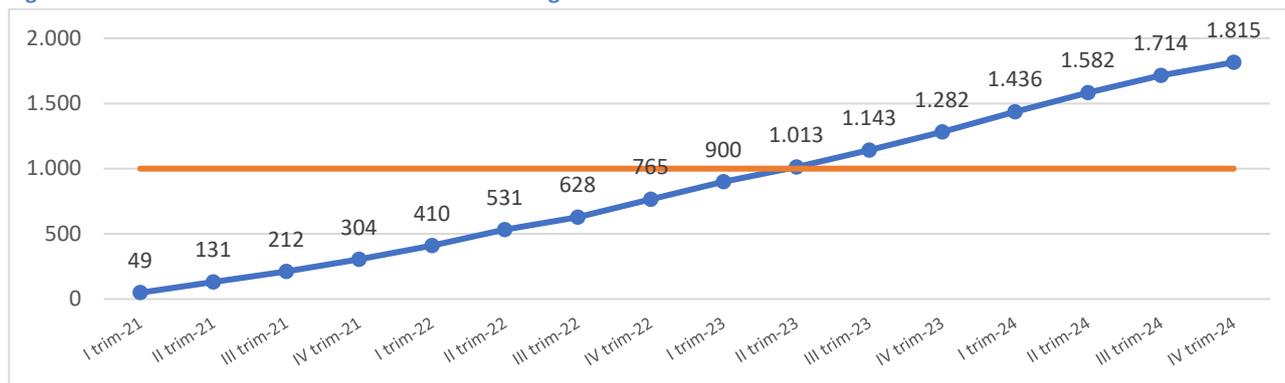
- attività della chirurgia senologica per tumore maligno alla mammella (+3,13% rispetto al 2023), con un mantenimento dell'attività della sede di Castelfranco sopra la soglia ottimale dei 150 interventi e un aumento della sede di Padova di +26 interventi rispetto all'attività del 2023.

Figura 5 - Andamento interventi per tumore maligno della mammella: triennio 2022-2024



- attività di chirurgia robotica, avviata nel 2021 nell'ambito della chirurgia oncologica delle vie digestive e della urologia oncologica: nel 2023 è stata superata la soglia dei 1.000 interventi (come rappresentato nella figura 6) e nel 2025 si attende il superamento di quella dei 2000 interventi. Nel 2024 vi è stato un incremento del +3,1% nel numero di interventi di chirurgia robotica rispetto all'anno precedente.

Figura 6 – Numero incrementale di interventi di chirurgia robotica dal 2021 al 2024



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

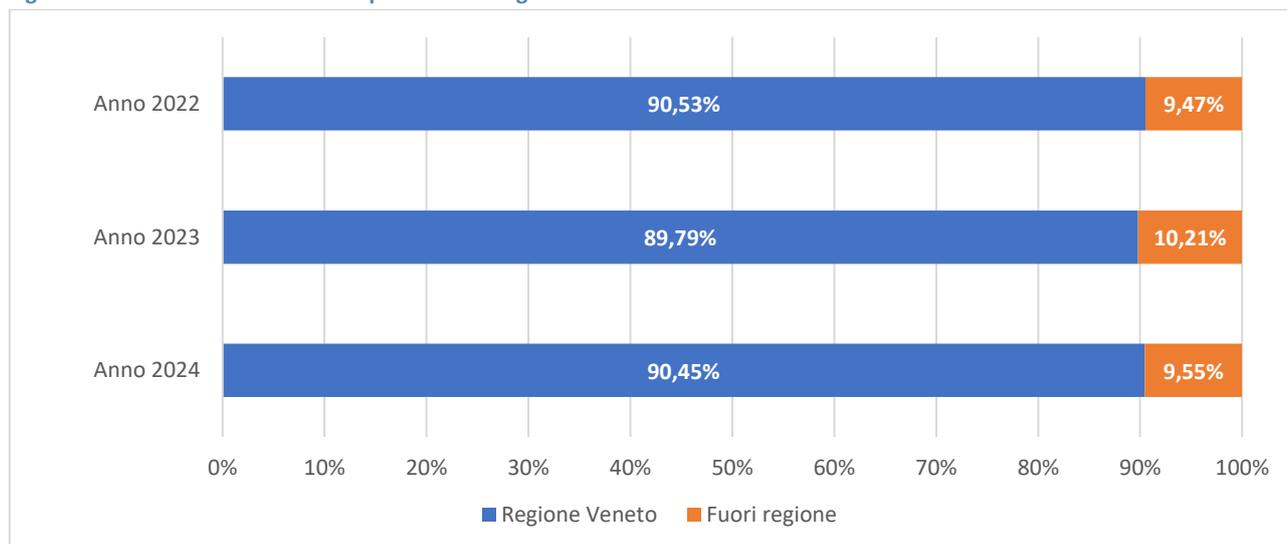
Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG chirurgico in mantenimento rispetto al 2023 e nella figura 7 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza, che mostra un incremento progressivo dei pazienti provenienti fuori regione nell'ultimo triennio.

Tabella 4 – andamento casistica principale DRG chirurgici 2022-2024

Drg Chirurgici	2022	2023	2024
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	535	605	566
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	434	445	493
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	480	594	492
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	261	440	343
335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	218	245	247
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	210	241	234
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	162	230	207
290 - Interventi sulla tiroide	155	192	196
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	145	130	158
303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	142	130	150
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	88	96	116
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	105	111	112
227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	83	117	93
570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	76	100	92
309 - Interventi minori sulla vescica senza CC	31	42	92
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	85	70	87
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	82	92	85
461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	115	90	80
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	54	67	74
573 - Interventi maggiori sulla vescica	57	84	70
265 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	53	55	69
270 - Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	42	58	60
171 - Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	25	45	55
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	54	65	49
289 - Interventi sulle paratiroidi	34	29	48
<i>Altri DRG di tipo chirurgico</i>	<i>1.102</i>	<i>984</i>	<i>1.028</i>
<i>di cui 481 - Trapianto di midollo osseo</i>	<i>16</i>	<i>26</i>	<i>34</i>
TOTALE	4.828	5.357	5.296

Con riferimento all'andamento dei ricoveri per DRG, si evidenzia il rilevante incremento del DRG "481 – trapianto di midollo osseo" nel 2023, pari a +8 casi (+31% rispetto al 2022).

Figura 7 - 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 2024.

Tabella 5 – % rispetto dei tempi di attesa dell'attività di chirurgia oncologica - anno 2024

% INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA CON TEMPO DI ATTESA RISPETTATO (tutte le classi di priorità)		
Mese	PADOVA	CASTELFRANCO
nov-23	99%	98%
dic-23	100%	99%
gen-24	100%	100%
feb-24	100%	100%
mar-24	100%	100%
apr-24	100%	100%
mag-24	99%	99%
giu-24	99%	99%
lug-24	100%	100%
ago-24	93%	98%
set-24	90%	98%
ott-24	94%	95%
nov-24	98%	99%

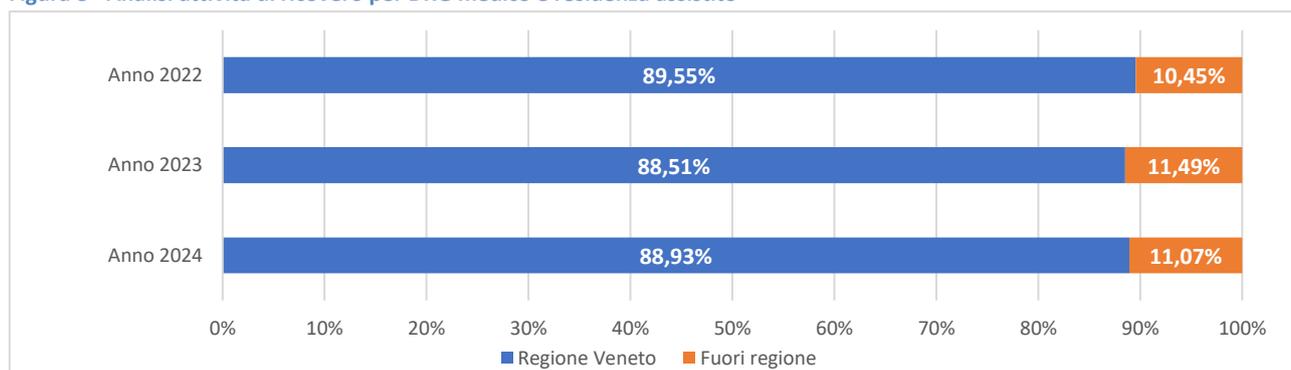
La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Medico

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG medico in mantenimento rispetto al 2023 e nella figura 8 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 2022-2024

Drg Medici	2022	2023	2024
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	785	997	988
409 - Radioterapia	326	265	234
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	189	181	176
492 - Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	21	120	150
404 - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	135	188	146
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	140	157	137
301 - Malattie endocrine senza CC	139	166	132
324 - Calcolosi urinaria senza CC	55	58	85
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	75	71	82
473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	112	89	80
332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	60	71	79
574 - Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	52	52	74
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	103	117	60
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	40	48	59
172 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	47	53	55
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	28	45	51
466 - Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	8	55	49
239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	39	32	46
453 - Complicazioni di trattamenti senza CC	20	44	46
319 - Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	23	26	45
465 - Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	5	34	43
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	24	34	42
204 - Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	47	39	39
321 - Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	24	13	34
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	38	23	34
<i>Altri DRG</i>	<i>909</i>	<i>834</i>	<i>873</i>
TOTALE	3.444	3.812	3.839

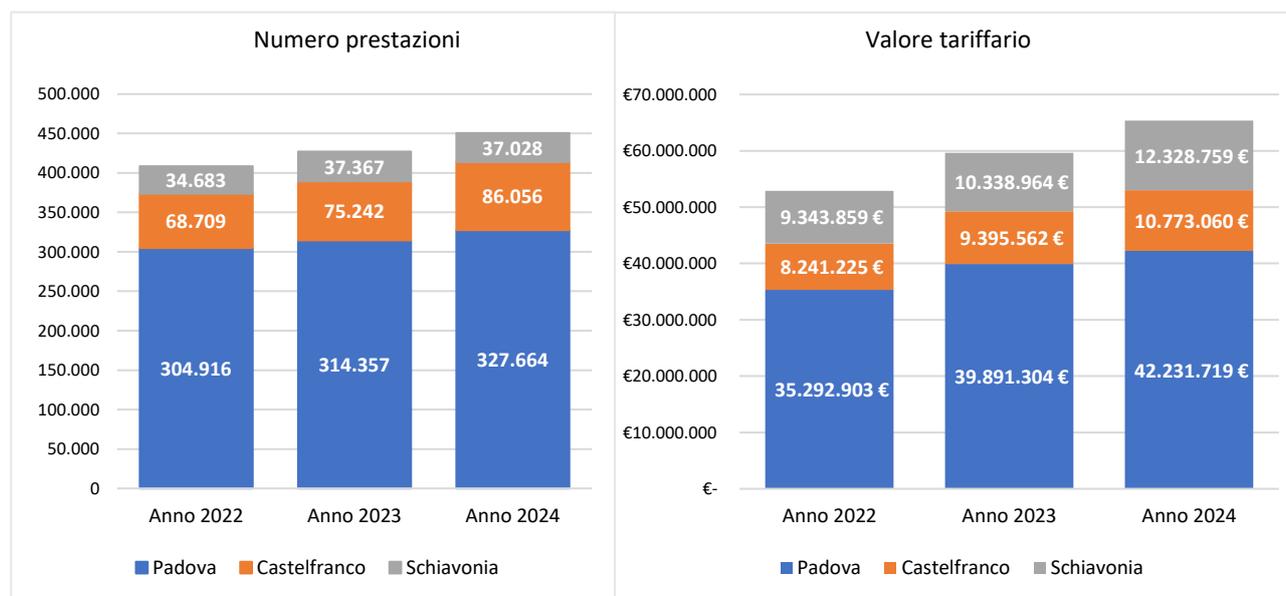
Figura 8 - Analisi attività di ricovero per DRG medico e residenza assistito



1.2.2 Attività ambulatoriale: andamento triennio 2022-2024

Si presenta di seguito l'andamento del triennio 2022-2024 dell'attività ambulatoriale dell'Istituto. Analizzando il numero di prestazioni e il valore tariffario dell'attività specialistica, si evidenzia un aumento del +5,57% del valore rispetto al 2023, con un incremento per tutte e tre le sedi di attività dell'Istituto.

Figura 9 - Andamento attività ambulatoriale per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione (esclusa la branca di laboratorio) – numero prestazioni e valore tariffario: triennio 2022-2024



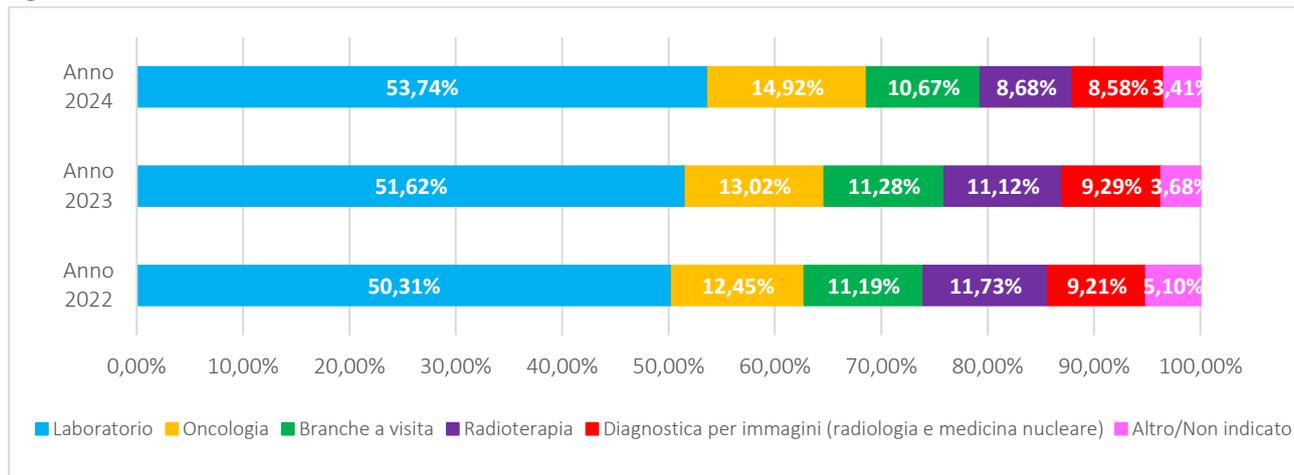
La casistica principale dell'attività ambulatoriale

La tabella 7 e il grafico in figura 9 mostrano l'andamento del triennio 2022-2024 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 2022-2024

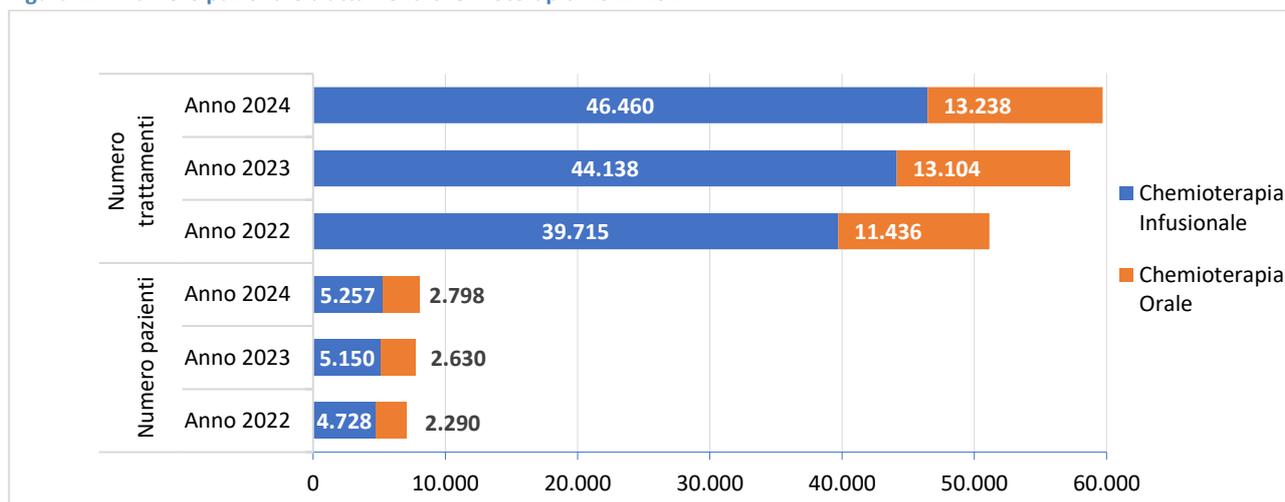
Macroaree	Padova			Castelfranco			Schiavonia		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Branche a visita	64.866	69.239	71.558	27.013	30.289	32.293	71	5	103
Diagnostica per immagini (radiologia e medicina nucleare)	67.285	72.682	73.358	8.430	9.270	10.203	0	0	0
Laboratorio	390.718	434.926	502.819	22.757	20.644	20.712	0	0	0
Oncologia	80.757	89.073	112.040	21.589	25.828	33.318	0	0	0
Altro/Non indicato	29.355	22.633	23.054	11.565	9.783	10.162	961	64	52
Radioterapia	62.653	60.730	47.654	112	72	80	33.651	37.298	36.873
Totale	695.634	749.283	830.483	91.466	95.886	106.768	34.683	37.367	37.028

Figura 10 – distribuzione % delle macroaree dell'attività ambulatoriale: triennio 2022-2024



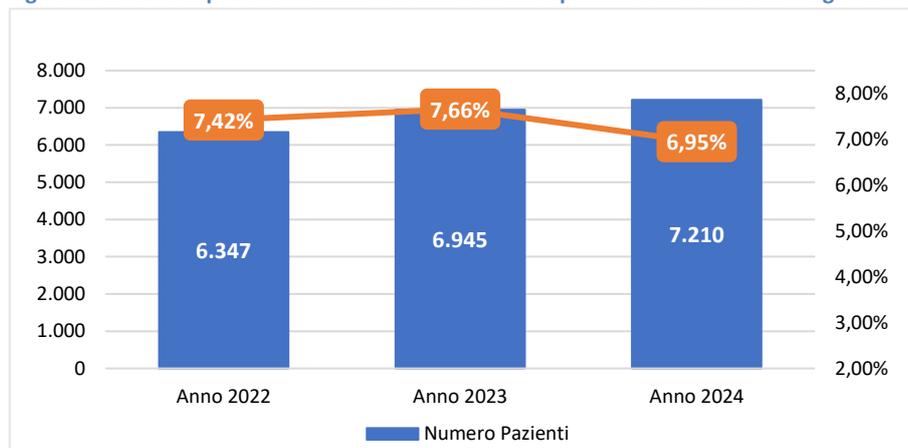
Trattamenti chemioterapici

Figura 11 - Numero pazienti e trattamenti chemioterapici 2022-2024



Come mostrato in figura 11 l'andamento del numero di pazienti e del numero di trattamenti chemioterapici dell'anno 2024 conferma il trend in incremento, con un aumento del +3,8% dei pazienti trattati e del +4,3% dei trattamenti.

Figura 12 - Numero pazienti in trattamento chemioterapico e % residenza fuori regione: 2022-2024

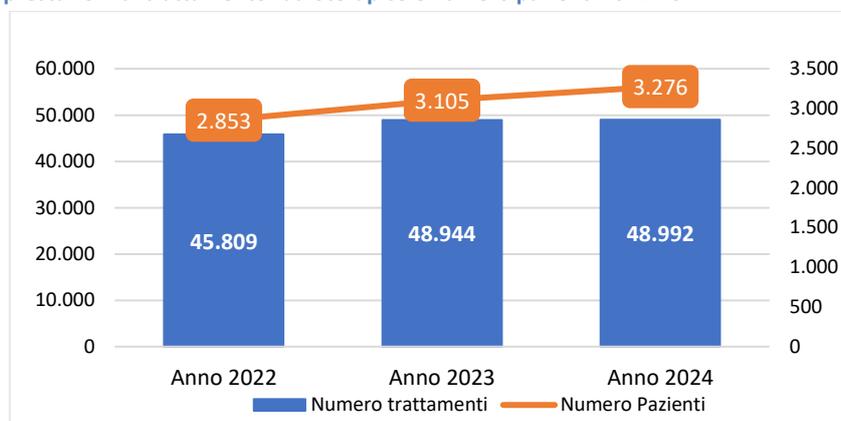


Il grafico in figura 12 mostra inoltre la percentuale dei pazienti trattati con chemioterapia che sono residenti in regioni diverse dal Veneto, dal quale si evince un trend in mantenimento.

Trattamenti radioterapici

In figura 13 è rappresentato il numero di trattamenti radioterapici e il numero di pazienti in trattamento nel triennio 2022-2024. L'attività è in mantenimento e il numero di pazienti trattati è aumentato del +5,51% rispetto al 2023.

Figura 13 - Numero di prestazioni di trattamento radioterapico e numero pazienti 2022-2024



La telemedicina

Per quanto riguarda l'attività di telemedicina, 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 e di erogazione per andare incontro alle esigenze di coloro che risiedono più lontano dalle sedi dell'istituto, specie in altre province o Regioni d'Italia. Al momento presso lo IOV sono attivi numerosi progetti di sviluppo di attività in telemedicina, che vanno dalle televisite, ai colloqui psicologici a distanza, al teleconsulto, fino ad attività di telemonitoraggio.

Tabella 8 – Dettaglio prestazioni di telemedicina: anni 2022-2024

Codice	Prestazione regionale	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
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	1.527
94.09	Colloquio Psicologico Clinico.	193	150	157
94.3	Psicoterapia Individuale.	15	13	48
89.01.1	Visita Anestesiologica Di Controllo Per Terapia Del Dolore.	34	17	22
89.01.4	Visita Chirurgica Di Controllo.	3	0	2
89.01.8	Visita Endocrinologica Di Controllo.	14	8	7
91.35.6	Consulenza Collegata Al Test Genetico.	13	44	12
<i>Altro</i>		1	3	4
Totale		1.451	2.029	1.779

Attività innovative di Screening

Nel 2024 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.

Nella figura 14 viene rappresentato il numero di pazienti arruolati e delle prestazioni erogate per il progetto giovani donne nel periodo 2021-2024.

Figura 14 – Andamento numero di prestazioni e pazienti per screening progetto giovani donne: anni 2021 – 2024

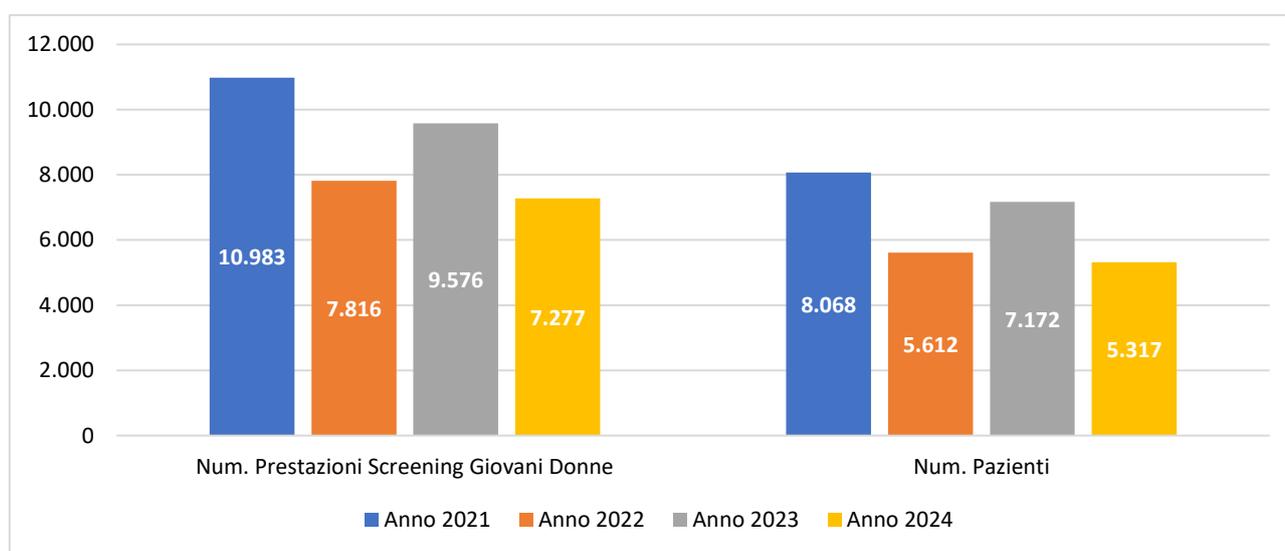
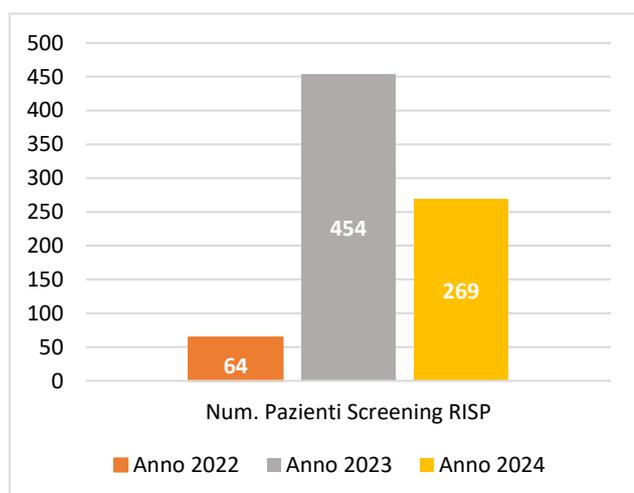


Figura 15 – Andamento numero di pazienti per screening progetto RISP: triennio 2022 – 2024



Nel 2022 è stato avviato il programma di screening polmonare RISP (Rete Italiana Screening Polmonare) con target biennale di 480 pazienti arruolati. L'attività è proseguita anche nel 2024, come riportato nella figura 15, che rappresenta il numero di pazienti arruolati nel progetto per anno.

Cure palliative e simultanee

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 2022-2024

Anno erogazione	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Numero Pazienti	423	404	408
Numero visite multidisciplinari di cure simultanee	461	452	445

Tabella 10 - Attività di cure palliative: triennio 2022-2024

Anno erogazione		Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
Numero Pazienti	Castelfranco Veneto	277	217	241
	Padova	1.328	1.141	1.228
Numero prestazioni di cure palliative	Castelfranco Veneto	533	390	437
	Padova	3.771	3.309	3.510

Sintesi tempi di attesa dell'attività ambulatoriale

In tabella 11 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 2024 (aggiornamento dati disponibile a novembre 2024).

Tabella 11 - Tempi di attesa attività ambulatoriale tracciante - anno 2024 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-23	100%	100%	100%	nov-23	100%	100%	100%
dic-23	100%	100%	100%	dic-23	100%	100%	100%
gen-24	100%	100%	100%	gen-24	100%	100%	100%
feb-24	98%	100%	100%	feb-24	99%	100%	100%
mar-24	100%	100%	100%	mar-24	100%	100%	99%
apr-24	100%	100%	100%	apr-24	100%	100%	100%
mag-24	100%	98%	100%	mag-24	100%	100%	100%
giu-24	100%	100%	100%	giu-24	100%	100%	100%
lug-24	100%	100%	100%	lug-24	100%	100%	100%
ago-24	100%	100%	97%	ago-24	100%	100%	100%
set-24	100%	100%	100%	set-24	100%	100%	100%
ott-24	100%	100%	100%	ott-24	100%	100%	100%
nov-24	98%	100%	100%	nov-24	100%	100%	100%

1.2.3 Altre attività dell'Istituto

Attività Hospice

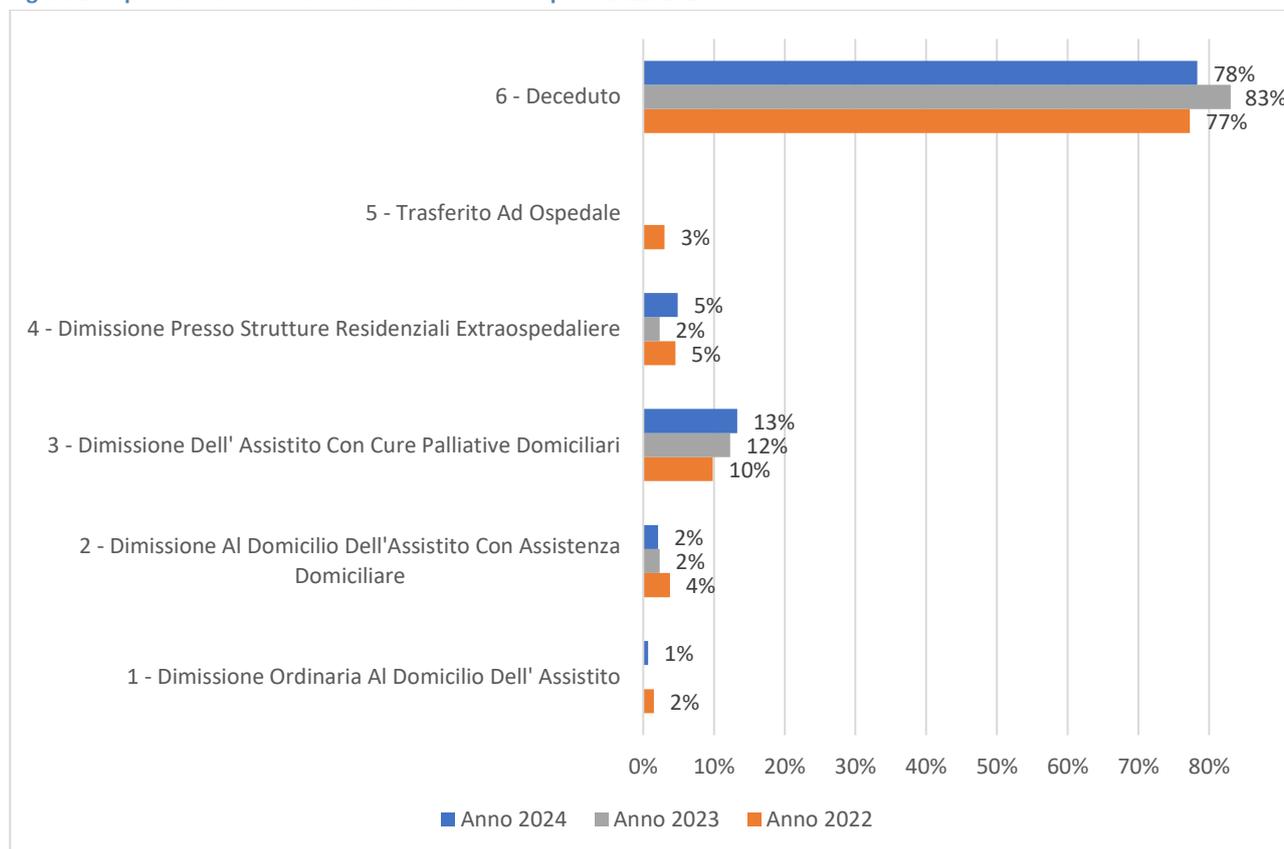
L'Hospice dello IOV, come indicato dalla programmazione regionale, ha iniziato la propria attività nel 2021, prevedendo la dotazione di 6 posti letto presso il presidio di Castelfranco Veneto. Di seguito si riepilogano i principali dati di attività del triennio 2022-2024.

Attività Hospice	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024*
Numero di ricoveri	132	130	143
Giornate di degenza	1.866	1.915	1.967

* anno rolling: III trimestre 2024 + IV trimestre 2023

In figura 16 è rappresentata la modalità di dimissione dei ricoveri in Hospice per il triennio 2022-2024. Nel 2024 il 21% dei pazienti ricoverati in Hospice sono stati dimessi per trascorrere gli ultimi giorni al domicilio o presso altre strutture residenziali.

Figura 16 – percentuale modalità di dimissione da Hospice: 2022-2024



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 vaccinale per pazienti fragili

Lo IOV si impegna a promuovere un insieme di azioni volte a sostenere e proteggere la salute dei pazienti oncologici anche attraverso l'attività vaccinale. Il vaccino rappresenta una difesa fondamentale per chi affronta un percorso oncologico, e l'Istituto è fortemente convinto dell'importanza di diffondere tra operatori sanitari, pazienti e familiari una consapevolezza sull'importanza della prevenzione vaccinale. Presso la sede di Padova si fa riferimento al Dipartimento di Igiene dell'ULSS 6 / UOC malattie infettive di AOUP, e presso la sede di Castelfranco al Dipartimento di Igiene dell'azienda ULSS 2, secondo i percorsi vigenti.

In particolare, in occasione della giornata dedicata alla campagna anti influenzale del 26 ottobre 2024 per quanto riguarda i pazienti sono state effettuate 147 vaccinazioni (Sede di Padova: 37 utenti e 88 caregiver; Sede di Castelfranco Veneto: 10 utenti e 11 caregiver).

Per quanto riguarda il personale dipendente, nel 2024 sono state effettuate nelle diverse sedi dello IOV complessivamente 410 vaccinazioni anti influenzali e 132 vaccinazioni contro il Covid19.

1.3 Attività di ricerca

1.3.1 Pubblicazioni e impact factor

L'attività di ricerca nell'anno 2023 dell'Istituto, che rappresenta l'ultimo periodo disponibile delle rendicontazioni ministeriali ha visto un aumento del numero di pubblicazioni e 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 17-18).

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 17 – Numero di pubblicazioni con IF. Anni 2013-2023



Figura 18 – Impact Factor Normalizzato. Anni 2013-2023

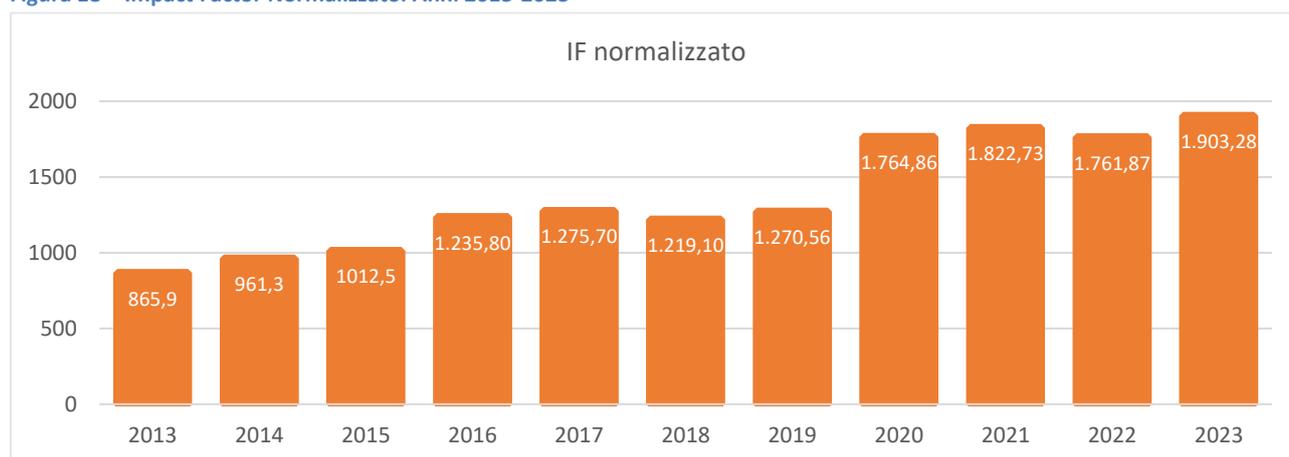


Tabella 12 – % di pubblicazioni frutto di collaborazioni a livello istituzionale, nazionale e internazionale nella produzione scientifica. Anni 2013-2023

Entity	Year	Total Collaboration	International Collaboration	National Collaboration	Istituzional Collaboration	Single Authorship
Publications in Dirigenti IOV/Convenzionati	2021	390	151 (38,5%)	224 (57,1%)	15 (3,8%)	2 (0,5%)
	2022	332	111 (33,4%)	209 (63%)	12 (3,6%)	0
	2023	361	145 (40,2%)	213 (59%)	3 (0,8%)	0

1.3.2 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 2022-2024 o comunque all'ultimo dato consolidato disponibile.

Infine, si riportano gli introiti legati all'attività di sperimentazione condotte negli anni 2022-2024 (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 triennio 2022-2024, 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.

Quanto sopra è confermato dal 21° Rapporto Nazionale AIFA sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali in Italia, che riporta una riduzione del numero delle sperimentazioni autorizzate dall'Autorità Competente nel 2023 rispetto al 2022. La ragione di tale diminuzione, comune a quasi tutti i MS (Member State – Stati Membri UE), è stata attribuita all'implementazione del nuovo modello gestionale in accordo al Regolamento UE 536/2014.

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2022	134	57	46	19	12
2023	123	63	42	7	11
2024	107	52	41	7	7

Studi attivi prevalenti per anno

La tabella sotto riportata rappresenta il numero degli studi prevalenti per anno di cui al triennio 2022-2024. La tabella si riferisce agli studi con arruolamento attivo o chiusi all'arruolamento ma con pazienti in trattamento o in follow-up.

	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2022	608	333	136	80	59
2023	621	347	135	82	57
2024	648	359	158	81	50

Pazienti in carico prevalenti per anno

Nelle tabelle successive è riportato, per il triennio 2022-2024, 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.

L'aumento del numero di pazienti arruolati in sperimentazioni cliniche nel corso dell'anno 2024, dimostra il ruolo di hub dello IOV nella ricerca clinica.

Anno	Totale pazienti	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
2022	4.332	1.799	1.005	910	618
2023	3.837	1.837	718	879	403
2024	4.356	2.304	762	817	473

	Pazienti in studi sperimentali con farmaco
2022	1.746
2023	1.785
2024	2.214

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 2022-2024. 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 57,6% (87 su 151) ha concluso l'arruolamento raggiungendo o superando il target previsto per il centro, mentre solo il 15,9% (24 su 151) si è chiuso con meno del 20% dei pazienti previsti.

Pazienti reclutati su attesi (%)	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
Su totale studi	256	151	73	12	20
≥100%	152	87	47	7	11
>20% e <100%	62	40	14	4	4
≤20%	42	24	12	1	5

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 2022-2024 con il numero di pazienti arruolati per anno.

	Nuovi studi	Studi Prevalenti
2022	7	25
2023	10	31
2024	8	38

	Pazienti arruolati	Pazienti prevalenti
2022	121	161
2023	120	185
2024	85	174

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/CET	Proventi IOV	Totale
2022	547.068 €	7.937.064 €	8.484.132 €
2023	159.494 €	7.866.797 €	8.026.291 €
2024*	134.741 €	7.985.987 €	8.120.728 €

*Dato non consolidato

Finanziamenti in Grant ottenuti nel periodo 2020-2023

Tabella 13 – Finanziamenti ricerca finalizzata assegnati nel periodo 2020-2023

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
An integrative approach identify immune suppressive features in glioma patients - RF-2019	Ministero della Salute	2020	447.750€
A LIPSTIC screening system to identify tumor neoantigens - RF-GR-2019	Ministero della Salute	2020	450.000€
Understanding Resistance in Braf Advanced coloN. The URBAN Project - RF-GR-2019	Ministero della Salute	2020	273.700€
Development of a multiparametric model based on host and tumor immune-related features for predicting complete pathological response to neoadjuvant chemoradiation in locally advanced rectal cancer - RF-2021	Ministero della Salute	2022	450.000€

Tabella 14 - Progetti PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Importo complessivo finanziato	Importo finanziato per IOV
Persistent, aberrant myelopoiesis as etiological factor for chronic illness and metastatic disease - CAPOFILA	Ministero della Salute	2022	1.000.000 €	364.172 €
Implementation of a predictive biomarker of response to regorafenib in glioblastoma - CAPOFILA	Ministero della Salute	2022	990.000 €	362.450 €
Exploiting hyaluronan as a natural and effective immunological adjuvant for protein-based vaccines against cancer and infectious diseases - CAPOFILA	Ministero della Salute	2022	1.000.000 €	600.000 €
Low Dose Tamoxifen and Lifestyle Changes for Breast Cancer Prevention: a randomized phase II biomarker trial in subjects at increased risk - PARTNER	Ministero della Salute	2022	950.000 €	80.000 €
Identification of targetable vulnerabilities in redox homeostasis pathways as a novel therapeutic approach for human T-cell malignancies - CAPOFILA	Ministero della Salute	2023	999.000 €	502.000 €
Contrast Enhancement Mammography vs. MRI for the surveillance of women at high risk of breast cancer: Con-trust randomized controlled trial. PARTNER	Ministero della Salute	2023	923.498 €	115.054 €
Multidisciplinary and Multiomic approach to dissect the cellular network in the glioma microenvironment: translational perspective to improve patient's management PARTNER	Ministero della Salute	2023	1.000.000 €	225.000 €

Tabella 15 – Altri finanziamenti con fondi pubblici assegnati nel periodo 2020-2023

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
Valorizzazione della Proprietà Intellettuale dei Ricercatori IOV al fine di aumentare l'intensità e la qualità dei processi di innovazione e di trasferimento tecnologico dell'Istituto da e verso le imprese 2.0 (IOV_INNOVA 2.0)	Ministero dello Sviluppo Economico (MISE)	2020	132.000€
Costruzione di una rete di centri oncologici ad alta specializzazione e di strumenti di condivisione di informazioni e dati, finalizzati alla realizzazione di documenti tecnici di consenso e di studi multicentrici sul tema dell'esposizione professionale a citotossico	INAIL	2021	28.700€
Lecture Inattese	Regione Veneto	2021	5.000€
Valorizzazione della Proprietà Intellettuale dei Ricercatori IOV al fine di aumentare l'intensità e la qualità dei processi di innovazione e di trasferimento tecnologico dell'Istituto da e verso le imprese 3.0 (INNOVA 3.0)	Ministero dello Sviluppo Economico (MISE)	2023	85.336€
Life Science TTO Network (PNC)	Ministero della Salute	2023	251.450€

Tabella 16 – Finanziamenti con fondi privati assegnati nel periodo 2020-2023

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
TrainEd MonocytoPOiesis in cancer progression (TEMPO)	Fondazione AIRC	2020	1.093.000 €
Learning from failure: decoding metabolic traits of cancer to empower therapeutic activity of anti-angiogenic drugs	Fondazione AIRC	2020	547.000€
Caratteri epidemiologici e decorso clinico dell'infezione SARS-CoV-2 nei pazienti oncologici nella realtà della Rete Oncologica Veneta: lo studio ROVID	Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo (CARIPARO)	2020	100.000€
Applicazione della value based Healthcare nella gestione del paziente con tumore del colon-retto all'interno della rete nazionale dei percorsi oncologici	FONDAZIONE BERLUCCHI (ONLUS)	2022	10.000 €
Hyaluronan as an effective immunological adjuvant for the creation of protein-based vaccines against HER2 breast cancers	Fondazione AIRC	2023	497.750€

Tabella 17 – Finanziamenti con fondi internazionali assegnati nel periodo 2020-2023

Denominazione progetto	Ente finanziatore	Anno in cui si è ottenuto il finanziamento	Entità del finanziamento ottenuto
MELANOSTRUM	National Institute of Health/USA	2020	43.673€
Targeting breast tumors with anti-Netrin-1 A1:LK39 as a promoter of immunity (NANONET)	European Commission	2020	250.000€
Radiotherapy-Activated Immunomodulating Niches (RAIN)	European Commission	2022	250.000€
Joint Action on Networks of Expertise" (JANE)	European Commission	2022	14.980€
Diagnostic HER2DX-guided treatment for patients with early-stage HER2-positive breast cancer (DEFINITIVE)	European Commission	2023	59.475€

Tabella 18 – Adesioni a reti internazionali nel periodo 2020-2023

Denominazione rete	Anno di adesione alla rete	Note
European Radiation Dosimetry Group (EURADOS)	2020	
Collaborazione Internazionale relativa all'applicazione delle nanotecnologie in ambito oncologico	2020	Collaborazione promossa dall'Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS
The European Liquid Biopsy Society (ELBS)	2020	
European Reference Network for Rare Adult Solid Cancers (ERN EURACAN)	2021	
European Association of Research Managers and Administrators (EARMA)	2021	
DIGital Institute for Cancer Outcomes REsearch (DigiCore)	2022	

1.3.3 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 19 riporta i dati provenienti dal bilancio consuntivo, sezionale della ricerca, ed evidenzia i finanziamenti della ricerca relativi al triennio 2021-2023.

Per il 2024 il finanziamento per l'attività di ricerca corrente assegnato dal Ministero della Salute allo IOV risulta pari a 3.417.757,69 €.

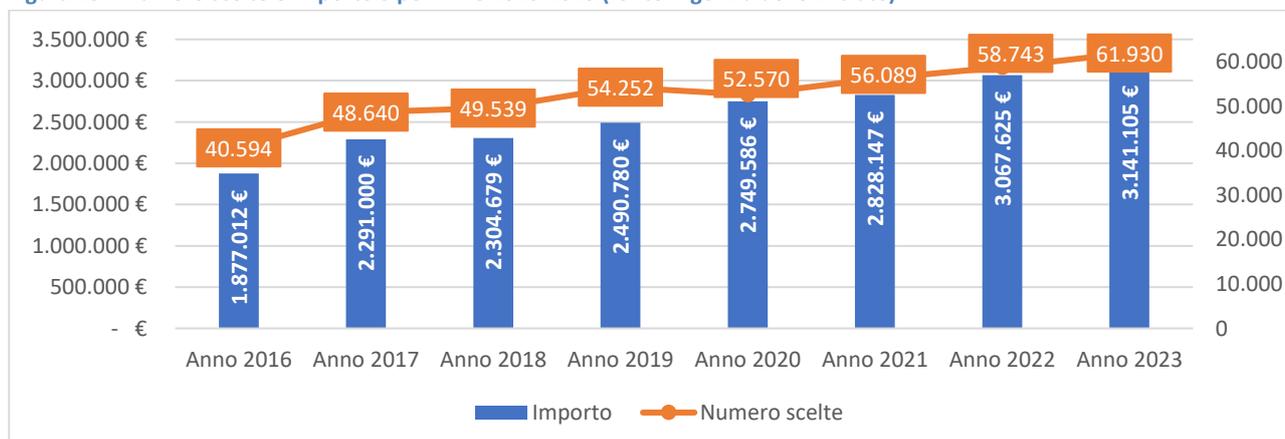
Figura 19 – Fonti di finanziamento della ricerca: 2021-2023



Donazioni 5 per mille 2023

I dati sulla ripartizione del 5 per mille riferiti all'anno fiscale 2023 (resi noti a giugno 2024) confermano che lo IOV è, a livello regionale, il soggetto con la maggiore contribuzione da parte dei cittadini, avendo totalizzato 3.141.104,78 € (+2,4%), mantenendo per il terzo anno consecutivo il 18° assoluto su base nazionale. Le scelte espresse nel 2023 hanno superato quota 60 mila (61.930), con un incremento del 5,4% rispetto all'anno precedente. 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 14% dell'investimento annuale in ricerca.

Figura 20 – Numero scelte e importo 5 per mille 2016-2023 (fonte: Agenzia delle Entrate)



2.Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 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 2025-2027, 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 presidiata 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 e le modalità di accreditamento ed è stata avviata l'attività di contestualizzazione locale dei PDTA regionali. Nel 2023 sono stati elaborati, con l'attiva

partecipazione del personale coinvolto nell'operatività, 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'elaborazione dei percorsi della donazione a cuore/fermo controllata (CDCD), del tumore maligno del Polmone, del Mieloma Multiplo, dei Linfomi Non Hodgkin e delle Leucemie Acute dell'adulto ed all'avvio di ulteriori gruppi di lavoro, è stata programmata l'attività di audit per alcuni percorsi già elaborati (Mammella, Colon e Prostata), secondo la metodologia PDCA per il miglioramento continuo della qualità. Tale attività di audit è stata condotta in modo integrato con il Rischio Clinico. 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 caregiver.

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) e all'integrazione operativa, prevista dalla programmazione regionale, attraverso percorsi condivisi con le aziende territoriali. Nel mese di giugno 2024 è stata approvata anche una specifica procedura per definire tale modalità di supporto: in particolare è stata adottata la procedura "Attività di Teleconsulto con parere medico degli specialisti oncologici IOV per ospedali spoke della Regione del Veneto" (I_DS_P41) con la quale è disciplinata l'attività consulenziale, con l'emissione di pareri medici specialistici, a favore dei professionisti delle seguenti Aziende ULSS:

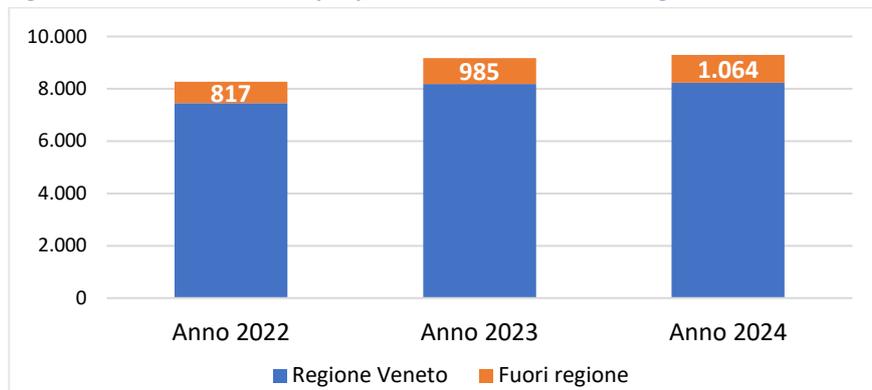
- ULSS n. 1 - Dolomiti;
- ULSS n. 2 - Marca Trevigiana;
- ULSS n. 4 - Veneto Orientale;
- ULSS n. 5 - Polesana;
- ULSS n. 6 - Euganea;
- ULSS n. 7 - Pedemontana.

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 2024 ha raggiunto complessivamente con la propria attività di tipo assistenziale circa 130.000 utenti (con un trend in incremento continuo), dei quasi il 50% 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 2024 sono stati oltre 1000, con un incremento del +8% rispetto al 2023.

Figura 21 – Numero di ricoveri per pazienti con residenza fuori regione: anni 2022-2024



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.

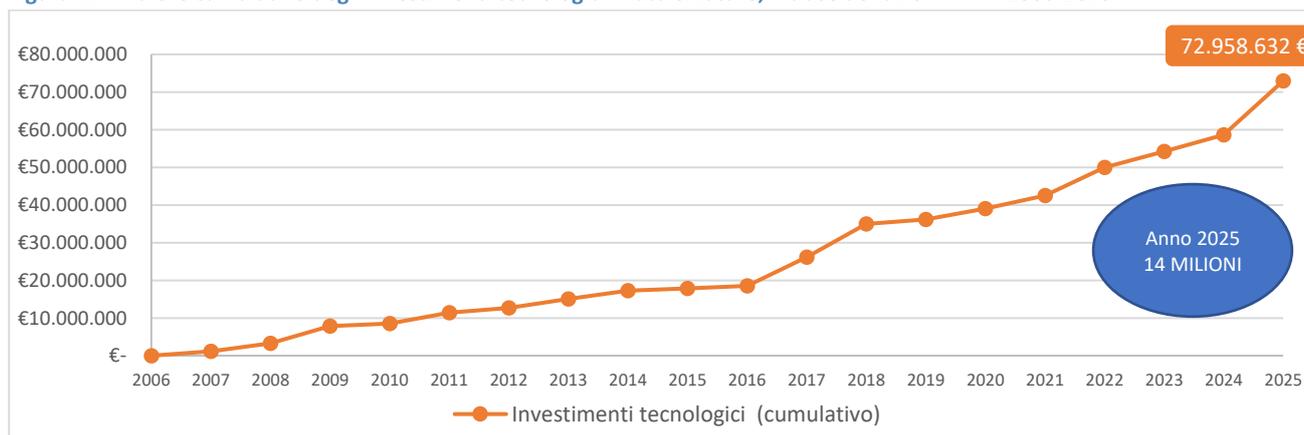
Sviluppo dell’offerta

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.

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.

Alla fine del 2023 sono stati avviati i cantieri per la costruzione dei nuovi bunker e per il nuovo polo di radioterapia a Castelfranco. Per il 2025 sono stati preventivati 14.367.260 € in attrezzature tecnologiche, pari a quasi il 25% in più rispetto a quanto lo IOV ha investito a partire dalla propria costituzione.

Figura 22 – Valore cumulativo degli investimenti tecnologici in attrezzature, incluse donazioni: Anni 2006-2025



Il Piano degli investimenti del PNRR

Lo IOV partecipa alla Missione 6 Salute (M6) del PNRR, sesta area di intervento prevista dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, finanziato grazie al programma dell’Unione europea “Next Generation UE”.

Gli interventi della Missione Salute del PNRR, da raggiungere entro il 2026, si dividono in due aree principali:

- Ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- Innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

In quest’ottica gli interventi della Missione Salute sono divisi in due Componenti, ognuna delle quali prevede una Riforma e specifici Investimenti:

- *Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*
- *Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*

All’interno della misura M6C2 lo IOV ha deciso di impiegare i fondi europei per puntare, in particolare, a:

C2 del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature) Investimento 1.1.2 – Ammodernamento

Questa misura punta al rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico, comprendenti TAC, Risonanze Magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistemi Radiologici Fissi, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi, da acquistare in sostituzione di tecnologie obsolete o fuori uso (oltre 5 anni).

Intervento	Localizzazione intervento	Importo totale	Finanziamento PNRR	Stato avanzamento
Sostituzione Risonanza Magnetica	Via Gattamelata, 64 – 35128 Padova PD	1.147.849,20 €	914.000,00 €	Nuova RM Ingenia Ambition X Philips. Collaudata a marzo 2024
Sostituzione PET/TAC	Via Gattamelata, 64 – 35128 Padova PD	2.199.550,00 €	2.403.400,00 €	Nuova PET/CT modello Discovery MI Gen2 GE. Collaudata a giugno 2023
Sostituzione Acceleratore lineare	Via Nicolò Giustiniani, 2 – 35128 Padova	2.123.690,60 €	2.077.476,00 €	Nuovo acceleratore lineare TRUEBEAM marca Varian. Collaudato a luglio 2024

C2 Investimento 1.3.1 (b) – Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni/Province autonome – Potenziamento delle infrastrutture digitali

L’obiettivo di questo sub-investimento è potenziare il fascicolo sanitario elettronico (FSE) per garantirne la diffusione su tutto il territorio nazionale. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) interviene per potenziare il FSE con quattro obiettivi:

1. Accesso: creare un FSE omogeneo sul territorio nazionale, che rappresenti l’unico ed esclusivo punto di accesso per gli assistiti ai servizi del SSN;

2. Integrazione: rendere il FSE uno strumento efficace per la diagnosi e la cura, che condivida i dati clinici rilevanti tra professionisti e strutture sanitarie (sia pubbliche che private), garantisca continuità assistenziale sul territorio, sia utile alla gestione dei pazienti cronici, e si integri con le farmacie nella definizione del piano terapeutico;
3. Personalizzazione: aumentare la qualità e numerosità dei dati clinici presenti nel FSE per contribuire alla capacità di diagnosi e cura personalizzata da parte dei professionisti sanitari;
4. Policy: creare una base di conoscenza sullo stato di salute della popolazione, che concorre a fornire informazioni alle istituzioni sanitarie, per supportarle nella definizione e attuazione delle politiche di prevenzione, programmazione sanitaria e governo, e agli enti di ricerca per l'attività di ricerca medica e biomedica.

Intervento	Localizzazione intervento	Importo totale	Finanziamento PNRR	Stato avanzamento
FSE	Via Gattamelata, 64 – 35128 Padova PD	160.000,00 €	160.000,00 €	In corso

C2 Investimento 2.1 – Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

L'obiettivo dell'investimento è di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese. Per il dettaglio dei progetti legati alla ricerca si rimanda alla tabella 14 nel paragrafo *“Finanziamenti in Grant ottenuti nel periodo 2020-2023”*.

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 2024 sono state erogate a questi soggetti circa 7.200 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 screening è stata avviata il 29 Ottobre 2022. 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 di 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 caregiver 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.

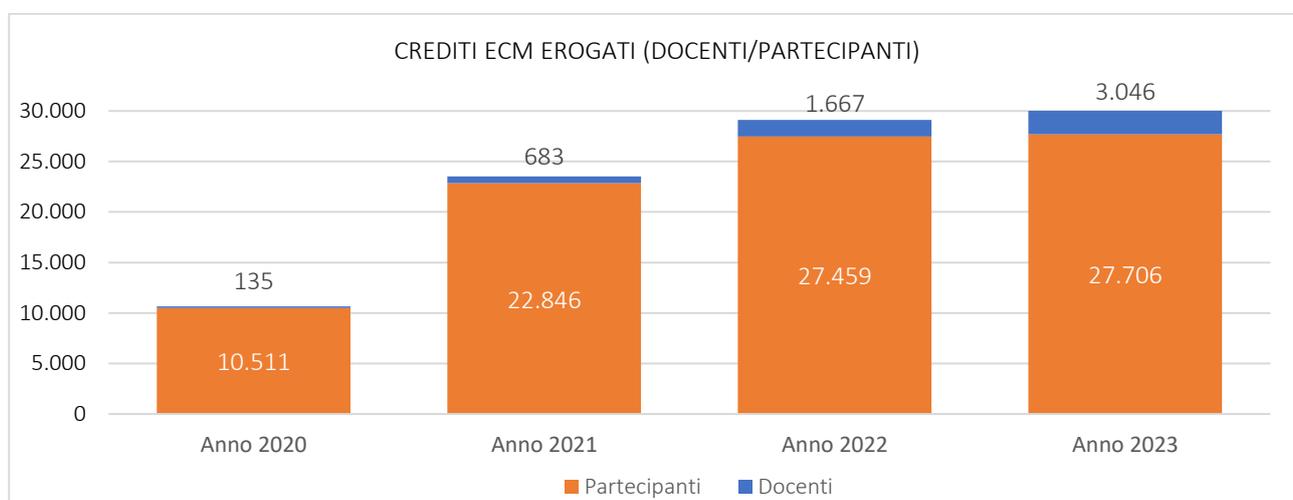
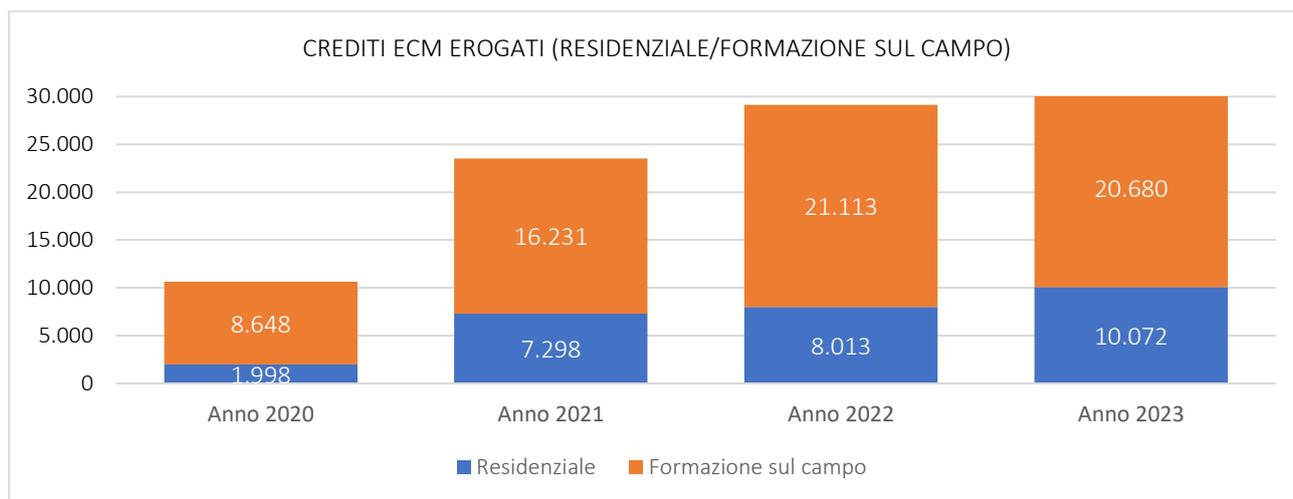
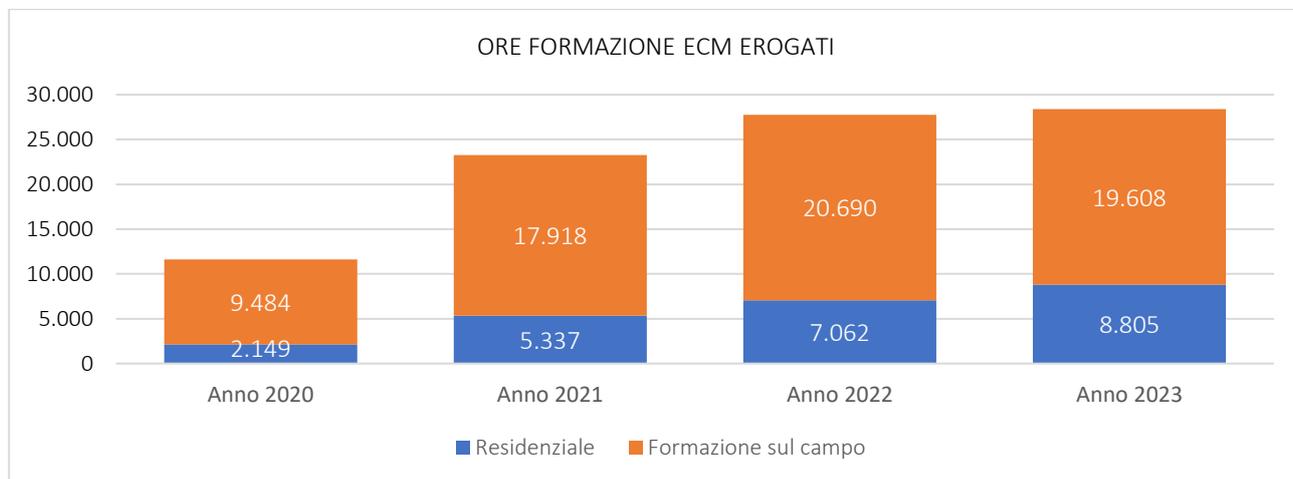
La Formazione pianifica ogni anno le iniziative di formazione e addestramento finalizzate a garantire al personale l'acquisizione e il miglioramento delle conoscenze e delle capacità necessarie ad attuare le prestazioni di competenza. L'attività formativa si sviluppa nel rispetto della normativa del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

Lo IOV si impegna da tempo a dare ascolto alle esigenze di pazienti e familiari con diverse iniziative, collegate all'attività di patient education and empowerment.

Lo IOV negli anni è riuscito inoltre 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. Nel corso del

2024 la Formazione nell'ottica di estendere l'accreditamento per poter erogare formazione a distanza (FAD) e migliorare il servizio e la modalità di fruizione dell'offerta formativa interna ed esterna, ha informatizzato tutti i processi formativi.

L'attività svolta nel Piano Formativo Aziendale 2024 è attualmente in fase di rendicontazione che si concluderà entro il 31/03/2025 con la relazione finale.



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. Nel corso del 2024 invece l'Istituto Oncologico Veneto ha partecipato al Gruppo di Lavoro coordinato da Azienda Zero, finalizzato a identificare un modello di riferimento per lo sviluppo di un sistema volto a mappare le competenze professionali della Dirigenza di Area Medica e Sanitaria.

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 e successivamente rinnovato.

Il Supporto a pazienti e Caregiver

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 lavorativa, con conseguenze che vanno al di là degli aspetti economici. Sono attivi 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 2024 sono stati coinvolti 7.614 soggetti (+1,9% rispetto all'anno precedente), con un tasso di adesione del 45% ed un tasso di risposta del 46%, mentre PROMs, nel 2024, ha riguardato 844 donne operate per tumore della

mammella, con un tasso di adesione complessivamente del 60%. L'analisi di quanto riportato dai pazienti nel questionario PREMs ha permesso, nel corso del 2024, di sviluppare una serie di azioni di miglioramento, quali ad esempio la revisione di "Carta del ricovero" e "Carta di accoglienza", per molte Unità Operative, il confronto con i fornitori dei pasti per condividere le criticità emerse dai molteplici commenti dei pazienti e l'inserimento di ganci appendiabiti/borse/accappatoi nei locali utilizzati dai pazienti in degenza e diagnostica. L'analisi di quanto riportato dai pazienti nel questionario PROMs ha permesso, sempre nel 2024, di creare un report di monitoraggio mensile sull'andamento dell'indagine e uno trimestrale per restituire i commenti positivi/negativi al reparto, e di aggiornare la brochure informativa per le pazienti affinché risulti più chiara e comprensibile.

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.

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 maggiori 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.

2.2 Performance

2.2.1 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 2025-2027. 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.

2.2.2 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 2025-2027, si propone di intervenire nelle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione aziendale 2024, con la programmazione regionale 2025 (DGRV 1557 del 30/12/2024 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025"), 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, in attesa del loro aggiornamento per il triennio 2025-2027, nonché con gli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza e riportati nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente documento.

Di seguito si descrive brevemente ciascuna area strategica, rimandando alla tabella 19 per il dettaglio degli obiettivi strategici e l'orizzonte temporale di riferimento.

1. *Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative*

L'area mira a consolidare il ruolo dell'Istituto Oncologico Veneto come centro di eccellenza per la cura oncologica e, al contempo, a favorire l'innovazione e l'evoluzione delle strutture sanitarie in tutto il percorso di cura (dalla prevenzione e diagnosi precoce fino all'assistenza territoriale e palliativa). Il tutto viene supportato da azioni specifiche di investimento, sviluppo di servizi ad alta specializzazione (come la Radiofarmacia) e adesione a progetti nazionali per la definizione di indicatori di qualità;

2. *Ricerca*

L'area è orientata a promuovere sinergie tra enti di ricerca, a garantire processi più efficienti per sostenere gli studi e le nuove linee di ricerca e a sviluppare le tecnologie avanzate per supportare le attività di ricerca e migliorare la gestione dei dati;

3. *Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori*

L'area e le sue linee d'azione mirano a consolidare e accrescere la qualità delle cure, valorizzando l'accreditamento e la certificazione come garanzia di standard elevati, nonché a promuovere una cultura della sicurezza integrata, che coinvolga sia la prospettiva del paziente sia la protezione e il benessere degli operatori. L'attenzione alla preparedness e alla readiness aziendale completa il quadro, assicurando la capacità di far fronte a emergenze e situazioni di rischio sanitario;

4. *Valorizzazione del personale*

Si concentra sulla crescita e sul coinvolgimento del capitale umano dell'Istituto, promuovendo iniziative di formazione continua e di valorizzazione delle competenze;

5. Comunicazione e Marketing

Attività finalizzate alla costruzione e al mantenimento di una relazione efficace con i pazienti, il personale e gli stakeholder. La comunicazione e il marketing non si limitano a promuovere i servizi, ma contribuiscono a consolidare l'immagine dell'istituto come un punto di riferimento per la cura e la ricerca;

6. Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders

Riguarda il consolidamento di principi etici e di legalità all'interno dell'Istituto, accrescendo i livelli di trasparenza nei confronti di pazienti, operatori e stakeholder esterni;

7. Governance interna

Mira a garantire il rispetto dei LEA, ottimizzare i processi sanitari, assicurare la sostenibilità economico-finanziaria, razionalizzare i processi amministrativi e migliorare la gestione dei dati e della privacy, in un'ottica di efficienza, efficacia e trasparenza;

8. Diffusione di una cultura di equità di genere e contrasto alla violenza di genere, al mobbing, delle molestie e alle molestie sessuali

Quest'area strategica punta a promuovere condizioni di parità e rispetto all'interno dell'organizzazione, agendo su più fronti: dall'equilibrio tra vita privata e lavorativa, all'accesso paritario alle posizioni decisionali e alla carriera, fino al contrasto di qualsiasi forma di violenza o discriminazione basata sul genere.

Tabella 19 – Obiettivi strategici dell'Istituto per il triennio 2025-2027

Legenda tipologia obiettivo: A=Aziendale; R=Regionale

Cod_AS	Area Strategica	Livello Strategico	Obiettivo Strategico	Tipologia Obiettivo	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027	
A25_1	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	A	x	x		
			Ottimizzazione della presa in carico del paziente oncologico	A	x	x	x	
			Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	R/A	x	x	x	
			Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	R	x			
		Promuovere l'evoluzione delle strutture di offerta sanitaria in accordo con la programmazione regionale	Potenziare ed efficientare l'offerta dell'area dei servizi sanitari	R/A	x	x	x	
			Gestione degli investimenti	R	x	x		
			Adesione al progetto promosso da AGENAS per lo sviluppo di indicatori nazionali specifici per gli IRCCS	A	x	x		
A25_2	Ricerca	Sviluppare il nuovo piano della ricerca e la collaborazione con gli altri atenei	Promuovere e potenziare le collaborazioni con altri IRCCS, Atenei e altri enti di ricerca	A	x	x	x	
			Promuovere e potenziare lo sviluppo della ricerca nelle UU.OO. Sanitarie: clinica e pre-clinica	A	x	x	x	
			Definizione dei criteri di ripartizione tra le diverse UUOO del finanziamento della Ricerca Corrente	A	x	x	x	
		Implementazione atto aziendale e regolamento di funzionamento	Ottimizzazione del processo di valutazione della fattibilità degli studi	A	x			
			Implementazione dei servizi a supporto dell'attività clinica	A	x	x	x	
			Sviluppo piano triennale scientifico 2025-2027	Sviluppo delle nuove linee di ricerca	A	x	x	x
				Promozione dei processi per la ricerca	R/A	x	x	x

Cod_AS	Area Strategica	Livello Strategico	Obiettivo Strategico	Tipologia Obiettivo	Anno 2025	Anno 2026	Anno 2027
		Potenziamento sistema informatico-informativo dedicato alla ricerca	Implementazione del sistema informatico sul cloud/server a supporto dell'attività di ricerca	A	x	x	x
A25_3	Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori	Favorire i percorsi di accreditamento nazionali ed internazionali e monitoraggio della qualità	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	A	x		
			Mantenimento e sviluppo dei percorsi di qualità, dell'accREDITamento e di certificazione	R/A	x	x	x
		Favorire la cultura della sicurezza	Sviluppo della cultura della sicurezza del paziente	A	x	x	x
			Sviluppo della cultura della sicurezza dell'operatore	R/A	x	x	x
		Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	R	x			
A25_4	Valorizzazione del personale	Coinvolgere i professionisti e favorirne la crescita	Promuovere la formazione come strumento di crescita professionale del capitale umano dell'Istituto	A	x	x	x
		Valorizzazione delle Professioni Sanitarie	Sviluppo delle aree prioritarie individuate dalle Professioni Sanitarie Ospedaliere	A	x	x	x
A25_5	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	A	x	x	x
A25_6	Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders	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	R/A	x	x	x
A25_7	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Indicatori dei Sistemi di valutazione nazionali, di processo e di esito	R/A	x	x	x
			Governo dei processi sanitari	Miglioramento processi di area ospedaliera	R/A	x	x
		Miglioramento processi dell'area dei servizi		A	x	x	x
		Monitoraggio dell'attività di libera professione		A	x	x	x
		Governo delle liste di attesa		R/A	x	x	x
		Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva		R/A	x	x	x
		Governo della spesa	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	R/A	x	x	x
			Migliorare gli strumenti di previsione e autorizzazione della spesa	A	x	x	x
			Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	R	x	x	x
		Governo dei processi tecnici/amministrativi	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi e di supporto	R/A	x	x	x
			Perseguimento PNRR Missione 6	R	x	x	
			Perseguimento interventi strategici di informatica	R/A	x	x	x
			Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	R	x		
			Gestione del piano investimenti e del piano gare 2025	A	x		
Implementazione delle normative contrattuali e ottimizzazione della gestione delle risorse umane	A		x				
Migliorare la gestione del trattamento dei dati e della privacy	Migliorare la gestione e la sicurezza del trattamento dei dati personali	A	x	x	x		
A24_8	Diffusione di una cultura di equità di genere e contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali	Sviluppo delle azioni positive	Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	A	x	x	x
			Pari opportunità e equilibrio di genere	A	x	x	x
			Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali	A	x	x	x

Al fine di garantire la coerenza della programmazione annuale 2025 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 20 – Attribuzione degli obiettivi regionali 2025 alle aree strategiche 2025-2027

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO	Livello strategico PIAO	Peso
Totale							80
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza							26,4
S.01	Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	2,6
		25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	2,6
		25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	2,6
		25.S.O.01.4	Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto delle soglie come da vademecum	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	2
S.03	Perseguimento PNRR Missione 6	25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	2,6
S.04	Perseguimento interventi strategici di informatica	25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	2,2
		25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	0,2
S.06	Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	25.S.S.06.1	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	Si (come da vademecum)	Diffusione di una cultura di equità di genere e contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali	Sviluppo delle azioni positive	2,4
S.08	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	25.S.O.08.1	Aumento delle pubblicazioni e dei pazienti inseriti in studi	Aumento per ogni sub indicatore come da vademecum	Ricerca	Sviluppo piano triennale scientifico 2025-2027	1,6
		25.S.O.08.2	Collaborazione con il CRAO nella stesura e aggiornamento dei PDTA	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti	Rafforzare il ruolo dello IOV quale HUB regionale per le cure oncologiche	2,6

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO	Livello strategico PIAO	Peso
					cronici, cure palliative		
		25.S.S.08.3	Predisposizione del capitolato tecnico della gara regionale di test NGS in oncologia	Si (come da vademecum)	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	1
		25.S.S.08.4	% aggiornamento di protocolli ROV e REV presenti in Medical 80 e rispetto indicazioni per supporto rete oncologica	> 90%	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	2
		25.S.O.08.5	Rispetto delle indicazioni per la riorganizzazione delle attività dei GOM regionali	Si (come da vademecum)	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	2
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza							12
A.01	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	25.A.O.01.1	Indicatore specifico per Azienda - Ospedale (vedi All A2)	Rispetto soglia nazionale	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	3
A.02	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	25.A.O.02.1	Obiettivo di mantenimento specifico per Azienda - Ospedale (vedi All A2)	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	9
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari							20,4
E.01	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	Governance Interna	Governo della spesa	2,5
		25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di elegibilità RATEC	Governance Interna	Governo della spesa	2,5
E.02	Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo della spesa	2,5
E.03	Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	Governance Interna	Governo della spesa	2,4
		25.E.S.03.2	Indice di miglioramento margine produttività	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo della spesa	1,6
		25.E.S.03.4	Aumento mobilità attiva	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti	Rafforzare il ruolo dello IOV quale HUB regionale per le cure oncologiche	1,7

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO	Livello strategico PIAO	Peso
					cronici, cure palliative		
E.04	Gestione degli investimenti	25.E.S.04.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	Promuovere l'evoluzione delle strutture di offerta sanitaria in accordo con la programmazione regionale	1
		25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	Promuovere l'evoluzione delle strutture di offerta sanitaria in accordo con la programmazione regionale	0,6
E.05	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	0,8
		25.E.S.05.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100 %	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	0,3
		25.E.S.05.3	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	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza	0,3
		25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	0,9	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	2,2
		25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative	Promuovere l'evoluzione delle strutture di offerta sanitaria in accordo con la programmazione regionale	0,2
		25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori	Favorire la cultura della sicurezza	0,2
E.06	Miglioramento dei processi sanitari	25.E.O.06.1	Indice di performance degenza media - drg medici (Bersaglio C2A.M)	<= - 0,39	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	0,8
		25.E.O.06.2	Indice di performance degenza media - drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	<= - 0,40	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	0,8
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza							21,2
Q.01	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei	25.Q.P.01.1	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Si (come da vademecum)	Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori	Favorire la cultura della sicurezza	0,8

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO	Livello strategico PIAO	Peso
	confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica						
Q.05	Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	1	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	1,8
		25.Q.O.05.3	Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	0,7
		25.Q.O.05.4	Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	0,6
		25.Q.O.05.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	<= 3,69	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	1,3
		25.Q.O.05.6	% di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,46	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	1,3
		25.Q.O.05.7	% di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.2)	<= 3,13	Governance Interna	Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	1,3
Q.06	Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	25.Q.O.06.1	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Si (come da vademecum)	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	0,4
Q.08	Miglioramento efficienza dei processi di supporto	25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si (come da vademecum)	Valorizzazione del personale	Coinvolgere i professionisti e favorirne la crescita	1
		25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	1,1
		25.Q.S.08.3	Adesione, alle gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	1,2
		25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	0,3
		25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova	1	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	0,6

LINEA STRATEGICA							
AMBITO LEA							
Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area strategica PIAO	Livello strategico PIAO	Peso
			istituzione implementati correttamente				
		25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si (come da vademecum)	Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori	Favorire i percorsi di accreditamento nazionali ed internazionali e monitoraggio della qualità	0,3
		25.Q.O.08.7	Adozione e rispetto degli accordi contrattuali con le aziende territoriali	Si (come da vademecum)	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	2
Q.09	Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti	Governance Interna	Governo dei processi tecnici/amministrativi	0,6
		25.Q.S.10.1	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	0,8
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si (come da vademecum)	Qualità, sicurezza delle cure e degli operatori	Favorire la cultura della sicurezza	1,5
		25.Q.O.10.3	Rispetto degli indicatori di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Si (come da vademecum)	Governance Interna	Governo dei processi sanitari	2
Q.11	Promozione dei processi per la ricerca	25.Q.O.11.2	Avviamento progetti di ricerca attivati in collaborazione con almeno 3 Ulss della Regione Veneto	Si (come da vademecum)	Ricerca	Sviluppo piano triennale scientifico 2025-2027	1,6

In attesa del recepimento della Programmazione Triennale 2025-2027 degli IRCCS, di seguito si riportano le quattro linee di ricerca del piano attualmente in vigore (2022-2024).

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 non sufficientemente 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 immunoeffettrici, 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, immunoistochimica 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 2025.

2.2.3 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'allocazione 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 2025											
	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Approvazione "Piano integrato attività e organizzazione 2025-2027"												
Definizione del Documento delle Direttive 2025												
Negoziazione Budget 2025												
Valutazione obiettivi di budget UUOO 2024												
Valutazione obiettivi individuali anno 2024												
Relazione sulla Performance anno 2024												
Monitoraggio intermedio obiettivi di budget anno 2025												
Rinegoziazione Schede di Budget 2025												
Validazione OIV della Relazione sulla Performance 2024												
Erogazione retribuzione di risultato a saldo anno 2024												

Si evidenzia che la Mappa Strategica, contenuta nel presente documento (tabella 19), 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.

2.2.4 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 dai Contratti Collettivi Integrativi sottoscritti il 4 novembre 2015 e il 7.7.2017; il 14 novembre 2024 si è tenuto il primo incontro tra le delegazioni trattanti di parte datoriale e di parte sindacale del comparto per l'aggiornamento delle modalità di attribuzione della retribuzione correlata alla performance organizzativa e individuale.

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	Adeguate o accettabili
2	Inadeguate
1	Gravemente inadeguate

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.

Criteri 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 alla performance organizzativa ed individuale 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 performance 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 sanità del 16 gennaio 2024 e Contratto Collettivo Integrativo dell'area PTA del 9 giugno 2015 e 30 agosto 2017).

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 OO.SS., 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	Adeguito	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.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 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 inconferibilità 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 possibili violazioni del citato decreto legislativo art. 15 comma 2).

Secondo il codice di comportamento, ai sensi del DPR n. 62/2013 e successive modifiche e 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. adempito 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 la sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza sia coerente con le altre sezioni del PIAO e gli obiettivi 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 nella sezione prevenzione della corruzione e della trasparenza del presente PIAO;
- 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	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 f.f. UOC Contabilità e Bilancio
Referente Area rendicontazione della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Responsabile UOSD Sviluppo e coordinamento della Ricerca Sanitaria
Referente Area del Controllo di Gestione	Responsabile UOS Controllo di Gestione
Referente Area Informatica	Direttore f.f. UOC Sistemi Informativi

Referenti RPCT	
Referente Area della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Responsabile UOSD Unità Ricerca Clinica
Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente rischio clinico	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 Internal Audit
Referente Nucleo Aziendale Controllo (NAC)	Coordinatore del NAC
Referente Area legale e assicurativo	Collaboratore professionale amministrativo 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 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.

2.3.2 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 prioritizzazione 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 predispone 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.

2.3.3 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 organizzativa 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 whistleblowers.

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.

La corruzione in sanità provoca perdite pari a circa il 15% dei finanziamenti pubblici. Ed è un fenomeno che non riguarda solo il nostro paese, ma anche le altre nazioni europee. In Italia, con la legge Severino (la 190 del 2012) qualcosa si è mosso, soprattutto in termini di trasparenza e consapevolezza, ma la strada è ancora lunga.

Secondo gli ultimi dati di Transparency International Italia, tra inizio 2020 e aprile 2021 nel nostro paese sono stati riportati dai media 132 casi di corruzione nell'ambito sanitario/farmaceutico, al secondo posto rispetto al generale settore pubblico.

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-Riscc 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 Riscc.

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).

2.3.4 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.

2.3.5 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 2025-2026-2027, 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.

La mappatura viene attuata con l'ausilio di un software, acquisito per incrementare il grado di automazione e digitalizzazione dei processi e 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. L'implementazione e la personalizzazione è stata avviata con il supporto della funzione Internal Auditing e della UOS Qualità, Accreditamento e Riconoscimento IRCCS.

Ogni anno è previsto in capo alle Unità Operative amministrative e sanitarie individuate come esposte a rischi corruttivi l'obiettivo di budget della mappatura di almeno un processo. In tal modo 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 2025-2026-2027 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 nella sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza);
- 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 singolo 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.

Il Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione è riportato nell'allegato B.

2.3.6 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure individuate per abbattere il rischio corruttivo, nel triennio 2025-2026-2027, 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 coinvolge 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 ed è stato approvato con delibera del Direttore Generale n. e pubblicato nel sito istituzionale a cura del RPCT, unitamente alla relazione illustrativa e trasmesso ad ANAC. L'aggiornamento del codice di comportamento è stato trasmesso a tutto il personale.

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 alla 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 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 emerge 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 o autonomo;
- ai titolari di incarichi di cui all'art. 21 del d. lgs 39/2013, incarichi di vertice.

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.

La conseguenza della violazione del divieto di pantouflage è la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti. ANAC nei bandi tipo n. 1/2023 ha previsto la clausola del pantouflage tra le cause di esclusione dalle procedure di gara.

Si rinvia alle Linee Guida N. 1 adottate da ANAC con delibera n. 493 del 25 settembre 2024.

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 UOSD 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.

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.

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). 0

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.

2.3.7 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 proponendo 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.

2.3.8 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, supportando 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 tabella sarà aggiornata una volta adeguato il sistema di trasparenza secondo gli schemi approvati da ANAC con la delibera n. 495/24. L'"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 Tecnico 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 D.lgs. 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.

Per quanto concerne la materia dei contratti pubblici, il D.Lgs. 36/2023 - nuovo Codice dei Contratti Pubblici, dispone nuove e ulteriori modalità di pubblicazione a valere dal 1° gennaio 2024.

In particolare, gli artt. 20, 21, 23 e 28 del citato decreto disciplinano la nuova trasparenza dei contratti pubblici, prevedendo, a partire dal 1° gennaio 2024:

- L'estensione degli obblighi di trasparenza all'intero ciclo di vita degli appalti pubblici (programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione);
- La semplificazione degli adempimenti in attuazione del principio *once only*, con un unico invio degli atti da parte della stazione appaltante alla BDNCP gestita da ANAC, al duplice fine della loro pubblicità legale e della trasparenza.

La pubblicazione in Amministrazione trasparente dei dati relativi agli appalti è perciò residuale e si limita ai dati non oggetto di trasmissione alla BDNCP.

ANAC, con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, in un'ottica di semplificazione e uniformità dei dati pubblicati, ha approvato 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 d.lgs. n. 33/2013, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto.

Gli schemi approvati, nello specifico, riguardano l'utilizzo delle risorse pubbliche (art. 4 bis), l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni (art. 13) e i controlli su attività e organizzazione (art. 31).

L'Istituto entro il 31 ottobre 2025 deve procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in Amministrazione trasparente, adeguandosi agli schemi forniti da ANAC.

Al termine di tale periodo, i dati dovranno essere pubblicati in conformità agli standard adottati dall'Autorità.

La qualità dei dati pubblicati, ai sensi degli artt. 6 e 7 co. 1 e 9 d.lgs. 33/2013, devono rispettare i seguenti requisiti:

- **INTEGRITA'**: il dato non deve essere parziale;
- **COMPLETEZZA**: la pubblicazione dev'essere esatta, accurata ed esaustiva. L'esattezza fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente la realtà, l'accuratezza concerne invece la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative;
- **TEMPESTIVITA'**: le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione;
- **COSTANTE AGGIORNAMENTO**: il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione A.T., è necessario indicare la data di aggiornamento;
- **SEMPLICITA' DI CONSULTAZIONE**: il dato dev'essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione;
- **COMPRESIBILITA'**: il dato dev'essere chiaro nel suo contenuto;
- **OMOGENEITA'**: il dato dev'essere coerente e non presentare contraddittorietà;
- **FACILE ACCESSIBILITA' E RIUTILIZZABILITA'**: il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto e non possono essere disposti filtri e altre soluzioni tecniche che impediscano ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione trasparente;
- **CONFORMITA' AI DOCUMENTI ORIGINALI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE**: occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale;
- **INDICAZIONE DELLA LORO PROVENIENZA**: qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte;

- **RISERVATEZZA:** la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

Ulteriore presupposto necessario per la pubblicazione dei dati è la **validazione**, la quale costituisce il processo che *“assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con una serie di caratteristiche qualitative”*, avuto riguardo alla comprensibilità, conformità e attendibilità delle informazioni da pubblicare.

La validazione, all'interno di ciascuna Unità Operativa, è affidata al Dirigente responsabile del medesimo ufficio, in quanto soggetto che conosce in maniera approfondita i dati e le informazioni elaborate.

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, controllo sulla qualità dei dati

L'OIV, nello svolgimento dell'attività di attestazione dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC, verifica la presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, e si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative e se è riferito a tutti gli uffici), l'aggiornamento e il formato aperto ed elaborabile del dato pubblicato.

Le attestazioni degli OIV, all'esito di ciascuna verifica, vengono quindi pubblicate a cura del RPCT nella corrispondente sezione in A.T., complete delle schede delle verifiche di monitoraggio.

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, come da indicazioni ANAC.

Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV e all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità segnalate dagli OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

Accesso civico (D. lgs. 33/2013)

Lo strumento dell'accesso civico semplice (art. 5, co. 1 d.lgs. 33/2013) costituisce già un meccanismo di garanzia e correzione, attivabile da chiunque, introdotto dal legislatore e applicabile anche nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione tramite standard.

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.

L'accesso civico 'generalizzato', 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'assegna all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

Lo IOV ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1017 del 21.11.2024 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 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.

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.

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

3.1 Struttura organizzativa

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS è articolato su più sedi operative situate a Padova, Castelfranco Veneto (DGR n. 1635 del 21/10/2016 e DGR n. 1342 del 22/08/2017) Schiavonia (DGR n. 910 del 20/07/2015) e Venezia (DGR n. 190 del 28/02/2022). L'assetto istituzionale è adeguato alla DGR n. 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 a valenza dipartimentale 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

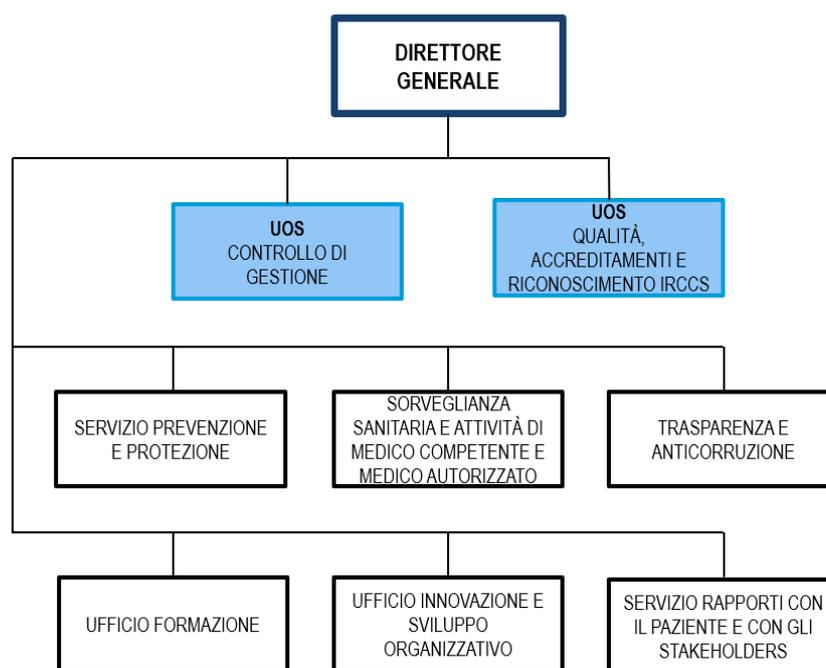
dotato di autonomia funzionale, identificato per la presenza di elevate competenze tecnico professionali che producono prestazioni quali-quantitative complesse.

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.

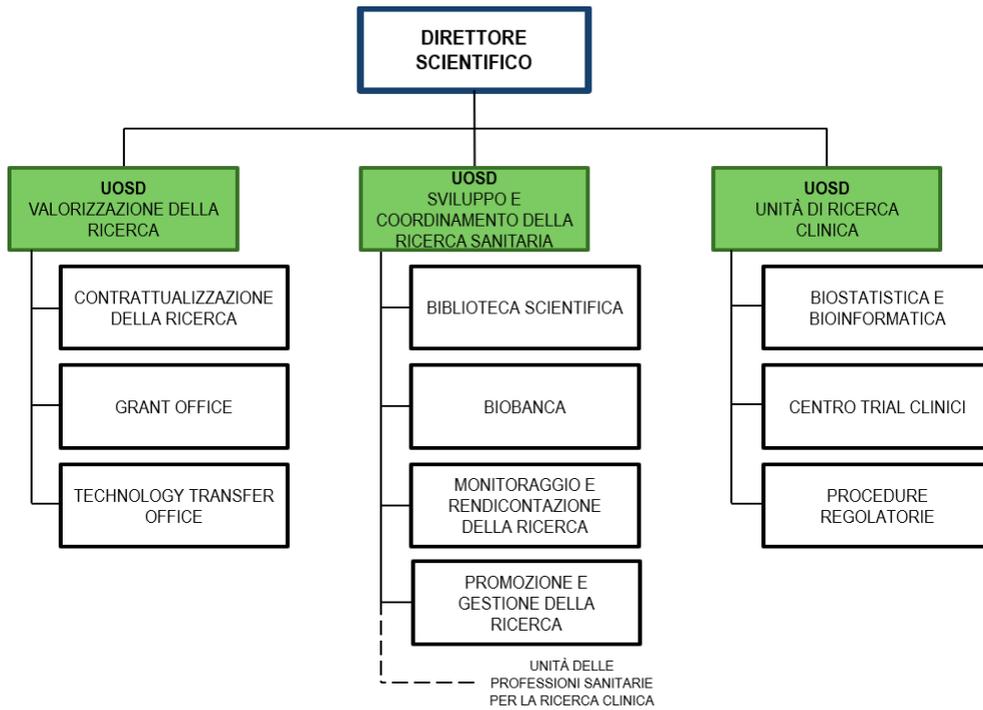
All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale del comparto incarichi di funzione. Tali incarichi sono istituiti e conferiti secondo quanto definito nell'apposito regolamento approvato dal Direttore Generale previa contrattazione con le OO.SS..

L'organigramma dell'Istituto è il seguente:

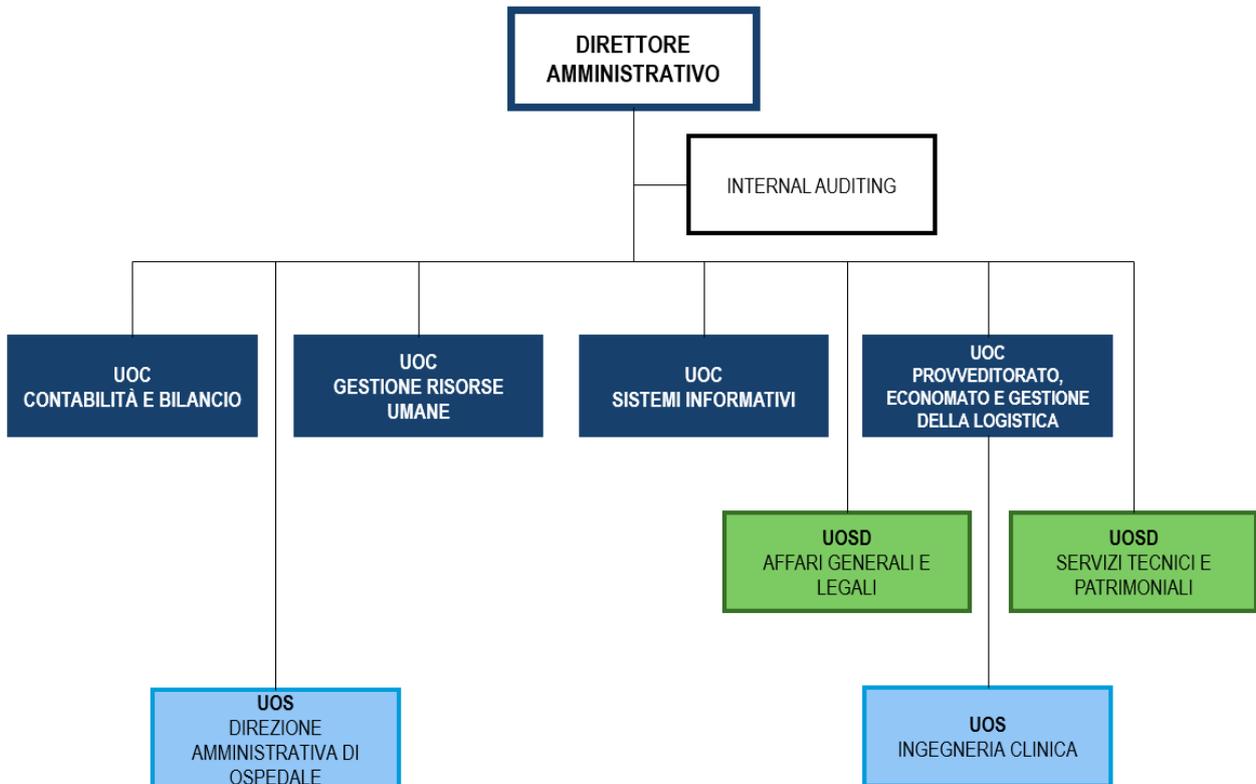
DIREZIONE GENERALE



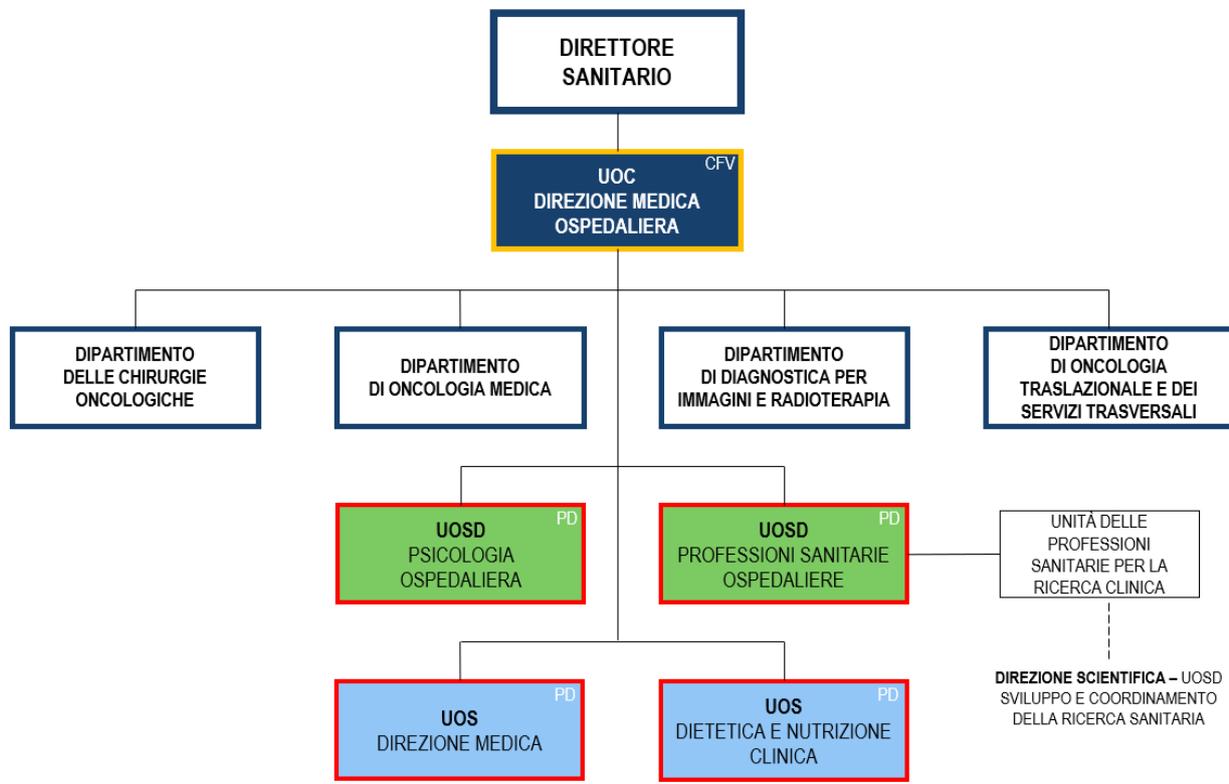
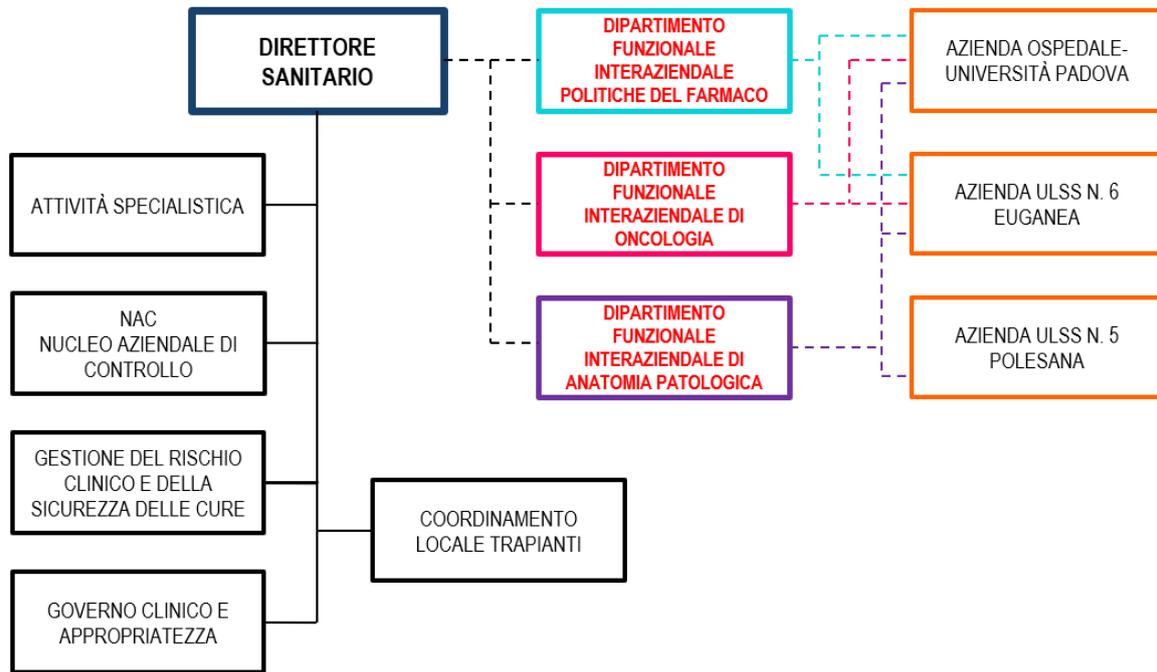
DIREZIONE SCIENTIFICA

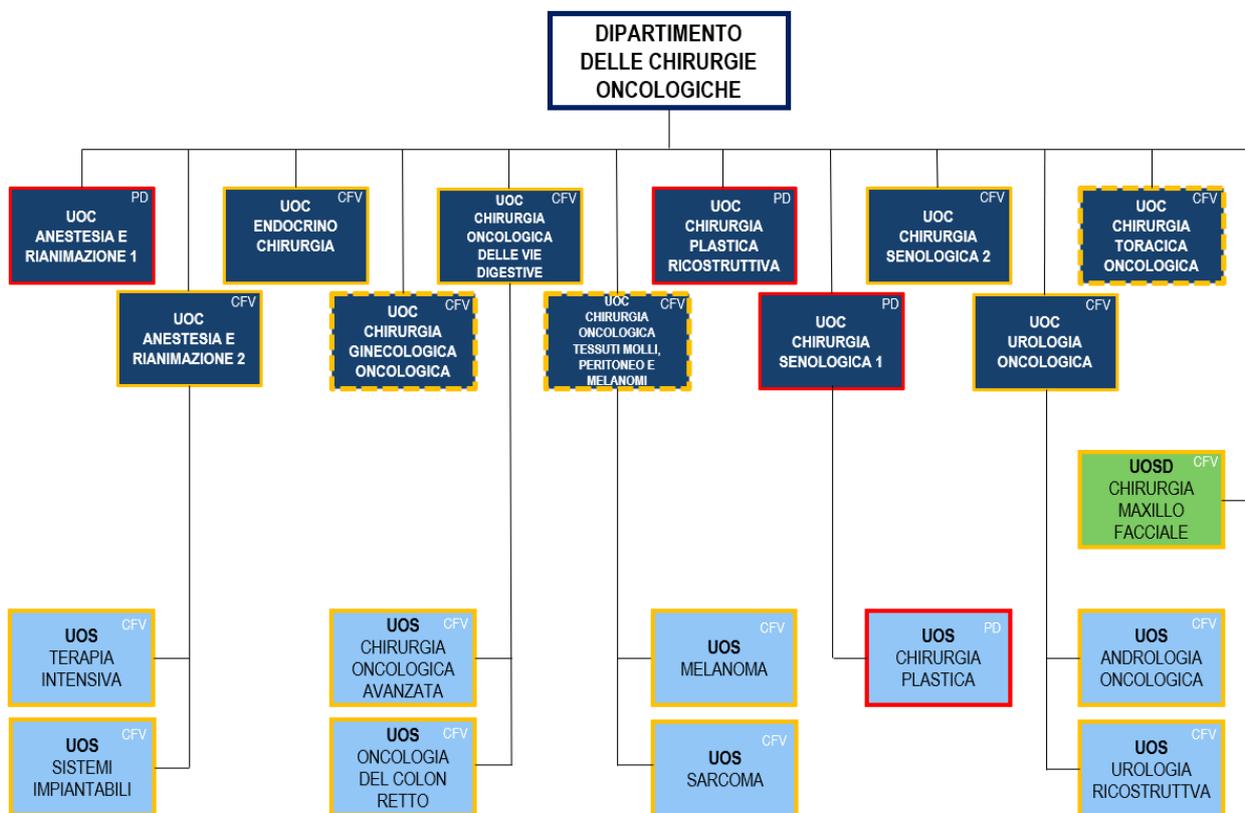
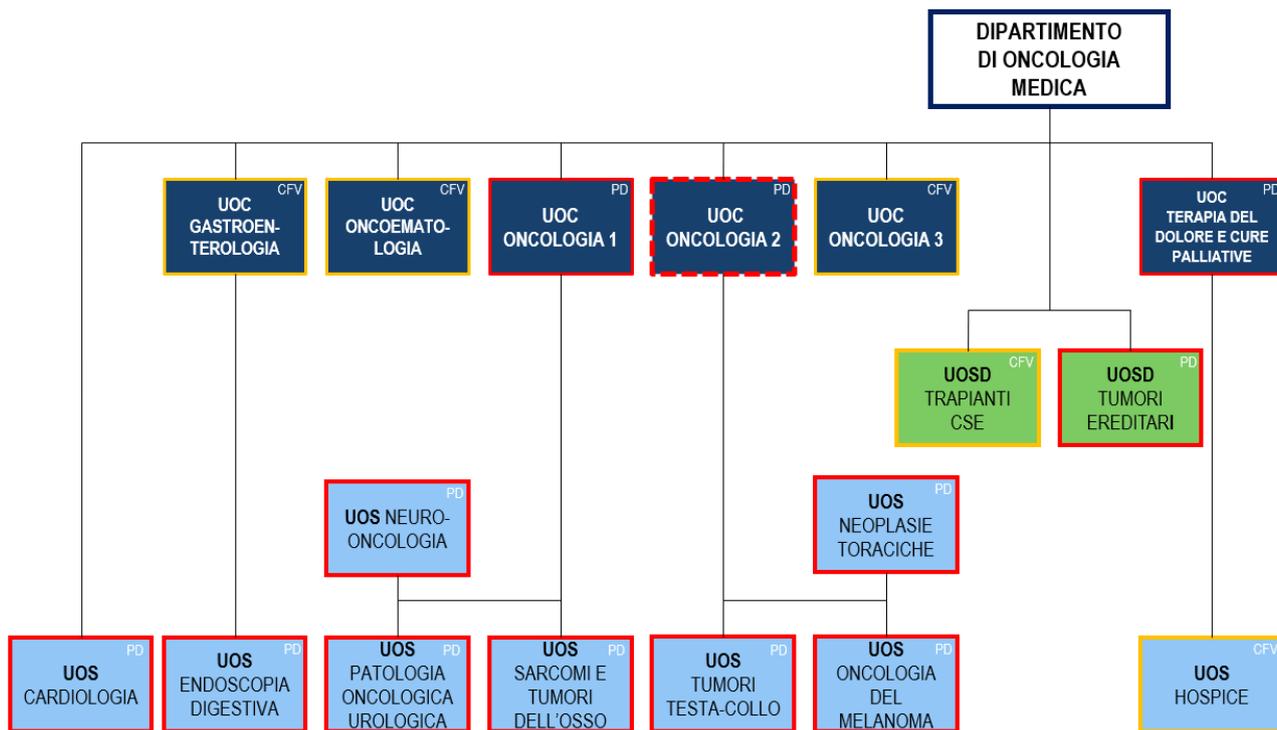


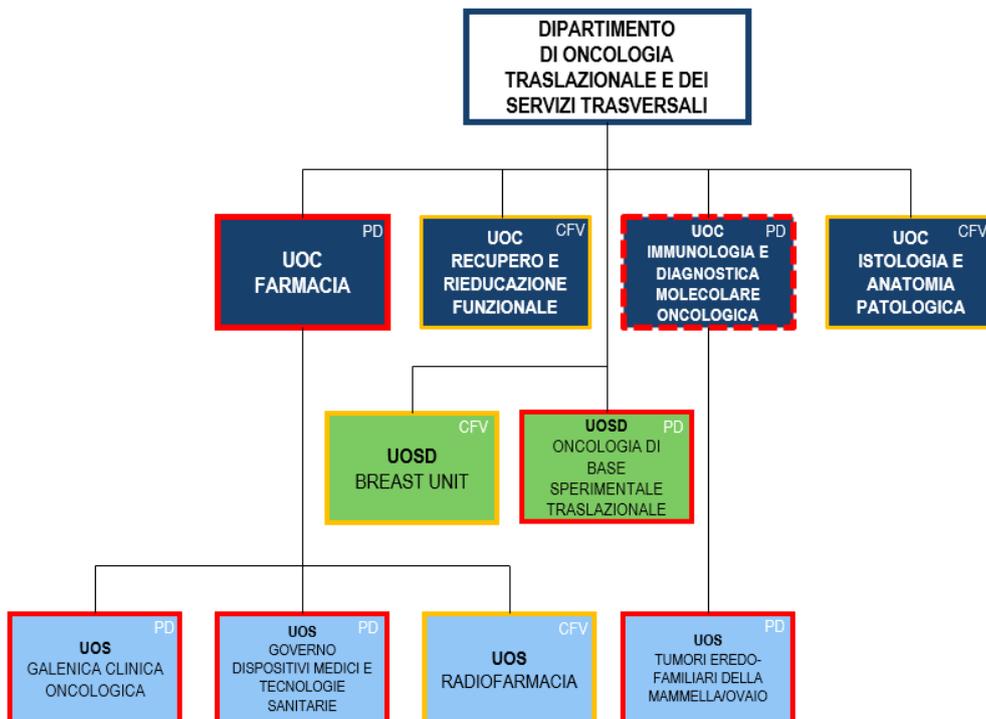
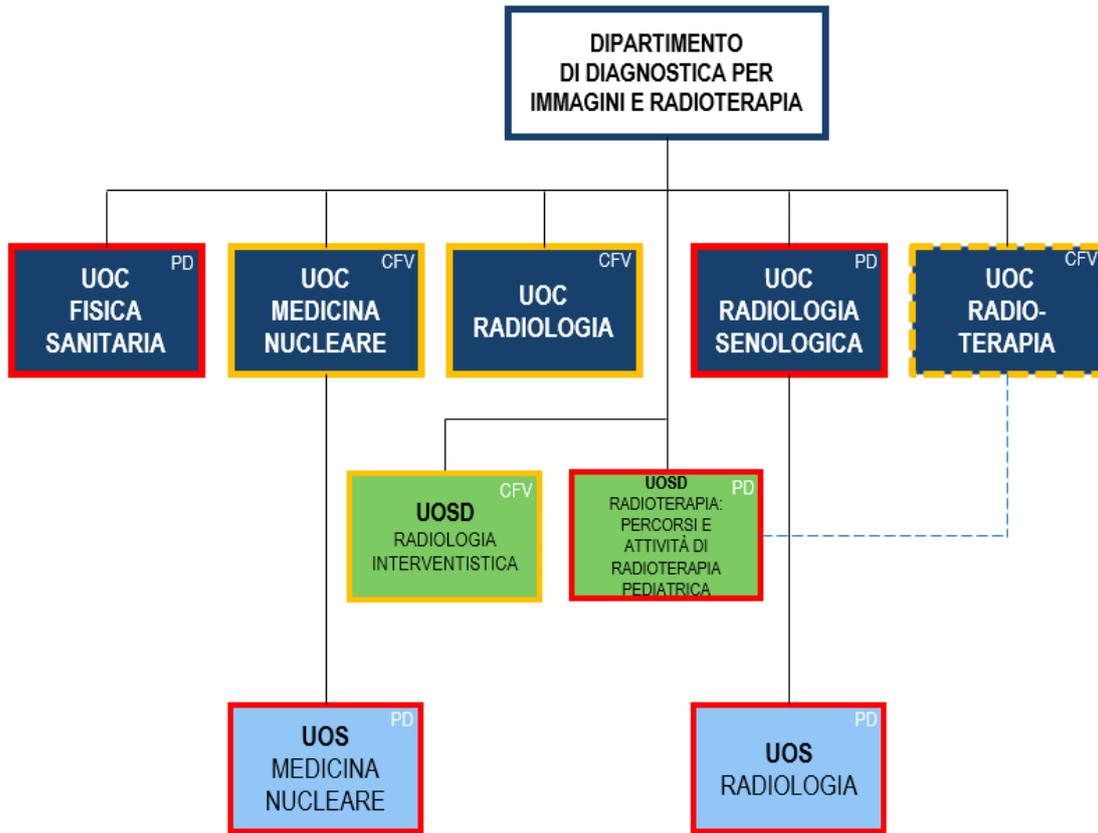
DIREZIONE AMMINISTRATIVA



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.

3.1.1 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 dotato di un nuovo Regolamento di individuazione, graduazione, attribuzione, revoca e processo di valutazione degli incarichi per i dirigenti dell'Area Sanità (DDG n. 960 del 04.11.2022).

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:

- 1) incarico di direzione di struttura complessa. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna comporta anche la gestione diretta di risorse umane e materiali;
- 2) 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;
- 3) 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 professionalità, 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 iniziale, 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.

Nel corso del 2024 il numero di incarichi attivati è sotto riportato per ciascuna area:

- Incarico gestionale di Direttore di UOC: 18
- Incarico gestionale di Responsabile di UOSD/UOS: 34
- Incarico professionale di altissima professionalità dipartimentale/UOC/UOSD: 58
- Incarico professionale di alta professionalità: 20
- Incarico professionale di consulenza/studio ricerca: 3
- Incarico professionale iniziale: 96

Gli incarichi al personale del comparto

Per quanto riguarda il personale del comparto, l'Istituto si è dotato di un nuovo Regolamento denominato "Incarichi di funzione organizzativa e professionale e incarichi di posizione" (DDG n. 715 del 14.08.2024).

Il nuovo sistema degli incarichi si basa sui principi di maggiore responsabilità e di impegno realmente profuso, valorizzazione del merito e della prestazione professionale ed è funzionale ad una efficace organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo professionale, mediante il riconoscimento dell'autonomia operativa.

I. INCARICHI DI POSIZIONE

per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione.

II. INCARICHI DI FUNZIONE ORGANIZZATIVA

per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, comportano l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi.

Gli incarichi di funzione organizzativa sono suddivisi in due fasce:

- incarichi di complessità media;
- incarichi di complessità elevata.

III. INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALE

per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori, comportano l'esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni che richiedono significative, elevate ed innovative competenze professionali, aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto a quelle del profilo posseduto, con assunzione diretta di responsabilità.

Gli incarichi di funzione professionale sono suddivisi in tre fasce:

- incarichi di complessità base;
- incarichi di complessità media;
- incarichi di complessità elevata

Nel corso del 2024 il numero di incarichi attivati è sotto riportato per ciascuna area:

- Incarichi di funzione organizzativa di complessità elevata: 17
- Incarichi di funzione organizzativa di complessità media: 28

3.2 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.

Nel corso del 2024 il numero di lavoratori con attivo un contratto di lavoro agile era di 72 unità.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

3.3.1 Dotazione di personale: andamento triennio 2022-2024

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 21, dove è esposto un confronto tra la situazione del triennio 2022-2024.

Tabella 21 - Personale in unità equivalenti per ruolo professionale

Tipologia	Ruolo	FTE medio al 31/12/2022	FTE medio al 31/12/2023	FTE medio al 31/12/2024
Dipendente	Sanitario Dirigenza Medica	202	212	218
	Sanitario Dirigenza non Medica	43	47	49
	Sanitario Comparto	504	504	510
	Personale della Ricerca	57	85	85
	Professionale Dirigenza	1	3	2
	Tecnico Dirigenza	1	1	1
	Tecnico Comparto	27	25	26
	Socio Sanitario Comparto	145	146	145
	Amministrativo Dirigenza	7	8	10
	Amministrativo Comparto	129	144	154
	Incarico Direttore	4	4	4
Non dipendente		179	149	164
In convenzione con l'Università		18	21	22
Totale		1.237	1.290	1.390

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

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 2025-2027 e la dotazione organica per l'anno 2025.

Il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2025-2027 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.).

3.3.3 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 2025, 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 2025 approvato con Delibera del Direttore Generale 1148 del 24/12/2024, suddivisi per obiettivi strategici formativi regionali:

Obiettivi strategici regionali	N°corsi	N° ore formazione
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie in conformità ai LEA	2	90
Qualità del SSR (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento Istituzionale, ...)	3	34
Sicurezza del SSR (il governo clinico, la gestione del rischio, le responsabilità professionale, etc.)	12	360
Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione	6	122
Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, PDTA, ecc.)	20	842
Linee guida, protocolli e procedure basate su evidenze scientifiche	14	333
Cure palliative e terapia del dolore	2	32
Malattie rare	2	7
Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozione di modelli di lavoro in rete	7	102
Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. 81/2008)	23	597
Valorizzazione del personale	5	72
Tematiche di interesse regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da apposito provvedimento regionale	3	36
Altro	19	413
Totale complessivo	118	3.040

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 2025-2027 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 nell'anno 2024 ha tenuto conto di una serie di proposte di azioni positive, elaborate dal CUG attraverso alcuni gruppi di lavoro sviluppati nel corso di un percorso di formazione sul campo. I partecipanti ai tavoli (membri del CUG titolari e sostituti) hanno definito obiettivi ed azioni positive in base alle linee strategiche di intervento identificate nel precedente Gender Equity Plan dell'Istituto. Successivamente, attraverso un questionario, ogni membro del CUG, in base al proprio punto di osservazione all'interno dell'Azienda, ha attribuito un livello di rilevanza alle singole azioni, evidenziando fino ad un massimo di tre azioni “prioritarie”. Sulla base di tale valutazione sono quindi state identificate le azioni positive da proporre al Gruppo di lavoro individuato per la redazione del PIAO ed alla Direzione Strategica per l'inserimento nel Gender Equality Plan 2025-2027.

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 e al personale della ricerca, oltre ad un focus relativo alla fruizione di permessi e congedi in base al genere. Le distribuzioni di seguito riportate fanno riferimento alla dotazione del personale al 31/12/2024.

Figura 24 – Distribuzione di genere incarichi di top management e Direttori di Dipartimento al 31/12/2024



Figura 25 – Distribuzione di genere del personale suddiviso per fasce d'età al 31/12/2024

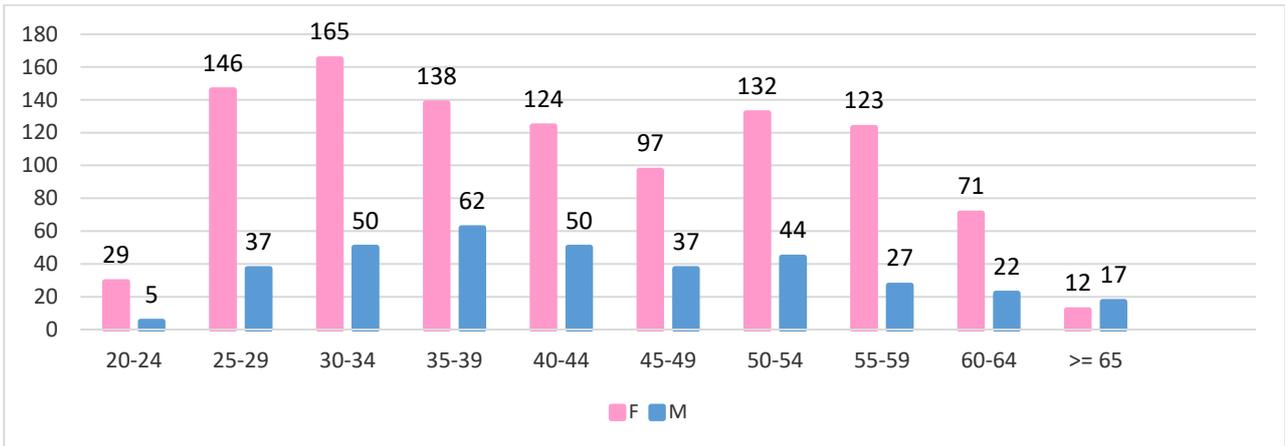


Figura 26 – Distribuzione di genere per ruolo (dirigenza) al 31/12/2024



Figura 27 – Distribuzione di genere per ruolo (Comparto) al 31/12/2024

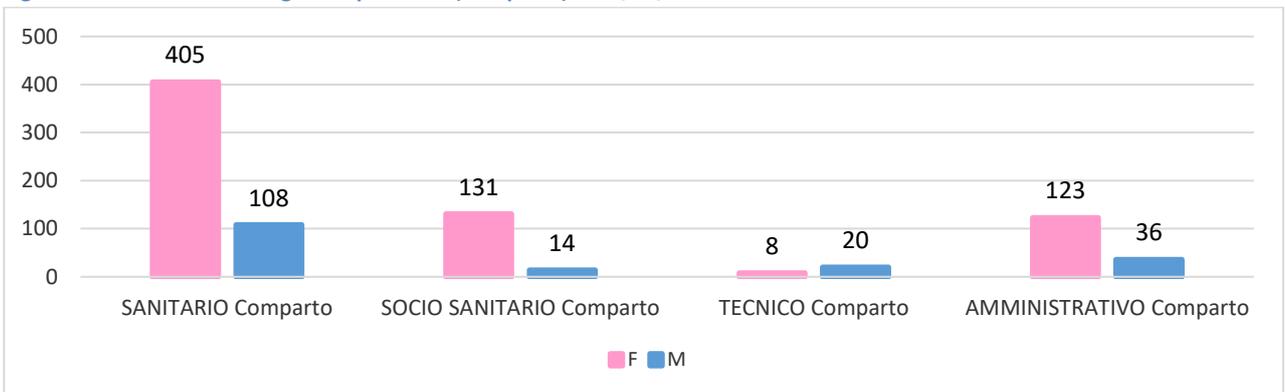


Figura 28 – Distribuzione di genere per ruolo (Borsisti e Personale della Ricerca) al 31/12/2024

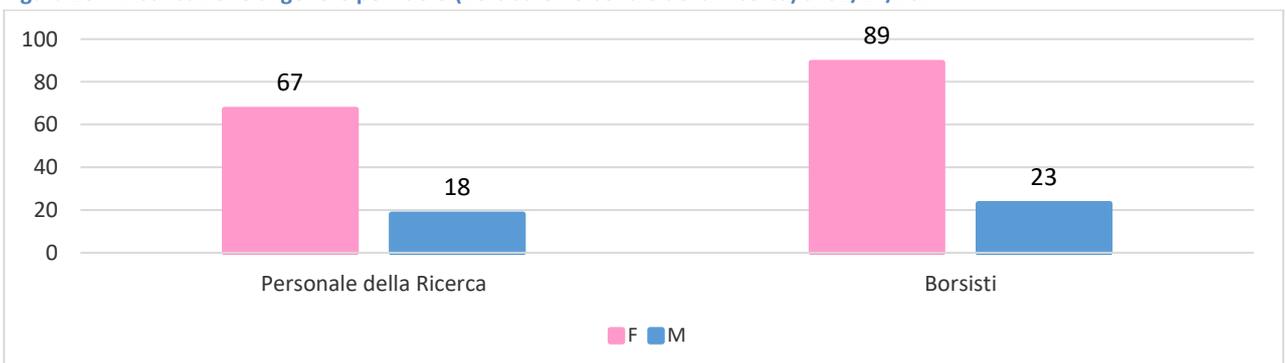
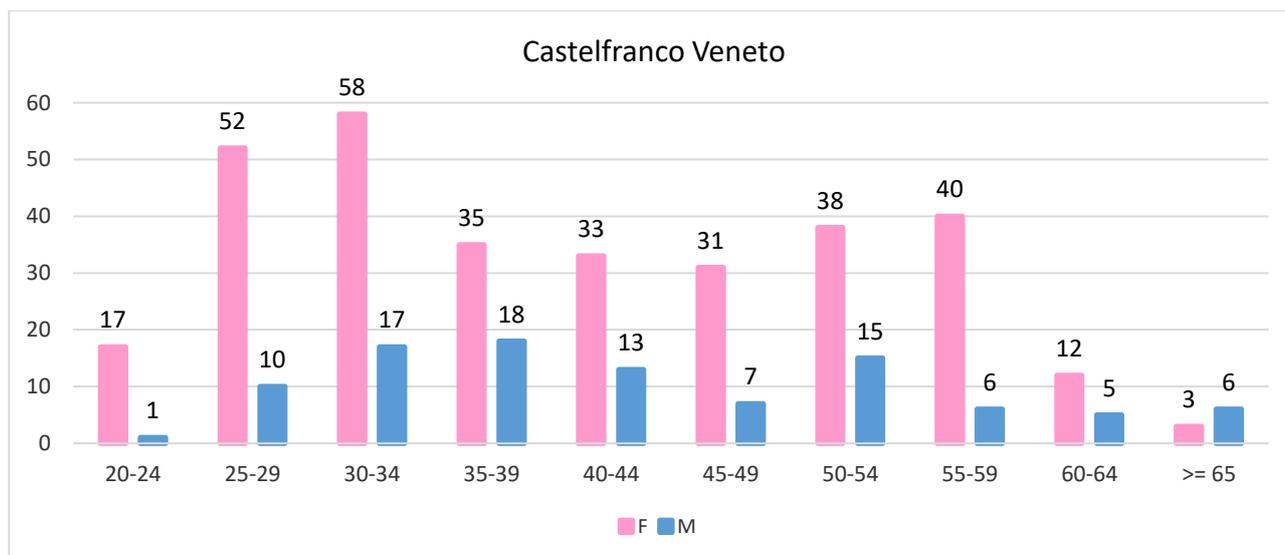
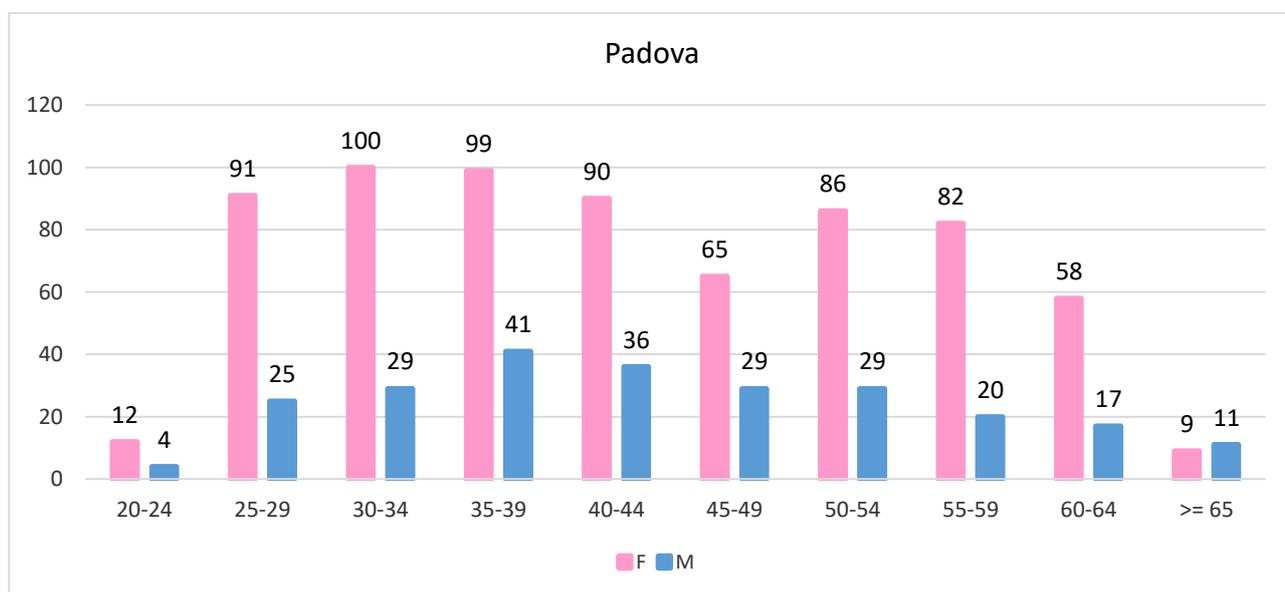
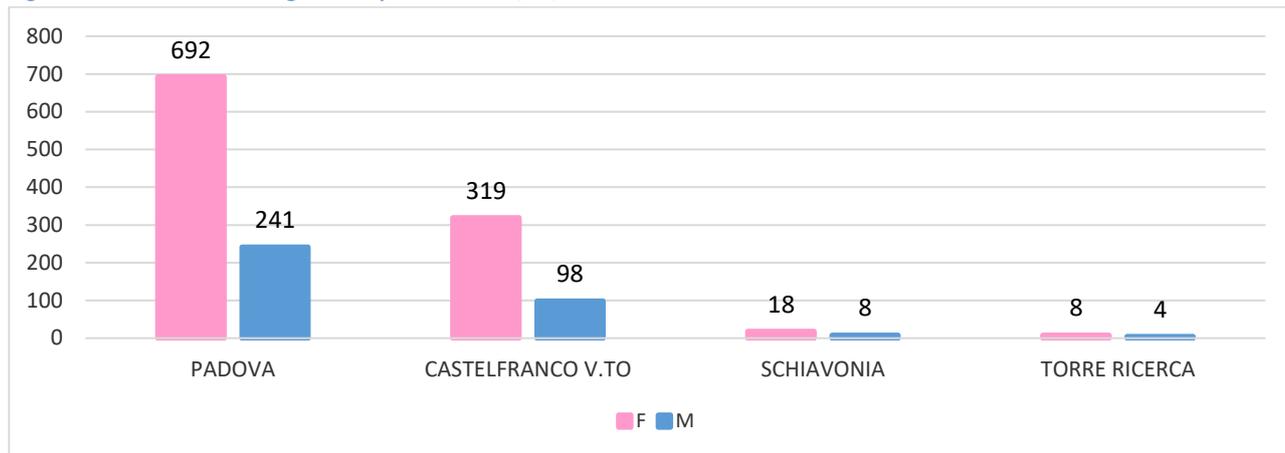


Figura 29 – Distribuzione di genere e per sede al 31/12/2024



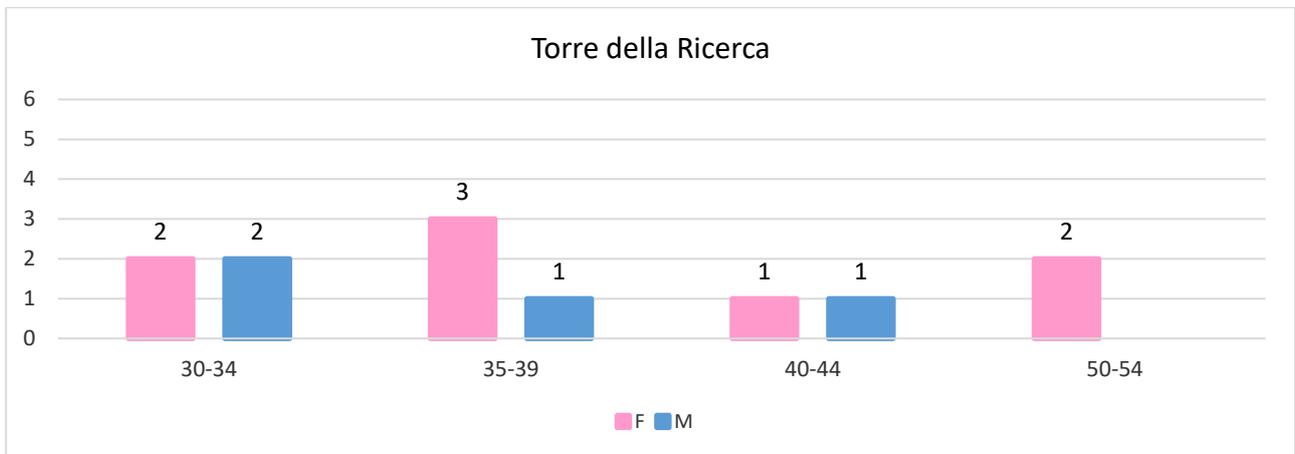
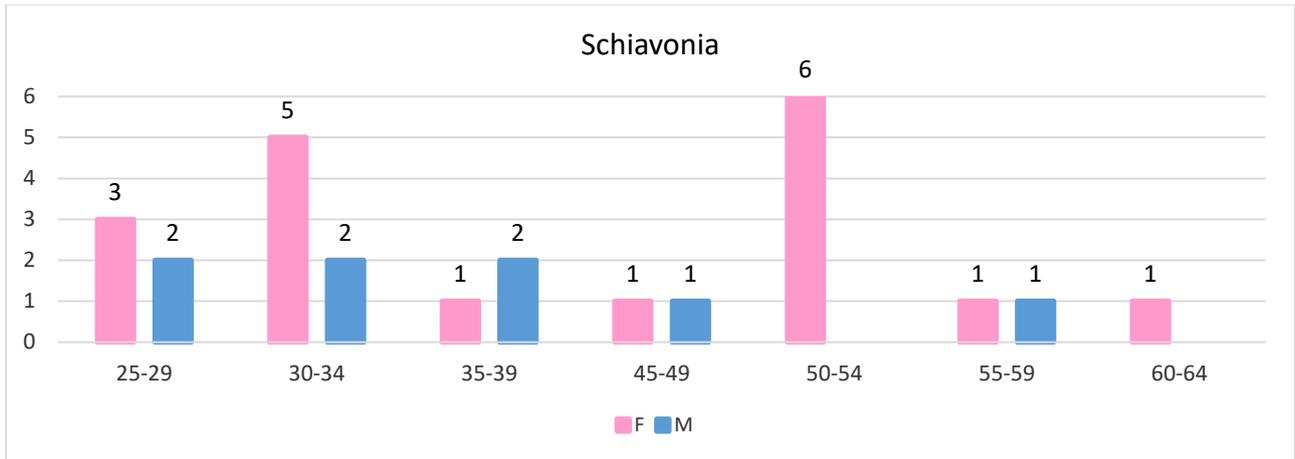
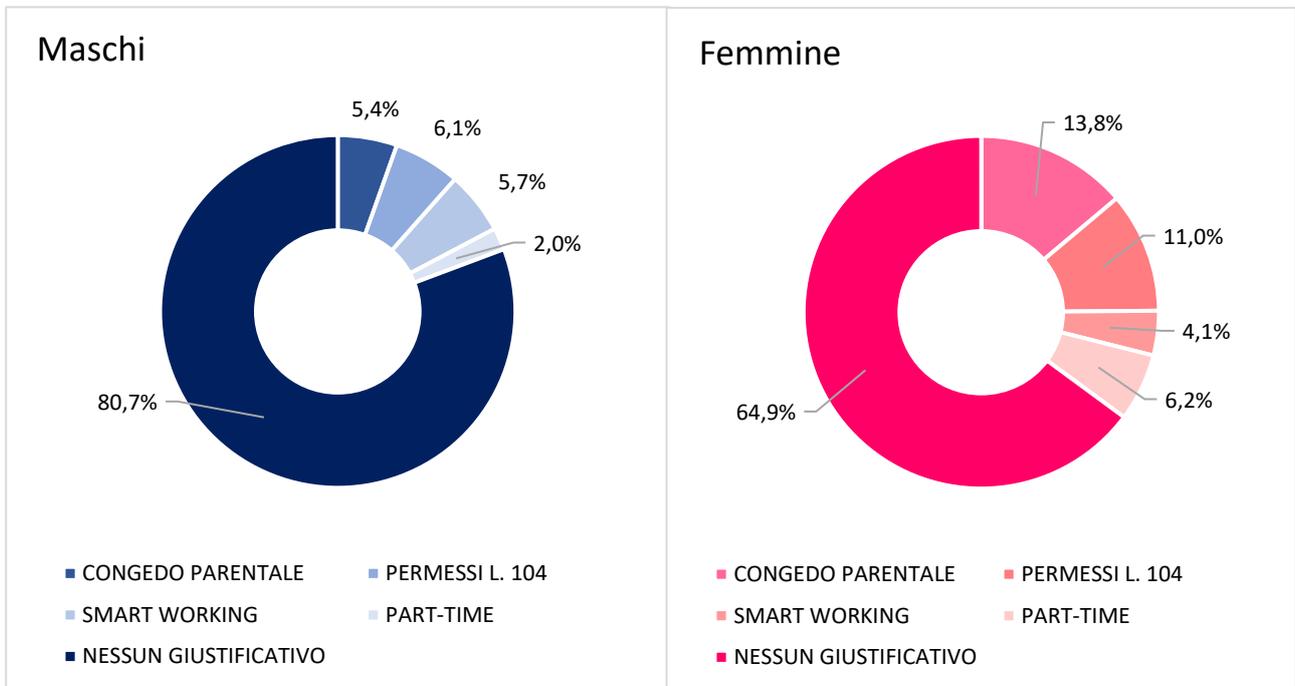


Figura 30 – Distribuzione % dei permessi usufruiti distinti per genere (Anno 2024)



Attività a supporto della parità di genere già attive allo IOV

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

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 aggiornato nella sua composizione con Deliberazione del Direttore Generale n. 808 del 14/09/2023 e insediato nel corso del 2024.

Il CUG sostituisce, unificando le competenze, il Comitato per le pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing, ha composizione paritetica ed è formato da rappresentanti sindacali e dell'amministrazione in pari numero.

Il Comitato, ai sensi dell'articolo 57, comma 3 del decreto legislativo 165/2001 e dell'articolo 89 del "Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia dell'Istituto Oncologico Veneto di Padova I.R.C.C.S.", ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con il consigliere di fiducia. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

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 collegarla 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.

Parità di genere nelle 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.

Piano triennale di azioni positive – PTAP 2025-2027

Figura 30 – Ciclo PDCA redazione del GEP



Il piano triennale delle azioni positive 2025-2027 è stato redatto, come per gli anni precedenti, secondo 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:

1. 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
 - a. Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione;
 - b. Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali;
 - c. Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
 - d. Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione;
 - e. Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali.
2. Per ogni linea strategica sono state individuate una serie di **azioni positive**, anche con il contributo di specifici gruppi di lavoro attivati all'interno del CUG
3. Per ogni azione è stato definito un grado di rilevanza, attraverso un questionario sottoposto ai membri titolari e sostituti del CUG. In base alla rilevanza sono state identificate le **azioni da proporre alla Direzione Strategica per l'inserimento nel piano**.
4. Per ogni azione positiva sono stati individuati gli obiettivi con relativi target, indicatori e referenti per il monitoraggio.

Piano triennale di azioni positive – PTAP 2025-2027

Linea Strategica	Obiettivo	Azione	Destinatari	UUOO coinvolte	Indicatori	Cronoprogramma	Referente per Monitoraggio
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	Implementazione di servizi a supporto del personale, per favorire l'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata	Sviluppo di un gruppo di lavoro per progettazione e valutazione della sostenibilità di servizi a supporto del personale	Tutti i dipendenti	Gestione Risorse Umane	Formalizzazione del gruppo di lavoro	entro Giugno 2025	Gestione Risorse Umane
				Contabilità e Bilancio Provveditorato	Almeno due incontri nell'anno	entro Dicembre 2025	
	Aumento disponibilità/fruibilità di parcheggi per i dipendenti	Riorganizzazione accessi parcheggi Ospedale Busonera	Personale Ospedale Busonera	Servizi Tecnici e Patrimoniali	Avvio della nuova organizzazione	Primo Trimestre 2025	Professioni sanitarie Ospedaliere
		Illuminazione parcheggi Busonera	Personale Ospedale Busonera	Servizi Tecnici e Patrimoniali	Sviluppo di un progetto per illuminazione parcheggi Ospedale Busonera	entro Dicembre 2025	Professioni sanitarie Ospedaliere
Supporto al benessere del personale dipendente	Progetto di percorso dedicato ai dipendenti di meditazione e gestione dello stress	Personale Dipendente	Psicologia Ospedaliera	Avvio del corso	Primo semestre 2025	Psicologia Ospedaliera	
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Evidenziare squilibri di genere nella leadership, nell'ambito di gruppi di lavoro	Ricognizione sulla distribuzione di genere dei principali gruppi di lavoro (per aspetti organizzativi)	Tutti i dipendenti	Staff DG DS DMO Qualità Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS	Documento di ricognizione	entro Dicembre 2025	Qualità Accreditamenti e Riconoscimento IRCCS
Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Ricognizione sulla distribuzione di genere dei soggetti reclutati e delle progressioni in carriera	Dipendenti e Collaboratori	Gestione Risorse Umane	Monitoraggio reclutamento e progressioni	2025, 2026, 2027	Gestione Risorse Umane

Linea Strategica	Obiettivo	Azione	Destinatari	UUOO coinvolte	Indicatori	Cronoprogramma	Referente per Monitoraggio
Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Ricognizione sulla distribuzione di genere dei PI	Dipendenti	Sviluppo e Coordinamento della ricerca sanitaria	Identificazione PI gender equity	2025, 2026, 2027	Sviluppo e Coordinamento della ricerca sanitaria
Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali	Miglioramento della conoscenza e della consapevolezza in tema di mobbing, molestie e violenza di genere	Formazione e comunicazione	Tutti i dipendenti	Comunicazione e Marketing Formazione	Relazione su attività di comunicazione e formazione sul tema	Entro Dicembre 2025	Comunicazione e Marketing
	Supporto psicologico ai dipendenti vittima di violenza o di mobbing	Riorganizzazione del Centro (aziendale) di ascolto	Dipendenti vittima di violenza o di mobbing e altri dipendenti in difficoltà	Psicologia Ospedaliera	Relazione su Riorganizzazione Centro di ascolto	Entro Dicembre 2025	Psicologia Ospedaliera
					Incremento accessi a Centro di Ascolto rispetto ad anno precedente	Primo semestre 2026	Psicologia Ospedaliera
	Supporto decisionale in caso di sospetto mobbing	Attivazione del percorso con il consigliere di fiducia	Dipendenti vittima di violenza o di mobbing	CUG Affari Generali e Legali	Convenzione attiva con consigliere di fiducia	Entro Dicembre 2025	Affari Generali e Legali

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, di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery, in ambito oncologico e non, da parte delle articolazioni organizzative in allegato, compresi i processi di supporto. Progettazione e gestione della ricerca clinica in ambito oncologico. 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 a partire 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 2024, sono stati dimessi 20.056 pazienti e di questi sono stati contattati per la successiva compilazione del questionario 9.475 pazienti. Di questi hanno accettato di partecipare 4.831 pazienti compilando effettivamente il questionario (tasso di risposta: 47%), registrando un'ottima performance (tasso di adesione: > 40%; tasso di risposta: >50%).

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. In base ai risultati ottenuti dal questionario PREMs, alcune azioni di miglioramento ipotetiche da attuare il prossimo anno riguardano i seguenti ambiti:

- Azione n° 1: Revisione dei WC disabili
- Azione n° 2: Sostituzione materassi e cuscini
- Azione n° 3: Inserimento nelle stanze di contenitori gel igienizzante mani e ganci appendiabiti
- Azione n° 4: Sistemazione/sostituzione dei carrelli sanitari mal funzionanti
- Azione n° 5: Miglioramento segnaletica nella radioterapia di Padova
- Azione n° 6: Inserimento all'ingresso della radioterapia di un contenitore per la posta interna

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 preso 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 sono fornite informazioni sull'indagine e sul trattamento dei dati personali e viene richiesto il consenso a partecipare. Nel caso di adesione, per e-mail e/o sms viene trasmesso alla paziente un invito personalizzato per rispondere al primo questionario online, al quale l'interessata può accedere tramite smartphone, tablet o computer. Gli altri 2 questionari sono 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).

Al 31 dicembre 2024, erano eleggibili all'iniziativa 1.625 pazienti e di queste sono state contattate per la successiva compilazione dei questionari 896 pazienti. Di queste hanno accettato di partecipare 494 pazienti compilando effettivamente i questionari (tasso di risposta: 55%), registrando un'ottima performance (tasso di adesione: > 55%; tasso di risposta: >55%).

Le risposte ai questionari nelle diverse fasi del percorso di cura hanno consentito di monitorare la qualità dell'assistenza erogata e la sua efficacia sullo stato di salute delle pazienti e di attivare specifiche azioni di miglioramento come di seguito sinteticamente esposto:

- Azione n° 1: Informativa su servizi disponibili post intervento, come ad esempio la psicologia e la fisioterapia
- Azione n° 2: Migliorare le indicazioni all'Ospedale Busonera, evidenziare gli ambulatori e i percorsi disabili sui layout appesi nelle varie aree dell'ospedale
- Azione n° 3: Spiegazione percorsi successivi all'intervento (ormonale, radioterapico, chemioterapico)

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 formazione 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 effettua 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 2025-2027
ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	PROCESSI	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio iniziale	Valutazione rischio finale	
	Pianificazione e controllo strategico A.1-A.10		Ciclo delle Performance		UOS Controllo di gestione	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali sia di struttura che individuali	Obiettivi regionali	Proposta di aggiornamento del piano della performance all'interno del PIAO	B	B	
			Predisposizione e aggiornamento delle previsioni economiche aziendali (BEP/CEPA)	Predisposizione del Bilancio di previsione	UOC Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione delle previsioni aziendali alla stesura del documento previsionale, all'invio in Azienda Zero	Acquisizione delle previsioni aziendali da parte dei centri di budget	Adozione del bilancio preventivo	B	B	
				Monitoraggio e aggiornamenti periodici del BEP (CEPA)	UOC Contabilità e bilancio	Dal monitoraggio periodico dell'andamento delle previsioni, all'analisi degli scostamenti, all'elaborazione degli aggiornamenti e all'invio in Azienda zero	Adozione del bilancio preventivo	Redazione degli aggiornamenti al preventivo	B	B	
			Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti		Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	Acquisizione delle previsioni	Proposta di piano degli investimenti	M	M	
			Gestione dei flussi aziendali		UOS Controllo di gestione	Dall'acquisizione dei dati, alla loro analisi all'invio	Acquisizione dei dati	Analisi dei dati	B	B	
	Impianto organizzativo e di controllo A.11-A.20			Gestione documentale	Gestione della documentazione aziendale	Responsabile UOSD Affari generali e Legali	verifica della corretta applicazione del manuale della gestione della documentazione aziendale	Adempimento alla normativa vigente in materia di gestione documentale della PA	informazione e formazione del personale al corretto uso del manuale della gestione documentale aziendale	B	B
				Gestione Privacy		Responsabile UOSD Affari generali e Legali	Dalla rilevazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla verifica del rispetto della normativa alla attivazione di provvedimenti di adeguamento	L'entrata in vigore nell'ordinamento italiano del Regolamento Europeo 2016/6798 "GDPR"	rispetto del regolamento aziendale e del principio di accountability	B	B
				Gestione della salute e sicurezza sul lavoro		RSPP	Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema	Adempimenti previsti dal d.lgs 80/2015	Verifiche della valutazione dei rischi e formazione e monitoraggio		
				Sistema di controllo interno	Risk Assessment	Internal Auditing	Dalla valutazione dei rischi alla predisposizione della proposta del Piano di audit	Analisi dei rischi	Proposta del Piano di Audit		
					Esecuzione del Piano di Audit	Internal Auditing	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit report	Pianificazione dell'audit	Report		
				Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	Prevenzione alla Corruzione	RPCT	Dall'elaborazione del piano allo sviluppo dello stesso al monitoraggio delle azioni di prevenzione e alla relazione di fine anno	Adempimenti previsti dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione dalla l. 190/2012	Aggiornamento annuale della sezione prevenzione della corruzione del PIAO e Relazioni periodiche (semestrali e annuali) sull'adempimento		
	Gestione Trasparenza	RPCT	Dalla predisposizione della sezione della trasparenza del PIAO, al suo monitoraggio e alla predisposizione della relazione di fine anno		Adempimenti previsti dalla normativa in materia d.lgs. 33/2013	Aggiornamento annuale del Piano Triennale e Relazioni periodiche (semestrali e annuali) sull'adempimento					
	Acquisizione di beni e servizi e attrezzature			Programmazione degli acquisti		Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione annuale/triennale, compresa la definizione delle modalità di acquisizione.	Richieste delle Strutture aziendali di acquisizione di beni e servizi	Redazione della proposta di programma sulla base delle richieste delle Strutture aziendali di acquisizione di beni e servizi	A	A
				Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi		Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	Rilevazione del fabbisogno contenuto nel programma biennale di acquisto e fornitura di beni e servizi	Espletamento della gara con aggiudicazione dell'acquisto del bene o servizio	A	A
				Gestione degli acquisti per la ricerca	UOSD Sviluppo e coordinamento della ricerca sanitaria			Progetto di ricerca scientifica	Acquisizione del bene	A	A
		Acquisto attrezzatura hardware/software	Acquisto nuova attrezzatura hardware/software - rinnovo/sostituzione contratto manutenzione	UOC Sistemi informativi	Dall'avvio della gara all'acquisizione del bene hardware/software	Espletamento gara	Acquisizione del bene	A	M		
		Gestione del contratto di acquisizione di servizi	Gestione del contratto di acquisizione di beni	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo amministrativo dello stesso e alla liquidazione della spesa	Sottoscrizione del contratto	Gestione dell'esecuzione del contratto	A	A		
			Gestione del contratto di servizi sanitari	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	Sottoscrizione del contratto	Gestione dell'esecuzione del contratto	B	B		
			Gestione del contratto di servizi non sanitari	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	Sottoscrizione del contratto	Gestione dell'esecuzione del contratto	B	B		
			Gestione dei contratti in outsourcing (Pulizie, Lavanderia, Ristorazione)	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	Sottoscrizione del contratto	Gestione dell'esecuzione del contratto	A	A		

PIAO 2025-2027
ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	PROCESSI	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio iniziale	Valutazione rischio finale
PROCESSO DI SUPPORTO	Amministrativa	Acquisizione e gestione delle risorse strumentali e dei servizi A.21 - A.30	Gestione della logistica di magazzino	Gestione del magazzino farmaceutico centralizzato externalizzato	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	contratto di servizio di gestione del magazzino	verifica della gestione del contratto del magazzino farmaceutico	A	A
				Gestione del magazzino economale	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	Programmazione del fabbisogno delle merci	Gestione informatizzata del magazzino economale	A	A
				Gestione dei magazzini farmaceutici di depositi intermedio	UOC Farmacia	Dalla richiesta dei beni al magazzino centrale al controllo del ricevuto, alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	Richieste dei reparti	Rilevazione delle rimanenze di fine anno	A	A
			Gestione del Project Financing	Gestione aspetti generali del contratto	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del contratto alla gestione degli aspetti generali, al controllo della corretta esecuzione, alla liquidazione della spesa	Convenzione quadro per l'utilizzo della sede distaccata	Gestione della convenzione quadro per l'utilizzo della sede distaccata	B	B
			Gestione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)	Acquisizione e alienazione patrimonio immobiliare	UOSD Servizi Tecnici e patrimoniali	Dalla definizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione ed alienazioni, alla liquidazione delle spese	Rilevazione del patrimonio immobiliare disponibile da alienare e individuazione dell'utilizzo del ricavo derivante dall'alienazione	Procedura di gara pubblica di alienazione dell'immobile e utilizzo del ricavo come da autorizzazione regionale		
				Gestione e sviluppo patrimonio immobiliare	UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dalla programmazione dei lavori, all'esecuzione delle procedure di gara, all'aggiudicazione e firma del contratto e alla liquidazione delle fatture (compreso le dismissioni / alienazioni)	Programmazione dei lavori	Esecuzione dei contratti d'appalto dei lavori		
			Gestione del Patrimonio impiantistico e attrezzature dell'area ICT	Acquisizione e alienazione patrimonio impiantistico	UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dalla programmazione dei lavori, all'esecuzione delle procedure di gara, all'aggiudicazione e firma del contratto e alla liquidazione delle fatture (compreso le dismissioni / alienazioni)	Definizione del fabbisogno	Procedure di acquisizione dei beni e gestione dei contratti		
				Gestione e sviluppo patrimonio impiantistico	UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dall'acquisizione /definizione del fabbisogno alla verifica di corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese	Definizione del fabbisogno	Procedure di acquisizione degli impianti e gestione dei contratti di manutenzione	M	B
				Subappalto	UOSD Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dall'indizione della gara/affidamento sino all'affidamento	Indizione gara	Affidamento	A	M
		Gestione delle Attrezzature sanitarie	Gestione delle Attrezzature sanitarie	dirigente responsabile della UOS Ingegneria Clinica	Dalla definizione del fabbisogno all'acquisizione del contratto di fornitura e relativa gestione, alla manutenzione (comprese procedure di acquisizione ed alienazioni)	Definizione del fabbisogno	acquisizione delle attrezzature e loro collaudo e messa in funzione e gestione dei contratti di manutenzione	B	B	
		Acquisizione e gestione delle risorse umane A.31-A.40	Gestione delle Risorse Umane	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dall'indizione dell'avviso / concorso alla delibera di approvazione dei relativi esiti e di assunzione dei candidati	Definizione del fabbisogno del personale	Assunzione del personale mediante procedure concorsuali e di selezioni	M	M
				Gestione giuridica	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.	Sottoscrizione del contratto	Gestione del rapporto contrattuale del personale		
				Gestione orario di lavoro	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	Regolamento orario di lavoro	Verifica del rispetto del Regolamento sull'orario di lavoro e gestione		
				Gestione economica e fiscale	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	CCNL e contrattazione decentrata	Pagamento stipendi e rendicontazione periodica		
				Gestione previdenziale	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del dipendente, il quale maturi i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza	Contratti di lavoro	Versamento mensile dei contributi previdenziali		
				Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto	Progetti	Gestione dei contratti di lavoro autonomi	B	B
			Formazione	gestione delle richieste di formazione	Referente Ufficio Formazione	Dalla rilevazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori	Richiesta di formazione interna e esterna da parte delle Strutture dell'Ente Piano formativo aziendale: che definisce gli Obiettivi strategici e il Bisogno formativo	- Realizzazione del Piano Formativo Aziendale - Report dei corsi di formazione e relativa rendicontazione	A	A

PIAO 2025-2027

ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	PROCESSI	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio iniziale	Valutazione rischio finale	
		Gestione finanziaria e contabile A.41-A.50	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)	Gestione contributi in c/esercizio	UOC Contabilità e bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso	Comunicazioni assegnazione contributi in c/esercizio	Iscrizioni dei relativi crediti in bilancio	A	A	
				Gestione contributi vincolati	UOC Contabilità e bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	Comunicazioni assegnazione contributi in c/esercizio	Iscrizioni dei relativi crediti in bilancio	A	A	
				Gestione contributi in c/capitale dallo Stato	UOC Contabilità e bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	Comunicazioni assegnazione contributi in conto capitale	Iscrizioni dei crediti per contributi in conto capitale	A	A	
				Gestione contributi da privati	UOC Contabilità e bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	Comunicazioni assegnazione contributi da privati	Iscrizioni dei crediti per contributi da privati	A	A	
			Gestione dell'Inventario	Inventario beni mobili e attrezzature	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile	Conclusioni della procedura di gara e acquisizione del bene	Corretto inserimento del bene nell'inventario/cespite			
				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	Programmazione delle attività di verifica	Aggiornamento del libro inventari			
			Gestione della Tesoreria	Gestione Fondo Economale	UOC Contabilità e bilancio	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione	Deliberazione annuale di costituzione del fondo	Pagamento con cassa economale			
				Gestione Pagamenti	UOC Contabilità e bilancio	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	Ricevimento del ciclo di liquidazione	emissione dei mandati di pagamento	A	A	
				Regolarizzazione entrate	UOC Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reverseale, alla riconciliazione con il Tesoriere	Acquisizione dei provvisori di entrata	Emissione dei mandati a copertura dei regolarizzi di uscita e riconciliazioni con tesoriere			
				Gestione contratto di Tesoreria	UOC Contabilità e bilancio	Dalla gestione dei rapporti contrattuali con il Tesoriere alla liquidazione delle spese derivanti dal contratto	Acquisizione dei provvisori di uscita	Emissione dei mandati a copertura dei regolarizzi di uscita e riconciliazioni con tesoriere			
			Fatturazione attiva		UOC Contabilità e bilancio	Dalla richiesta di fatturazione, all'emissione della fattura, alla verifica dell'incasso, alla eventuale richiesta di avvio della procedura di recupero del credito	Richiesta di fatturazione	Invio fattura attiva al debitore ed incasso della relativa somma			
			Generazione e chiusura di bilancio		UOC Contabilità e bilancio	Dall'elaborazione del calendario di bilancio, alla gestione delle scritture di assestamento, alla predisposizione della proposta di approvazione del bilancio	Elaborazione calendario di bilancio e gestione delle scritture di assestamento	Adozione del Bilancio d'esercizio			
			Gestione degli Adempimenti fiscali	Gestione adempimenti sostituto d'Imposta	UOC Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione degli importi, alle relative gestione delle dichiarazioni	Acquisizione dei dati	Pagamento delle imposte e redazione delle dichiarazioni relative	A	A	
				Gestione adempimenti imposte dirette	UOC Contabilità e bilancio	Dalla definizione degli importi alla liquidazione degli stessi fino all'invio delle dichiarazioni periodiche	Determinazione degli importi da versare	Pagamento imposte dirette	A	A	
				Gestione adempimenti imposte indirette	UOC Contabilità e bilancio	Dalla definizione degli importi alla liquidazione degli stessi fino all'invio delle dichiarazioni periodiche	Determinazione degli importi da versare	Pagamento imposte indirette	A	A	
				Gestione imposte e tasse sul patrimonio	UOC Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione e all'invio di eventuali dichiarazioni	Richiesta di pagamento imposte e tasse legate al patrimonio da parte uffici liquidatore competente in materia di patrimonio	Pagamento imposte e tasse sul patrimonio	A	A	
			Recupero del credito	ricognizione dei crediti scaduti	UOC Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	Flusso crediti scaduti	Incasso credito	A	A	
			Mobilità	Mobilità attiva	UOS Controllo di gestione	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso	Registrazione delle prestazioni	Invio del flusso	B	B	
			Tutela legale A.51	Gestione Sinistri e contenzioso	Gestione del contenzioso-affidamento della tutela legale ad avvocato esterno	UOSD Affari Generali e Legali	domanda giudiziale	Ricezione istanza di terzi originante un contenzioso	Definizione del contenzioso in via stragiudiziale/giudiziale	B	B
					Gestione dei sinistri	UOSD Affari Generali e Legali	Dalla manifestazione dell'evento alla chiusura/liquidazione o proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi	Richiesta di risarcimento del danno da terzi	Transazione/rigetto della richiesta	B	B
					Tutela legale dei dipendenti	UOSD Affari Generali e Legali	Dall'avvio di un procedimento civile, penale o amministrativo a carico di un dipendente per fatti connessi all'attività di servizio alla conclusione del corrispondente procedimento giurisdizionale.	Richiesta di tutela legale da parte del dipendente	Autorizzazione/rigetto al rimborso delle spese legali	B	B
			Convenzioni	Convenzioni	Convenzioni sanitarie	UOSD Affari Generali e Legali	Dalla richiesta di convenzionamento sono alla sottoscrizione.	Il soggetto privato non accreditato, presenta formale richiesta di convenzionarsi per l'erogazione di prestazioni sanitarie.	Stipula della convenzione	M	B

PIAO 2025-2027

ALLEGATO A - ELENCO PROCESSI ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO IRCCS

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	PROCESSI	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio iniziale	Valutazione rischio finale
PROCESSO PRIMARI	Ospedaliera	Produzione ambulatoriale e di ricovero O.1-O.10	Specialistica ambulatoriale per esterni	Gestione dell'offerta di prestazione (CUP)	CUP	Dalla programmazione dell' offerta, all' apertura e gestione delle agende, alla registrazione delle prenotazioni SSN	Programmazione e Apertura dell'offerta	Prenotazioni SSN		
				Prestazioni di laboratorio	Direttore UOC Direzione medica ospedaliera	Dall'accettazione del paziente, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'erogazione e registrazione della prestazione, al rilascio del referto	Accettazione del paziente	Rilascio del referto		
				Prestazione di radiodiagnostica	Direttore UOC Direzione medica ospedaliera	Dall'accettazione del paziente, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'erogazione e registrazione della prestazione, al rilascio del referto	Accettazione del paziente e versamento del pagamento	Rilascio del referto		
				Altre prestazioni specialistiche	Direttore UOC Direzione medica ospedaliera	Dall'acquisizione delle prenotazioni, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'esecuzione e alla registrazione della prestazione, al rilascio del referto	Prenotazione e pagamento	Rilascio del referto		
				Prestazioni di ricovero in SSN	Direttore UOC Direzione medica ospedaliera	Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO, alla 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	Apertura del ricovero	Dimissione		
				Preparazione e custodia salme	Direttore UOC Direzione medica ospedaliera	Dalla presa in carico della salma, al trattamento, al rilascio all'IOF, alla rendicontazione dell'attività ai fini della fatturazione	Presa in carico della salma	Rendicontazione per la fatturazione		
		Ricerca O.11-O.20	Gestione delle sperimentazioni cliniche e delle ricerche sanitarie	Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)	Responsabile UOSD Unità ricerca clinica	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi , alla rendicontazione e chiusura della stessa	Progetto di sperimentazione clinica	Rendicontazione finale del progetto	M	M
				Gestione dei progetti finanziati con fondi 5 per mille	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'avvio del progetto di ricerca alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi , alla rendicontazione e chiusura della stessa Ministero della Salute	L' Ufficio Bilancio verifica presso l' Agenzia delle Entrate dell'incasso del 5 % e lo comunica alla Direzione Scientifica	Realizzazione del progetto di ricerca finanziato con il 5 per mille	B	B
				Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)	UOSD Sviluppo e coordinamento della ricerca sanitaria	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi , alla rendicontazione e chiusura della stessa	Processo di scouting dei progetti di ricerca competitivi da parte di Regione/Ministero/UE/altri soggetti pubblici e privati	Realizzazione del progetto e rendicontazione	B	B
		Libera professione O.21-O.30	Prestazioni in regime LP	Acquisto di prestazioni di LP di azienda (art. 55)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dalla gestione delle rendicontazioni alla verifica della copertura economica e successiva liquidazione dei compensi.	Pianificazione aziendale della Direzione Sanitaria e indicazioni regionali	Liquidazione compensi prestazioni aggiuntive	M	M
				Attività specialistica in regime di LP	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dalla verifica del rispetto della regolamentazione aziendale alla liquidazione dei compensi	Richiesta dell'utente di erogazione di prestazione sanitaria in regime libero-professionale dei singoli professionisti	Liquidazione compensi prestazioni libera professione intramoenia	B	B
				Attività di ricovero in regime di LP	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Dalla programmazione del ricovero alla definizione del preventivo, alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi.	Richiesta dell'utente di ricovero in regime libero-professionale della Struttura	Liquidazione compensi prestazioni libera professione intramoenia	A	A
				Consulenze / vendita di prestazioni esterne in regime di LP	Responsabile UOSD Affari generali e Legali	Dalla pianificazione della consulenza/prestazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi	Pianificazione della Direzione Sanitaria	approvazione della Convenzione con azienda sanitaria erogatrice della prestazione	A	A
			Vendita di prestazioni (regime istituzionale)	Responsabile UOSD Affari generali e Legali	Dalla ricezione e presa in carico della richiesta di prestazioni, alla definizione della convenzione, alla verifica dell'esecuzione del servizio, alla richiesta di emissione della fattura di addebito	autorizzazione della Direzione Sanitaria	stipula della convenzione	A	A	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
2 - Ricezione della domanda giudiziale	1 - Contenzioso legale (LEG)	1: Analisi e valutazione della domanda	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ricezione da parte dell'Ufficio Legale di una domanda giudiziale da parte di un soggetto esterno.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Occultamento della domanda giudiziale	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Verifica da parte del RPCT



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
4 - Tutela legale dei dipendenti	32 - Tutela legale dei dipendenti	Istruttoria	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Presupposti, condizioni e termini economici inerenti al patrocinio legale assunto in favore dei dipendenti in giudizi civili e penali.			
Riferimenti normativi			
CCNL Area Sanità - art. 67 CCNL/2016-2018 CCNL integrativo Comparto Sanità - triennio 2016-2018 - art. 26 CCNL/2018 CCNL Area Funzioni Locali - art. 82 CCNL/2020			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Assenza imparzialità nella scelta del professionista	Medio	Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Assenza di economicità nell'affidamento dell'incarico	Medio	Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Parzialmente adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Non applicabile	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
2	<ul style="list-style-type: none">- Regolamento per la tutela dei dipendenti IOV (D.D.G. 874 del 22.12.2020)- Costituzione di due elenchi di avvocati per l'affidamento degli incarichi difensivi dei dipendenti (D.D.G. 874 del 22.12.2020).

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Non applicabile.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
7 - Analisi della domanda giudiziale	1 - Contenzioso legale (LEG)	1: Analisi e valutazione della domanda	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Analisi della domanda giudiziale pervenuta da parte dell'Ufficio Legale e della U.O. interessata			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace Note aggiuntive: Inserimento di un falso documento nella valutazione istruttoria	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Occultamento della domanda giudiziale	Medio	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancata condivisione delle informazioni utili all'analisi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
8 - Individuazione del legale esterno	1 - Contenzioso legale (LEG)	2: INDIVIDUAZIONE DEL LEGALE ESTERNO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Individuazione di una lista di professionisti, da parte dell'Ufficio Legale, a cui chiedere la disponibilità per l'affidamento dell'incarico di tutela degli interessi dell'Istituto e successiva selezione del nominativo prescelto da parte del DA/DG. I professionisti contattati inviano all'ufficio legale il preventivo per l'eventuale svolgimento dell'incarico.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Assenza imparzialità nella scelta del professionista	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Assenza di rotazione dei soggetti incaricati	Medio	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Non valutazione delle cause di incompatibilità	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza

Controllo da parte del RPCT



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
9 - Invio documentazione da parte del legale prescelto	1 - Contenzioso legale (LEG)	2: INDIVIDUAZIONE DEL LEGALE ESTERNO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Il professionista incaricato invia all'ufficio legale il c.v. e la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Omessa acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Non applicabile	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Non applicabile	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Controllo da parte dell'ufficio legale.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
10 - Controllo della documentazione inviata dal professionista esterno	1 - Contenzioso legale (LEG)	2: INDIVIDUAZIONE DEL LEGALE ESTERNO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio legale verifica la documentazione inviata dal legale.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Basso		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Assenza imparzialità nella scelta del professionista	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Omessa acquisizione delle dichiarazioni di assenza conflitto di interessi	Medio	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Non valutazione delle cause di incompatibilità	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Adottata	
Inconferibilità/incompatibilità	Adottata	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Non applicabile	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
11 - Delibera di affidamento incarico	1 - Contenzioso legale (LEG)	3: DELIBERA E PROCESSO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio legale predispone la proposta di delibera di affidamento dell'incarico e il direttore generale la firma. L'ufficio legale predispone l'istruttoria ed invia la documentazione utile al professionista incaricato.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Liquidazione importi superiori a quanto previsto Note aggiuntive: 1. L'ufficio legale non ha acquisito il preventivo 2. Il preventivo prodotto viene dichiarato congruo in maniera impropria	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Non applicabile	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del Collegio sindacale e RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
12 - Conclusione mandato e pagamento delle competenze al legale	1 - Contenzioso legale (LEG)	3: DELIBERA E PROCESSO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'incarico si conclude con: a. emissione di sentenza favorevole per l'Istituto b. emissione di sentenza di condanna per l'Istituto c. transazione			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Liquidazione importi superiori a quelli stabiliti dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Omesso recupero spese legali	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Rinuncia alla riscossione del credito in assenza dei relativi presupposti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Liquidazione importi superiori a quanto previsto	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Non applicabile	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo delle fatture da parte della contabilità.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
13 - Presa contatti con il legale esterno	1 - Contenzioso legale (LEG)	2: INDIVIDUAZIONE DEL LEGALE ESTERNO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio legale invia al professionista incaricato la documentazione utile ai fini difensivi.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace Note aggiuntive: Invio al legale di documentazione falsa/contraffatta.	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Mancata condivisione delle informazioni utili all'analisi	Alto	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		

Rischio iniziale complessivo



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Alto

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
14 - Istruttoria	33 - Gestione sinistri: caso 1 stragiudiziale sotto SIR	Fase 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ufficio sinistri richiede documentazione e relazione agli uffici competenti e compila i dati in GSRC.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
548 - Whistleblowing			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Fuga di informazioni al fine di favorire specifici soggetti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
--	------------------------------------



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio residuo
Basso

Note sull' attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
15 - Incarico al medico legale	33 - Gestione sinistri: caso 1 stragiudiziale sotto SIR	Fase 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ufficio sinistri/Azienda Zero/USC affidano incarico al professionista per consulenza medico legale.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Assenza di rotazione dei soggetti incaricati	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Assenza di rotazione dei soggetti incaricati	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
19 - Redazione verbale	33 - Gestione sinistri: caso 1 stragiudiziale sotto SIR	FASE 2.2: ACCOGLIMENTO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ufficio sinistri aziendale redige verbale di seduta del CVS.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
501 - Trattamento dei dati personali dei partecipanti a concorsi pubblici finalizzati all'assunzione 503 - "Prevalence of depression and association with malnutrition in patients with cancer" 513 - "Studio di fase III, randomizzato, multicentrico, in aperto teso a valutare lurbinectedina in monoterapia o lurbinectedina in combinazione con irinotecano rispetto alla scelta dello sperimentatore (topotecano o irinotecano) in pazienti con carcinoma polmonare a piccole cellule recidivante (SCLC) (studio LAGOON)			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Fuga di informazioni al fine di favorire specifici soggetti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
---	----------	--

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del DG e RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
20 - Comunicazione di avvio trattative ai medici coinvolti	33 - Gestione sinistri: caso 1 stragiudiziale sotto SIR	FASE 2.2: ACCOGLIMENTO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio sinistri comunica ai medici coinvolti l'avvio di trattative con controparte.			
Riferimenti normativi			
-- LEGGE n. 24/2017			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Key Risk Indicators con relativo livello di rischio

LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio residuo
Basso

Note sull' attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
21 - Istruttoria e richiesta documentazione agli uffici competenti	34 - Gestione sinistri: caso 2 stragiudiziale sopra SIR e sinistri legati a sperimentazioni	FASE 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ufficio sinistri richiede documentazione e relazione agli uffici competenti e compila i dati in GSRC.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
549 - Attività di gestione sinistri (GSRC)			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Fuga di informazioni al fine di favorire specifici soggetti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del broker/ compagnia assicurativa e da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
22 - Istruttoria: invio documentazione al broker	34 - Gestione sinistri: caso 2 stragiudiziale sopra SIR e sinistri legati a sperimentazioni	FASE 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ufficio sinistri invia documentazione al broker/compagnia assicurativa.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
550 - Polizza assicurazione RCT			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Fuga di informazioni al fine di favorire specifici soggetti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del broker/compagnia assicurativa e da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
23 - Redazione verbale	34 - Gestione sinistri: caso 2 stragiudiziale sopra SIR e sinistri legati a sperimentazioni	FASE 2.2: ACCOGLIMENTO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
Ufficio sinistri aziendale redige verbale di seduta del CVS.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
505 - "Ruolo della via metabolica degli isoprenoidi nella progressione e recidiva del melanoma" 507 - "Studio osservazionale prospettico sulla qualità percepita dai pazienti afferenti all'Ambulatorio Multidisciplinare di Cure Simultanee dell'UOC Oncologia 1, IOV, IRCCS; Padova" 510 - "Studio osservazionale prospettico per l'implementazione della biopsia liquida nel follow-up di pazienti affetti da gliomi e meningiomi di alto grado (SOPRANO)"- 511 - "Marcatori diagnostici e prognostici mieloidi nel sangue di pazienti con glioblastoma di nuova diagnosi e recidiva con regorafenib (MIELOGLIO Study)" – Prot. MIELOGLIO 522 - Studio di fase II in aperto, multicentrico, randomizzato sul trattamento neoadiuvante e adiuvante in pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio precoce (da II a IIIA) resecabile (NeoCOAST-2)" 523 - "Studio di fase III, in aperto, randomizzato, multicentrico di ceralasertib più durvalumab rispetto a docetaxel in pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule avanzato o metastatico, senza alterazioni genomiche su cui è possibile intervenire e la cui malattia è progredita durante o dopo precedente terapia anti-PD-(L)1 e chemioterapia a base di platino: LATIFY 524 - "The ReMM Study: Real-world Evidence on Multiple Myeloma in the Veneto Region" 529 - "Analysis of drug interactions in an inpatient oncology ward: a prospective observational cohort study 548 - Whistleblowing			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso
Conflitto di interessi
Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso
Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza
Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del DG e RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
24 - Comunicazione di avvio trattative ai medici coinvolti	34 - Gestione sinistri: caso 2 stragiudiziale sopra SIR e sinistri legati a sperimentazioni	FASE 2.2: ACCOGLIMENTO	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio sinistri comunica ai medici coinvolti l'avvio di trattative con controparte.			
Riferimenti normativi			
-- LEGGE n. 24/2017			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Fuga di informazioni al fine di favorire specifici soggetti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
30 - Ufficio sinistri aziendale riceve notifica da parte del soggetto esterno	36 - Gestione sinistri: caso 3A.1 ricorso ex art. 696 bis c.p.c.	FASE 0: INPUT	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio sinistri aziendale riceve notifica di ricorso/domanda di mediazione/atto di citazione da parte del soggetto esterno.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Occultamento della domanda giudiziale	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
31 - Ufficio sinistri aziendale richiede documentazione agli uffici competenti	36 - Gestione sinistri: caso 3A.1 ricorso ex art. 696 bis c.p.c.	FASE 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio sinistri aziendale chiede agli uffici coinvolti la documentazione utile all'istruttoria.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
549 - Attività di gestione sinistri (GSRC)			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancata condivisione delle informazioni utili all'analisi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
32 - Ufficio sinistri aziendale comunica la ricezione della notifica ai medici coinvolti.	36 - Gestione sinistri: caso 3A.1 ricorso ex art. 696 bis c.p.c.	FASE 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio sinistri aziendale comunica la ricezione della notifica di ricorso/domanda di mediazione/atto di citazione ai medici coinvolti.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Key Risk Indicators con relativo livello di rischio

LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio residuo
Basso

Note sull' attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
33 - Ufficio sinistri aziendale trasmette documenti al broker	36 - Gestione sinistri: caso 3A.1 ricorso ex art. 696 bis c.p.c.	FASE 1: ISTRUTTORIA	Affari legali e contenzioso
Descrizione dell'attività			
L'ufficio sinistri aziendale trasmette documenti al broker.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			
Attività di trattamento correlate			
549 - Attività di gestione sinistri (GSRC) 550 - Polizza assicurazione RCT			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Accordo fraudolento con il soggetto interessato	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Mancato assolvimento degli obblighi di trasparenza	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Mancata condivisione delle informazioni utili all'analisi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Collegialità	Non applicabile	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
49 - Convenzioni sanitarie	46 - Convenzioni sanitarie	RACCOLTA E VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Descrizione dell'attività			
Il soggetto privato non accreditato, presenta formale richiesta di convenzionarsi con IOV per l'erogazione di prestazioni sanitarie.			
Unità coinvolte			
509 - 1423 - UOSD Affari Generali e Legali			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Omesso controllo dell'accreditamento		Basso
Omesso controllo degli accessi dei medici (da parte della D.A.O.)		Medio

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Verifica da parte del RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
55 - Flusso farmaci trimestrale (file F)	50 - Flusso informativo Farmaci trimestrale (File F)	INPUT	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI
Descrizione dell'attività			
UUOO registrano in Oncosys o Euis erogazione somministrazioni, a seguito dei necessari controlli CdG esporta ed invia il file F necessario per il rimborso delle somme.			
Unità coinvolte			
509 - 1504 - CONTROLLO DI GESTIONE			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Mancato o incongruo rimborso di somme		Basso
Errata valorizzazione dei farmaci		Basso

Rischio iniziale complessivo

Basso

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Parzialmente adottata	
Conflitto di interesse	Non applicabile	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	In data 03.12.2024 è stata adottata una procedura (I_CDG_P02) per la gestione tecnico-amministrativa del flusso farmaci - file F.

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del Dirigente U.O. Controllo di Gestione.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
1 - Processo dei ricoveri in regime di libera professione	25 - Libera professione	PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Descrizione dell'attività			
<p>Per attività libero-professionale intramuraria (ALPI) si intende l'attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta.</p> <p>La libera professione intramuraria è lo strumento ideato dal legislatore per garantire e tutelare il diritto dell'utente alla scelta fiduciaria del medico, valorizzando al contempo, il ruolo dei professionisti e il loro patrimonio di capacità, conoscenze e esperienza.</p> <p>La disciplina si è radicata nell'ordinamento nazionale attraverso un percorso normativo articolato, contraddistinto da ripetuti interventi del legislatore, orientati alla maggior efficienza, liceità e trasparenza del sistema, e fondati sull'urgenza di assicurare il corretto esercizio di tale attività.</p>			
Riferimenti normativi			
15 e seg. DECRETO LEGISLATIVO n. 502/1992			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
Interni	Mancanza di trasparenza
	Inadeguata diffusione della cultura della legalità
	Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso ALPI

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace	Medio	Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Medio		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Medio		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Svolgimento della libera professione in orario di servizio Note aggiuntive: Svolgimento della libera professione in presenza di cause ostative		Alto
Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia		Medio
Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale		Medio
Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione LP		Alto

Rischio iniziale complessivo
Alto

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Parzialmente adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Non applicabile	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
2	Adozione regolamento interno per la libera professione e programmazione del ricovero in LP



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio residuo
Basso

Note sull' attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
REPORT AL RPCT CON CADENZA ANNUALE



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
35 - Redazione avviso di selezione.	39 - Selezione personale	FASE 0: INPUT	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
<p>Uff. giur. pers. redige l'avviso per la selezione del personale richiesto e la proposta di delibera per l'indizione della selezione.</p> <p>In base al profilo ricercato i riferimenti normativi sono DPR 220/2001, DDG 449/2011 e DGRV 1096/2022.</p>			
Riferimenti normativi			
DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA n. 220/2001 DDG DELIBERA n. 449/2011 DGRV DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1096/2022			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Basso		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Alto		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Indizione concorso ad hoc	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE
AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso

DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi controlla? RPCT?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
37 - Verifica idoneità delle domande di partecipazione alla procedura selettiva.	39 - Selezione personale	FASE 1: INDIZIONE ED INVIO CANDIDATURE	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
Uff. giur. pers. verifica la correttezza e la coerenza delle anagrafiche delle richieste pervenute e l'aderenza ai requisiti richiesti nell' avviso di selezione.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			
Attività di trattamento correlate			
501 - Trattamento dei dati personali dei partecipanti a concorsi pubblici finalizzati all'assunzione 552 - Gestione dei processi di reclutamento del personale tramite concorso pubblico			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE
AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso

DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi e come controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
38 - Selezione della commissione.	39 - Selezione personale	FASE 2: NOMINA COMMISSIONE E VALUTAZIONE TITOLI	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
Uff. giur. pers. seleziona i commissari secondo la normativa di riferimento specifica per il profilo ricercato.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Assenza di rotazione dei soggetti incaricati	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Conflitto di interessi	Medio	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi e come controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
39 - Sottoscrizione della dichiarazione di assenza conflitto di interessi da parte dei commissari.	39 - Selezione personale	FASE 2: NOMINA COMMISSIONE E VALUTAZIONE TITOLI	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
I commissari firmano la dichiarazione di assenza conflitto di interessi per la partecipazione alla commissione di concorso.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Adottata	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Chi e come controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
40 - Definizione criteri di valutazione dei titoli e delle prove di esame. Predisposizione delle prove di esame.	39 - Selezione personale	FASE 3: ESPLETAMENTO SELEZIONE	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
La commissione definisce i criteri di valutazione dei titoli e delle prove di esame e predispone le relative prove.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			
Attività di trattamento correlate			
552 - Gestione dei processi di reclutamento del personale tramite concorso pubblico			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Fuga di informazioni al fine di favorire specifici soggetti	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		

Rischio iniziale complessivo
Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi e come controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
42 - Valutazione dei titoli dei candidati.	39 - Selezione personale	FASE 3: ESPLETAMENTO SELEZIONE	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
Uff. giur. pers. valuta i titoli dei candidati e li trasmette alla commissione, unitamente ai CV.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			
Attività di trattamento correlate			
501 - Trattamento dei dati personali dei partecipanti a concorsi pubblici finalizzati all'assunzione 552 - Gestione dei processi di reclutamento del personale tramite concorso pubblico			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace Note aggiuntive: Uff. giur. pers. potrebbe far risultare per acquisiti titoli di laurea non idonei/non conseguiti.	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi e come controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
44 - Espletamento prove concorsuali.	39 - Selezione personale	FASE 3: ESPLETAMENTO SELEZIONE	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
Espletamento delle prove concorsuali da parte dei candidati ammessi, seguendo la normativa di riferimento per il profilo ricercato.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			
Attività di trattamento correlate			
501 - Trattamento dei dati personali dei partecipanti a concorsi pubblici finalizzati all'assunzione 552 - Gestione dei processi di reclutamento del personale tramite concorso pubblico			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Pressioni da parte della Commissione su esiti e contenuti del concorso, a titolo esemplificativo, nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari	Alto	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Medio		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		
Conflitto di interessi	Alto	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Medio		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Medio		

Rischio iniziale complessivo
Alto

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non adottata	
Pantouflage	Non adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi e come controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
50 - Inquadramento e firma del contratto (comparto)	47 - Inquadramento e firma del contratto	ITER AMMINISTRATIVO DELL'ASSUNZIONE	GESTIONE RISORSE UMANE
Descrizione dell'attività			
L'ufficio giuridico del personale richiede la disponibilità e cura l'iter per l'assunzione del candidato collocato nella prima posizione utile della graduatoria approvata da Azienda Zero.			
Unità coinvolte			
509 - 1424 - GESTIONE RISORSE UMANE			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Omesso controllo dei titoli dichiarati dal candidato		Basso

Rischio iniziale complessivo

Basso

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Adottata	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Tutela del Whistleblower	Non applicabile	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza

- 1) I candidati, al momento dell'assunzione, firmano la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.
- 2) Per lo scorrimento delle graduatorie vi è un file condiviso fra Azienda Zero e la UOC Gestione risorse umane.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
53 - Dalla programmazione del fabbisogno all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese.	49 - Dalla programmazione del fabbisogno all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese	ESPLETAMENTO GARA ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI
Descrizione dell'attività			
Alla scadenza del periodo indicato dal produttore, e comunque dopo 8-10 anni di utilizzo, la UOS Ingegneria clinica evidenzia alle U.O. interessate le possibili criticità dovute all'obsolescenza di un apparecchio.			
Unità coinvolte			
UOS Ingegneria Clinica - UOS Ingegneria Clinica			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso improprio della discrezionalità nella valutazione degli elementi costitutivi delle offerte	Medio	Basso
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Uso improprio della discrezionalità nelle scelte di alienazione o acquisizione di beni	Medio	Basso
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Stesura capitolato		Basso

Rischio iniziale complessivo
Basso

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Adottata	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del Dirigente della UOS Ingegneria clinica e UOC Provveditorato.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
25 - Firma del certificato di corretta esecuzione periodica	35 - Liquidazione fatture - Provveditorato	FASE 1: OGGETTO FATTURA	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Fase 1.3 rischio di falsa attestazione da parte del dec.			
Unità coinvolte			
509 - 1405 - PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Falsa attestazione di un controllo non eseguito o attestazione di un controllo con esito positivo in presenza di irregolarità.	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
26 - Trasmissione documento di collaudo/firma verbale presa in carico	35 - Liquidazione fatture - Provveditorato	FASE 1: OGGETTO FATTURA	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Fase 1.2 il collab. del provveditorato inserisce manualmente nel gestionale i dati relativi al documento di collaudo/verbale di presa in carico.			
Unità coinvolte			
509 - 1405 - PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Falsa attestazione di un controllo non eseguito o attestazione di un controllo con esito positivo in presenza di irregolarità.	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
28 - Forzatura della quadratura	35 - Liquidazione fatture - Provveditorato	FASE 2: QUADRATURA	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Il collaboratore del provveditorato forza la quadratura della fattura nel gestionale dedicato, il quale non prevede una soglia di cifra.			
Unità coinvolte			
509 - 1405 - PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Liquidazione importi superiori a quanto previsto	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
29 - Verifica DURC e inserimento validità	35 - Liquidazione fatture - Provveditorato	FASE 3: LIQUIDAZIONE	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Il collaboratore del provveditorato inserisce gli estremi del DURC nel gestionale dedicato. Il gestionale non ha vincoli - inserimento manuale da parte dell'operatore.			
Unità coinvolte			
509 - 1405 - PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Falsa attestazione di un controllo non eseguito o attestazione di un controllo con esito positivo in presenza di irregolarità.	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Chi controlla?



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
54 - Gestione contratto servizi	52 - Gestione del contratto di servizi	LIQUIDAZIONE	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Descrizione dell'attività			
UOC Provveditorato prende in carico la pre-fattura/fattura e la liquida.			
Unità coinvolte			
509 - 1405 - PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Omessi controlli/verifiche	Medio	Basso
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Medio		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo

Basso

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Parzialmente adottata	



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo
Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del Direttore della struttura.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
45 - Valutazione richiesta di intervento e verifica fattibilità	40 - Affidamento diretto	FASE 1: DEFINIZIONE DELLA TIPOLOGIA DI RICHIESTA	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Dirigente valuta la richiesta e assegna la pratica ad un tecnico dell'UOS. Il tecnico incaricato esegue il sopralluogo e redige una stima preliminare dei costi. Il dirigente discute con il tecnico la fattibilità della proposta di intervento.			
Unità coinvolte			
509 - 1403 - UOSD SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Alto		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Alto		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	Procedura per il trattamento dei conflitti di interesse adottata dall'Istituto.

Rischio residuo

Basso



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Note sull' attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del dirigente e RPCT



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
46 - Scelta del professionista-ditta da incaricare.	40 - Affidamento diretto	FASE 2: AFFIDAMENTO DIRETTO AL FORNITORE	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Il collaboratore tecnico sceglie le ditte alle quali richiedere i preventivi sulla base di conoscenze o tramite portale Sintel. Successivamente il dirigente avalla la scelta dei fornitori.			
Unità coinvolte			
509 - 1403 - UOSD SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Assenza di rotazione dei soggetti incaricati	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Alto		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Alto		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Adottata	
Inconferibilità/incompatibilità	Adottata	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Adottata	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	Richiesta di più preventivi anche per affidamenti inferiori ai 40.000 €; procedura per il trattamento dei conflitti di interesse adottata dall'Istituto.

Rischio residuo

Basso



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Note sull' attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del dirigente/ RPCT



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
47 - Controllo tecnico-amministrativo della documentazione inviata dalla ditta-fornitore	40 - Affidamento diretto	FASE 2: AFFIDAMENTO DIRETTO AL FORNITORE	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
I collaboratori dell'Ufficio tecnico controllano la documentazione pervenuta, ciascuno per la propria competenza.			
Unità coinvolte			
509 - 1403 - UOSD SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Omessi controlli/verifiche	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Controllo da parte del dirigente e RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
48 - Verifica contabilità ed esecuzione degli interventi	40 - Affidamento diretto	FASE 2: AFFIDAMENTO DIRETTO AL FORNITORE ; FASE 3: OUTPUT	GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI
Descrizione dell'attività			
Il collaboratore dell'ufficio tecnico redige e verifica la contabilità dei lavori, verificandone l'esecuzione. Il RUP certifica la contabilità dell'intervento.			
Unità coinvolte			
509 - 1403 - UOSD SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Uso di falsa documentazione e dichiarazione mendace	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Conflitto di interessi	Medio	
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ' DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ' ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ' DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Medio		
DIFFICOLTÀ' NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ' NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Rischio iniziale complessivo

Medio

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Non applicabile	
<i>Misure specifiche</i>		
Regolamenti e procedure	Adottata	
Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Adottata	
Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali	Non applicabile	
Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Non applicabile	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Controllo da parte del dirigente e RPCT.



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
51 - Subappalto	48 - Subappalto	VERIFICA REQUISITI	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Descrizione dell'attività			
La UOSD Servizi tecnici e patrimoniali indice una gara/affidamento specificando nel bando la percentuale massima di subappalto consentita.			
Unità coinvolte			
509 - 1403 - UOSD SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
------------------	-----------------------------	-----------------------------------

Rischio iniziale complessivo

Basso

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
------	-------------------	------

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Basso

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Nessuna nota



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
52 - Subappalto	48 - Subappalto	VERIFICA REQUISITI	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Descrizione dell'attività			
La UOSD Servizi tecnici e patrimoniali indice una gara/affidamento specificando nel bando la percentuale massima di subappalto consentita.			
Unità coinvolte			
509 - 1403 - UOSD SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Omessi controlli/verifiche	Medio	Alto
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Scarsa trasparenza nelle procedure di controllo	Medio	Alto
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Basso		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		

Rischio iniziale complessivo



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Alto

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Non applicabile	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Adottata	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Non applicabile	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	

Rischio residuo

Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del Dirigente dell'Unità operativa



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

Registro delle attività mappate a fini di Anticorruzione

Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

Padova (PD), 30/01/2025



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

Attività	Processo	Fase	Area di Rischio
56 - Acquisto nuova attrezzatura hardware/software - rinnovo/sostituzione contratto manutenzione	51 - Acquisto attrezzatura hardware/software - rinnovo/sostituzione contratto di manutenzione	ESPLETAMENTO GARA ED ESECUZIONE DEL CONTRATTO ; OUTPUT	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI
Descrizione dell'attività			
A seguito di valutazione interna da parte dei S.l., si stabilisce di rinnovare/sostituire un contratto di manutenzione - UO utilizzatrice finale richiede l'acquisto di attrezzatura hardware/software.			
Unità coinvolte			
509 - 1410 - UOC SISTEMI INFORMATIVI			

FATTORI ABILITANTI

Tipo	Nome
------	------

EVENTI RISCHIOSI POTENZIALI ASSOCIATI

Eventi rischiosi	Livello di rischio proposto	Livello di rischio personalizzato
Utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un operatore	Medio	Alto
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		
DIFFICOLTÀ NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso		
Pagamenti non dovuti	Medio	Medio
<i>Key Risk Indicators con relativo livello di rischio</i>		
LIVELLO DI INTERESSE ECONOMICO CON RICADUTE VERSO L'ESTERNO - Alto		
GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA - Alto		
MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NELL'ATTIVITÀ ASSOCIATA - Basso		
OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE (MANCATA TRASPARENZA SOSTANZIALE) - Basso		
DIFFICOLTÀ NELLA COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO - Basso		



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS
35128
VIA GATTAMELATA, 64
PADOVA (PD)

C.F.- P.IVA 04074560287 04074560287

T. 0498215849
F.
W. [HTTPS://WWW.IOVENETO.IT/](https://www.ioveneto.it/)
DIRETTORE@IOV.VENETO.IT

DIFFICOLTÀ' NELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DE RISCHIO CORRUTTIVO - Basso

Collaudo di attrezzatura non funzionante

Basso

Rischio iniziale complessivo

Alto

MISURE DI TRATTAMENTO

Nome	Stato di adozione	Note
<i>Misure generali</i>		
Trasparenza	Adottata	
Codice di comportamento	Adottata	
Rotazione del personale	Adottata	
Conflitto di interesse	Adottata	
Svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali	Non applicabile	
Inconferibilità/incompatibilità	Non applicabile	
Pantouflage	Non applicabile	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimenti incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.	Adottata	
Tutela del Whistleblower	Adottata	
Formazione del personale	Adottata	
Patti di integrità negli affidamenti	Adottata	

Misure ulteriori adottate (in numero)	Note sulle misure ulteriori
0	Controllo da parte del Direttore UOC Sistemi informativi

Rischio residuo

Medio

Note sull'attività di verifica sull'attuazione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio, così come previste nell'ultima revisione approvata del piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza
Controllo da parte del Direttore UOC Sistemi informativi

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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	01/03/2025 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)	30/05/2025 30/09/2025 30/11/2025 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'atto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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 d.lgs. 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT			
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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT			
Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)		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	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. 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. 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). 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. 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 in legge 8/2020		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con indicazione della durata dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2025 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	30/11/2025 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	30/11/2025 Responsabile RPCT		
		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	30/11/2025 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	30/11/2025 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			

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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)						
	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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento						
	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	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)	30/05/2025 30/11/2025 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 indicazioni dei soggetti per cettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Struttura che affida incarico	Struttura che affida incarico	Tempestivo	30/05/2025 30/11/2025 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:					
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013								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	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (Collegamento con PerlaPA)
		Art. 15, c. 1, lett. d), 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. 2, 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. 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														
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	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 direzioni di Unità Operativa e di Dipartimento:	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico						
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013								Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico					
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013								Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo					
		Art. 14, c. 1, lett. d) 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)					
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013								Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici					
		Art. 14, c. 1, lett. f) 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					
		Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013								Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti					
		Art. 14, c. 1, lett. h) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982								1) dichiarazione concernente diritti 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 «sui 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	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane	Dirigente 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. i) 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)]- In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane: Dr.ssa Monica Paiola	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane: Dr.ssa Monica Paiola	Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020	
		Art. 14, c. 1, lett. j) 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	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane	Dirigente 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 inconfirmità dell'incarico	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane:	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	31/05/2025 30/11/2025 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	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane	Dirigente UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/10/2025 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	Dirigente UOC Risorse Umane	Dirigente UOC Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)	30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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	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)	30/05/2025 30/11/2025 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	30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione (ance del 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 individuali 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/11/2025 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)	30/11/2025 Responsabile RPCT	
			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
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae		Direttore UOC Gestione Risorse Umane		Direttore UOC Gestione Risorse Umane		Nessuno	30/05/2025 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	30/05/2025 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	30/05/2025 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	30/05/2025 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)	30/05/2025 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)	30/05/2025 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)	30/11/2025 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)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato	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)	30/11/2025 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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
					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)
Contrattazione integrativa	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 predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla trasmissione	

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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)	
OV	OV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OV	Nominativi	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT		
Bandi di concorso	Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso	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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 7 giorni	
Performance	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	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 10 giorni dall'approvazione	
	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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 10 giorni dalla comunicazione dell'approvazione	
				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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Non pertinente all'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS						
	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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/11/2025 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 inconfirmità dell'incarico <u>link</u> al sito dell'ente	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2025 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 (<u>link</u> al sito dell'ente)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2025 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)	30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno
				Art. 22, c. 1, lett. d), b), d.lgs. n. 33/2013	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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento				
Non pertinente all'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS										

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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)
	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					
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria		Tutte le Strutture interessate		Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale o, viceversa, 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)	30/05/2025 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
Per i procedimenti ad istanza di parte:									
1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni		Tutte le Strutture interessate		Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT			
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)	30/05/2025 30/11/2025 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					
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 precedenti 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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				

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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)		
ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE				ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE							
Bandi di gara e contratti		Art. 30, d.lgs. 36/2023 Usò 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.	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	30/05/2025 30/11/2025 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 incomplete 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	31/01/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 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:										
		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	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento	
					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	30/05/2025 30/11/2025 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	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT
				Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	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 prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	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

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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. 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 UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2025 30/11/2025 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 e 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 UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		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 UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2025 30/11/2025 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 prezzi 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 UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2025 30/11/2025 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 UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione
		Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione
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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Tempestivo in caso di aggiornamento. Entro ogni trimestre

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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)
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.	30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Contestualmente all'approvazione
Servizi erogati	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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento
	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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
Servizi erogati	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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT		
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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 e di tempestività dei pagamenti)	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro il 15 gennaio
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Trimestrale (art.33, c.1, d.lgs. n.33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento
				Ammontare complessivo dei debiti	UOC Contabilità e Bilancio	UOC Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/25	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)	30/06/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 3 giorni dall'eventuale aggiornamento	

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2025

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)
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)	30/06/2025 30/11/2025 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 (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 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	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOSD Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2025 30/11/2025 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)	31/01/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 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)	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro 5 giorni dall'indicazione
	Registrazione degli accessi	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	30/05/2025 30/11/2025 Responsabile RPCT	Entro il 15 gennaio e il 15 giugno di ogni anno
	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.dat.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)	30/05/2025 30/11/2025 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	30/11/2025 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.l.)	Direttore UOC Sistemi Informativi	Direttore UOC Sistemi Informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	30/11/2025 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 IDV-IRCCS	La P.A. sono tenute ad effettuare l'aggiornamento delle dichiarazioni di accessibilità al sito web dello IDV-IRCCS come da Linee Guida AgID	Direttore UOC Sistemi Informativi	Direttore UOC Sistemi Informativi	Annuale	23/09/2025 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	30/04/2025 30/11/2025 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)	30/11/2025 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	30/12/2025 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	30/12/2025 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	30/12/2025 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

* tempestivo: si intende obbligatoriamente la produzione e pubblicazione del dato entro 30 giorni dalla sua creazione.

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

Azienda

952 - IOV

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento ⁶	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	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	
				-	-	-	-	-	-	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili		Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-
				€ 66.015.452,65	€ -	€ 401.926,00	€ 387.608,00	€ -	€ 56.093,36	€ -		€ -		€ 3.163.717,00	L			
				€ -	€ -	€ 176.322,00	€ 160.391,00	€ -	€ -	€ -		€ -		€ 124.010,00	L			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	218,3	31,0	€ 23.983.861,04	€ -	€ 381.829,70	€ 465.127,38	€ 896.283,26	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 570.000,00	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	43,8	3,0	€ 3.898.393,15	€ -	€ 20.096,30	€ 24.480,39	€ 114.807,19	€ -	€ -	€ 59.271,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12,0	0,0	€ 1.190.819,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			274,1	34,0	€ 29.073.073,78	€ -	€ 401.926,00	€ 489.607,77	€ 1.011.090,46	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 629.271,80	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	396,8	0,0	€ 17.930.444,18	€ -	€ 132.241,50	€ 120.293,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	113,2	2,0	€ 4.852.539,22	€ -	€ 44.080,50	€ 40.097,75	€ 11.207,78	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	2,0	0,0	€ 81.533,74	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	1,0	0,0	€ 38.633,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	143,7	0,0	€ 5.227.667,95	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	24,7	1,0	€ 965.471,83	€ -	€ -	€ -	€ 5.654,71	€ -	€ -	€ 3.023,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	123,7	3,0	€ 4.353.059,01	€ -	€ -	€ -	€ 12.062,18	€ -	€ -	€ 51.967,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO			805,0	6,0	€ 33.449.349,11	€ -	€ 176.322,00	€ 160.391,00	€ 28.924,67	€ -	€ -	€ 54.990,73	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			1.079,1	40,0	€ 62.522.422,90	€ -	€ 578.248,00	€ 649.998,77	€ 1.040.015,13	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 684.262,53	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	

Allegato delibera nr. 68 del 31/01/2025

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

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.

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

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

Azienda

952 - IOV

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento ⁶	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	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	
				-	-	-	-	-	-	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario				Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-
				€ 66.015.452,65	€ -	€ 401.926,00	€ 387.608,00	€ -	€ 56.093,36	€ 3.163.717,00				L - - -				
						€ 176.322,00	€ 160.391,00			€ 124.010,00								
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	218,3	31,0	€ 23.983.861,04	€ -	€ 381.829,70	€ 465.127,38	€ 896.283,26	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 570.000,00	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	43,8	3,0	€ 3.898.393,15	€ -	€ 20.096,30	€ 24.480,39	€ 114.807,19	€ -	€ -	€ 59.271,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12,0	0,0	€ 1.190.819,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			274,1	34,0	€ 29.073.073,78	€ -	€ 401.926,00	€ 489.607,77	€ 1.011.090,46	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 629.271,80	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	396,8	0,0	€ 17.930.444,18	€ -	€ 132.241,50	€ 120.293,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	113,2	2,0	€ 4.852.539,22	€ -	€ 44.080,50	€ 40.097,75	€ 11.207,78	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	2,0	0,0	€ 81.533,74	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	1,0	0,0	€ 38.633,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	143,7	0,0	€ 5.227.667,95	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	24,7	1,0	€ 965.471,83	€ -	€ -	€ -	€ 5.654,71	€ -	€ -	€ 3.023,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	123,7	3,0	€ 4.353.059,01	€ -	€ -	€ -	€ 12.062,18	€ -	€ -	€ 51.967,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO			805,0	6,0	€ 33.449.349,11	€ -	€ 176.322,00	€ 160.391,00	€ 28.924,67	€ -	€ -	€ 54.990,73	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			1.079,1	40,0	€ 62.522.422,90	€ -	€ 578.248,00	€ 649.998,77	€ 1.040.015,13	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 684.262,53	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	

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

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.

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

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2027

Azienda

952 - IOV

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI											
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento ⁶	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	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		
				-	-	-	-	-	-	-	-	Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario		Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili		Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
				€ 66.015.452,65	€ -	€ 401.926,00		€ -	€ 66.093,36	€ -		€ -		€ 1.581.858,50	L	-	-		
						€ 176.322,00				€ -		€ -		€ 124.010,00					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+M+N	P	Q	R
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	218,3	31,0	€ 23.983.861,04	€ -	€ 381.829,70	€ 465.127,38	€ 896.283,26	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 570.000,00	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	43,8	3,0	€ 3.898.393,15	€ -	€ 20.096,30	€ 24.480,39	€ 114.807,19	€ -	€ -	€ 59.271,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12,0	0,0	€ 1.190.819,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			274,1	34,0	€ 29.073.073,78	€ -	€ 401.926,00	€ 489.607,77	€ 1.011.090,46	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 629.271,80	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	396,8	0,0	€ 17.930.444,18	€ -	€ 132.241,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	113,2	2,0	€ 4.852.539,22	€ -	€ 44.080,50	€ -	€ 11.207,78	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	2,0	0,0	€ 81.533,74	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	1,0	0,0	€ 38.633,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	143,7	0,0	€ 5.227.667,95	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	24,7	1,0	€ 965.471,83	€ -	€ -	€ -	€ 5.654,71	€ -	€ -	€ 3.023,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	123,7	3,0	€ 4.353.059,01	€ -	€ -	€ -	€ 12.062,18	€ -	€ -	€ 51.967,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO			805,0	6,0	€ 33.449.349,11	€ -	€ 176.322,00	€ -	€ 28.924,67	€ -	€ -	€ 54.990,73	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			1.079,1	40,0	€ 62.522.422,90	€ -	€ 578.248,00	€ 489.607,77	€ 1.040.015,13	€ 60.900,00	€ 241.607,00	€ 684.262,53	€ -	€ 270.000,00	€ 511.607,00	€ -	€ -	€ -	

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

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 PA del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

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

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

Azienda

952 - IOV

PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

				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 Con Specifico Finanziamento ⁶	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	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
				-	-	-	-	-	-	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili				-	-
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	15,0	10,0	€ 1.106.047,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 343.113,10	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	6,8	3,0	€ 410.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.409,63	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	2,0	4,0	€ 62.410,98	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 46.330,10	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		23,8	17,0	€ 1.578.458,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 440.852,83	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,0	1,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.876,30	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della ricerca	S	89,7	0,0	€ 3.855.077,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	47,0	0,0	€ 1.350.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO		136,7	1,0	€ 5.205.077,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.876,30	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		160,5	18,0	€ 6.783.535,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 468.729,13	€ -	€ -	

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

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.

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

PIAO 2025-2027

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

Azienda

952 - IOV

PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI											
Macroprofil	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	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	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 ⁶	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario									
										Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R		
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	15,0	11,0	€ 1.106.047,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 343.113,10	€ -	€ -		
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza sanitaria	S	6,8	3,0	€ 184.708,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.409,63	€ -	€ -		
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	2,0	4,0	€ 62.410,98	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 46.330,10	€ -	€ -		
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			23,8	18,0	€ 1.353.166,73	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 440.852,83	€ -	€ -	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale tecnico sanitario	S	0,0	1,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.876,30	€ -	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della prevenzione	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della ricerca	S	89,7	0,0	€ 3.963.580,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	OSS/OTAA	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,0	0,0	€ 59.138,64	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	47,0	0,0	€ 809.362,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
TOTALE PERSONALE COMPARTO			136,7	1,0	€ 4.832.082,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.876,30	€ -	€ -		
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			160,5	19,0	€ 6.185.248,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 468.729,13	€ -	€ -		

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

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.

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

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2027

Azienda

952 - IOV

PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

				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	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	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 ⁶	-	-	Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili	Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-			
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	15,0	11,0	€ 1.106.047,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 343.113,10	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	6,8	3,0	€ 184.708,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.409,63	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	2,0	4,0	€ 62.410,98	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 46.330,10	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		23,8	18,0	€ 1.353.166,73	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 440.852,83	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,0	1,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.876,30	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della ricerca	S	89,7	0,0	€ 3.963.580,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0,0	0,0	€ 59.138,64	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	47,0	0,0	€ 809.362,60	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO		136,7	1,0	€ 4.832.082,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.876,30	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		160,5	19,0	€ 6.185.248,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 468.729,13	€ -	€ -	

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

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.

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

PIAO 2025-2027

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

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	225	0	0	16	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	44	0	0	3	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			281	0	0	19
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	404	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	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	SS	152	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	26	0	0	1	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	125	0	0	3	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			825	0	0	6
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			1.106	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

PIAO 2025-2027

ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda 952 - IOV

PERSONALE DOTATO DI SPECIFICO FINANZIAMENTO

	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	15	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	7	0	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	2	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			24	0	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	0	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	0	0	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	0	0	0	0	0
	Personale della ricerca	S	90	0	0	0	0
	OSS/OTAA	SS	0	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	0	0	0	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	47	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			137	0	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			161	0	0	0	0

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

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

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 42008 del 01/10/2019