



**2023-2025**

Istituto Oncologico Veneto – IRCCS

**PIANO INTEGRATO ATTIVITÀ E  
ORGANIZZAZIONE: 2023-2025**



## Sommario

<b>PRESENTAZIONE DELLA PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>1.SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>6</b>
L'ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - IRCCS .....	6
L'AZIENDA IN CIFRE .....	7
ATTIVITÀ DI RICOVERO: ANDAMENTO TRIENNIO 2020-2022 .....	11
ATTIVITÀ AMBULATORIALE: ANDAMENTO TRIENNIO 2020-2022 .....	15
ALTRE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO .....	21
ATTIVITÀ DI RICERCA.....	23
PUBBLICAZIONI E IMPACT FACTOR .....	23
STUDI CLINICI PRESSO IOV .....	24
FONTI DI FINANZIAMENTO DELLA RICERCA.....	26
<b>2.VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE .....</b>	<b>28</b>
2.1 VALORE PUBBLICO .....	28
2.2 PERFORMANCE.....	38
PRINCIPI E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	38
L'ALBERO DELLE PERFORMANCE .....	38
IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....	49
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	57
I RUOLI NEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE .....	57
ALTRI SOGGETTI.....	63
VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO.....	66
VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO .....	70
MAPPATURA DEI PROCESSI SENSIBILI.....	70
PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO .....	76
MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTENZIONE DELLE MISURE .....	90
TRASPARENZA.....	92
MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA .....	96
<b>3.ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....</b>	<b>102</b>
DOTAZIONE DI PERSONALE: ANDAMENTO TRIENNIO 2020-2022.....	102
STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	102
I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA .....	108
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	110
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	111
LA FORMAZIONE E LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE .....	114
<b>4.GENDER EQUALITY PLAN .....</b>	<b>115</b>
<b>5.MONITORAGGIO .....</b>	<b>125</b>

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

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

obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;

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

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

# 1.Scheda anagrafica dell'amministrazione

## L'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS

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

La ricerca scientifica integrata all'assistenza è la caratteristica fondamentale dello IOV IRCCS 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 biennale 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 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 e Schiavonia (DGRV 614/2019).

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

---

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

---

## L'Azienda in cifre

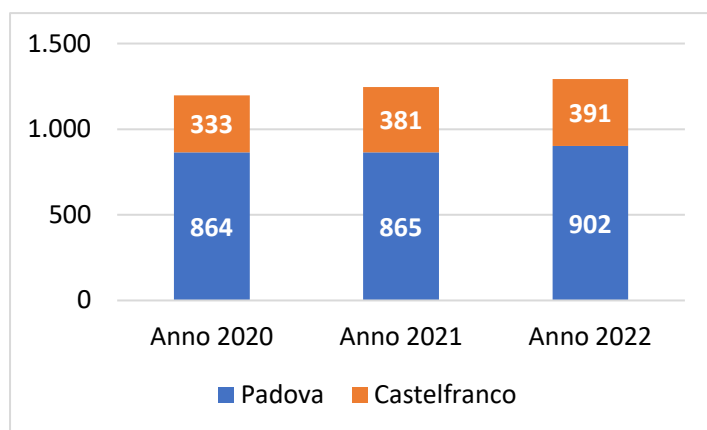
Si presentano di seguito alcuni dati di sintesi relativi al valore dell'attività di ricovero e specialistica dell'Istituto Oncologico Veneto dell'ultimo triennio 2020-2022 precisando che i dati dell'ultimo anno non risultano ancora consolidati e, dove non disponibili, è stata effettuata una proiezione sugli ultimi 12 mesi disponibili alla data della redazione della presente.

L'attuazione delle linee di indirizzo regionali ha determinato, per lo IOV IRCCS, 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 nel 2020 con l'attivazione dell'Hospice 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 2022 (flusso ministeriale HSP12 e STS24)

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

Figura 1 – Personale in servizio allo IOV IRCCS per sede: 2020-2022 (fonte: UOC Gestione Risorse Umane)

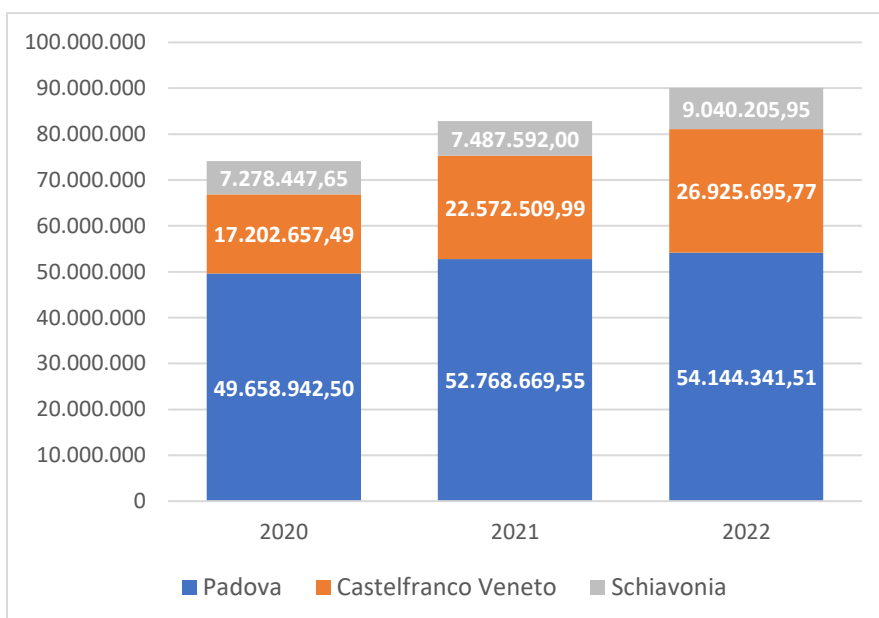


La dotazione del personale al 31/12/2022 si è attestata a 1.293 unità (+3,8% rispetto al 31/12/2021), con un andamento in progressivo aumento come previsto dalla programmazione regionale e rappresentato in figura 1.

Figura 2 – Andamento valore attività di ricovero e specialistica: 2020 – 2022

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 2022 fa rilevare un incremento del valore dell'attività, pari al +8,8% rispetto al 2021.



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



Tabella 2 - Sintesi dati di attività dell'Istituto. Anni 2020, 2021, 2022

Voce	2020	2021	2022	Scost. 2022/2021	Scost. %
Numero trattamenti chemioterapici	42.403	44.987	51.135	6.148	13,67%
Numero di pazienti in trattamento chemioterapico	5.323	5.779	6.346	567	9,81%
Prestazioni di radiologia e senologia	65.986	76.759	73.884	-2.875	-3,75%
Numero trattamenti radioterapici	46.099	42.959	44.654	1.695	3,95%
Numero di pazienti in trattamento radioterapico	2.840	2.719	2.810	-16	-0,59%
Numero di utenti screening ricerca papillomavirus (HPV)	28.018	35.869	36.625	756	2,11%
Numero di interventi chirurgici	4.942	5.487	6.177	690	12,58%
Numero di interventi di chirurgia robotica	3	304	459	155	51,00%
Numero dimissioni da ricovero ordinari	5.322	6.122	6.830	708	11,56%
Numero dimissioni da ricovero diurno	1.966	1.461	1.442	-19	-1,30%

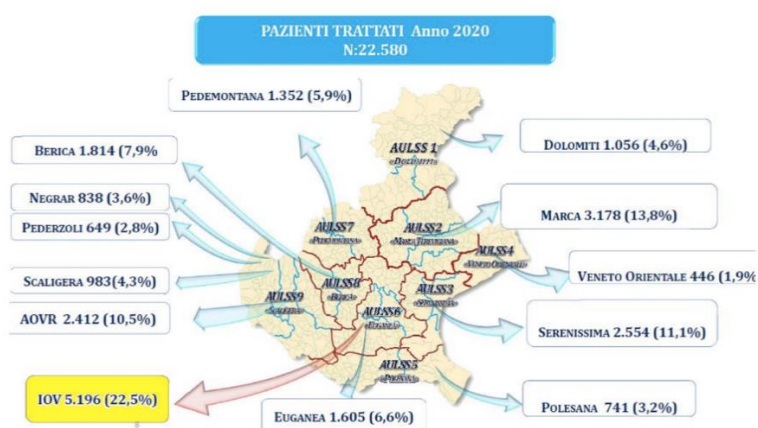
Figura 3 – Bilancio economico di previsione – anno 2023

Sintesi Bilancio economico di previsione - anno 2023	
<b>Totale valore della produzione</b>	<b>202.234.376,55</b>
Contributi c/esercizio per ricerca	12.588.362,73
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	156.554.837,04
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	8.480.000,00
<b>Totale costi della produzione</b>	<b>197.663.389,73</b>
<u>Acquisti di beni</u>	<u>92.049.286,73</u>
di cui Acquisti di beni sanitari	91.750.982,12
Acquisti di servizi non sanitari	9.038.519,82
Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	3.766.412,05
<u>Totale Costo del personale</u>	<u>58.643.228,30</u>
Personale del ruolo sanitario	47.933.705,73
di cui personale dirigente ruolo sanitario	25.918.748,39
di cui personale comparto ruolo sanitario	22.014.957,34
Personale del ruolo professionale	105.646,16
Personale del ruolo tecnico	5.713.555,00
Personale dirigente ruolo tecnico	82.665,00
Personale del ruolo amministrativo	4.890.321,41
<u>Totale Ammortamenti</u>	<u>9.000.000,00</u>
<b>Risultato d'esercizio previsto per l'anno 2023</b>	<b>0,00</b>

Per quanto riguarda la sintesi dei risultati economici dell'Istituto, non essendo ancora disponibile il bilancio consuntivo dell'anno 2022, in figura 3 è stata riportata una sintesi del bilancio economico di previsione per l'anno 2023, che rappresenta le principali voci di ricavo e di costo dell'Istituto.

Risulta inoltre rilevante evidenziare come, nel 2020 (ultimo aggiornamento disponibile), lo IOV risulti l'azienda con il maggior incremento di pazienti oncologici in trattamento (+8 %) passando dal 21,6% al 22,5% dei pazienti totali trattati in Veneto e con una spesa regionale assorbita pari al 26,3 % della spesa regionale, vedi figura 4 (fonte: Analisi di appropriatezza della spesa dei farmaci oncologici 2017-2020 delle aziende sanitarie del Veneto”, Rete Oncologica Veneta in collaborazione con la Direzione Farmaceutica-protesi-dispositivi medici).

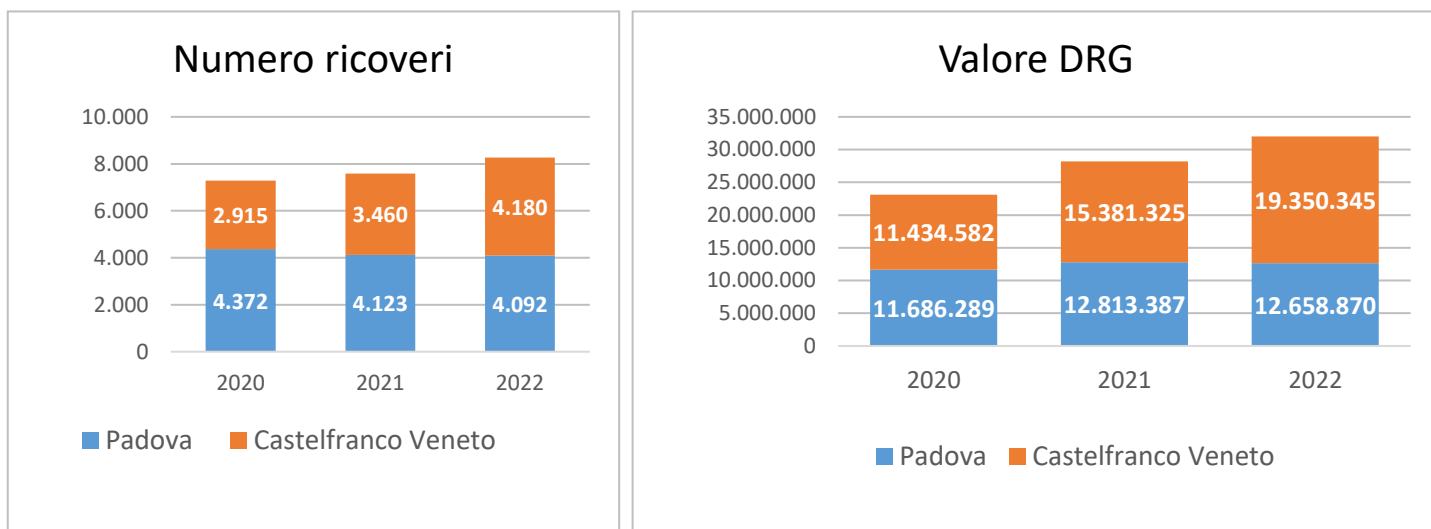
Figura 4 – Pazienti in trattamento oncologico nel 2020 – Regione Veneto



## Attività di ricovero: andamento triennio 2020-2022

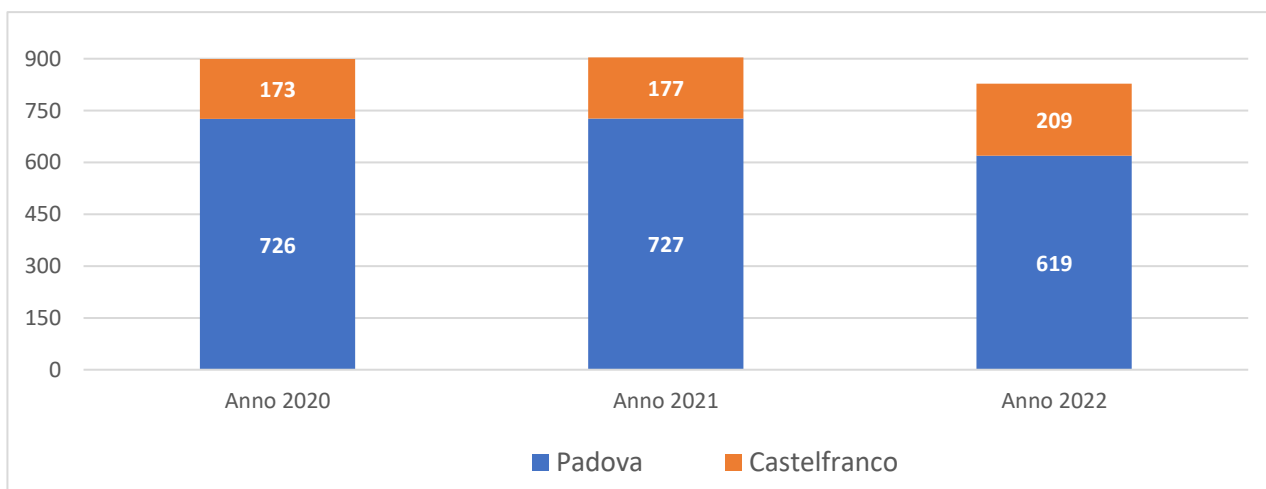
Il numero di ricoveri dell'anno 2022 è stato pari a 8.272 (+689 dimessi rispetto al 2021, +9,09%), di cui 4.183 ricoveri effettuati presso la sede di Castelfranco Veneto e 4.077 della sede di Padova.

Figura 5 - Attività di ricovero: numero dimessi e valore DRG: triennio 2020-2022



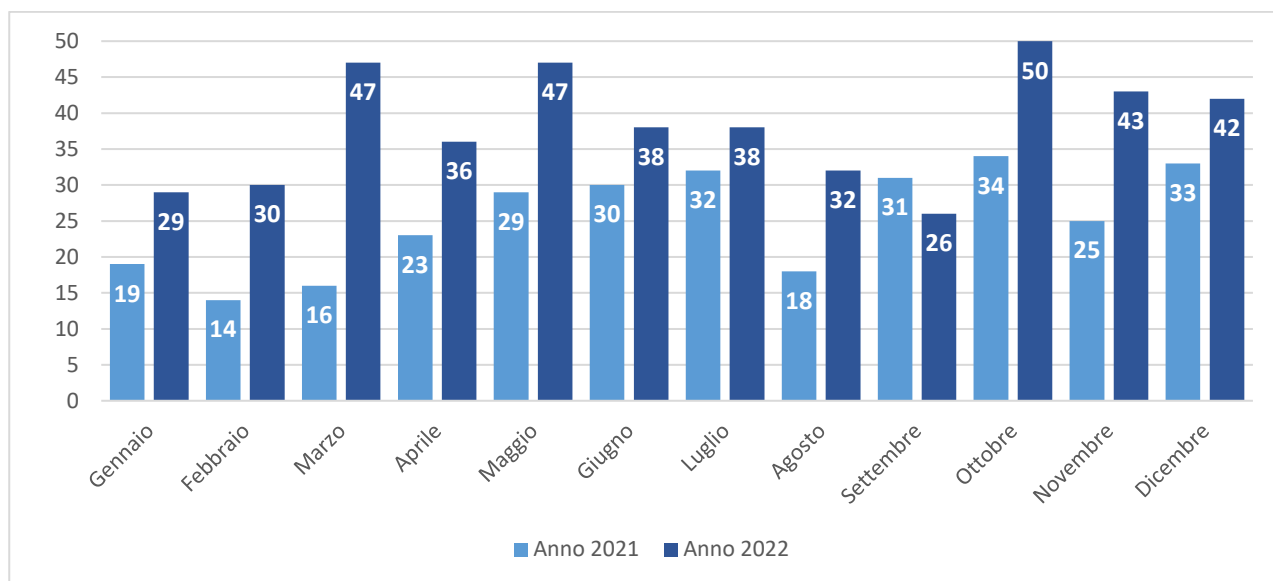
L'attività chirurgica nel suo complesso ha registrato nel 2022 un incremento del +12% rispetto all'anno precedente, in gran parte dovuto al potenziamento dell'attività presso la sede di Castelfranco Veneto. Nella sede di Castelfranco si registrano 3.458 interventi chirurgici, rispetto a 2.784 nel 2021, che rappresentano un aumento del 24,21%. Nell'anno 2022 è diminuito il numero di interventi per tumore maligno alla mammella (-8% rispetto al 2021) nel rispetto complessivo dei tempi di attesa per l'attività chirurgica oncologica, come rilevato dai periodici monitoraggi regionali dei tempi di attesa (figura 6).

Figura 6 - Andamento interventi per tumore maligno della mammella: triennio 2020-2022



L'attività di chirurgia robotica, avviata nel 2021, è cresciuta del +51% dall'anno 2021 al 2022 attestandosi a 459 interventi nel 2022, come rappresentato in figura 7.

Figura 7 – Andamento mensile interventi di chirurgia robotica: anno 2021-2022



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

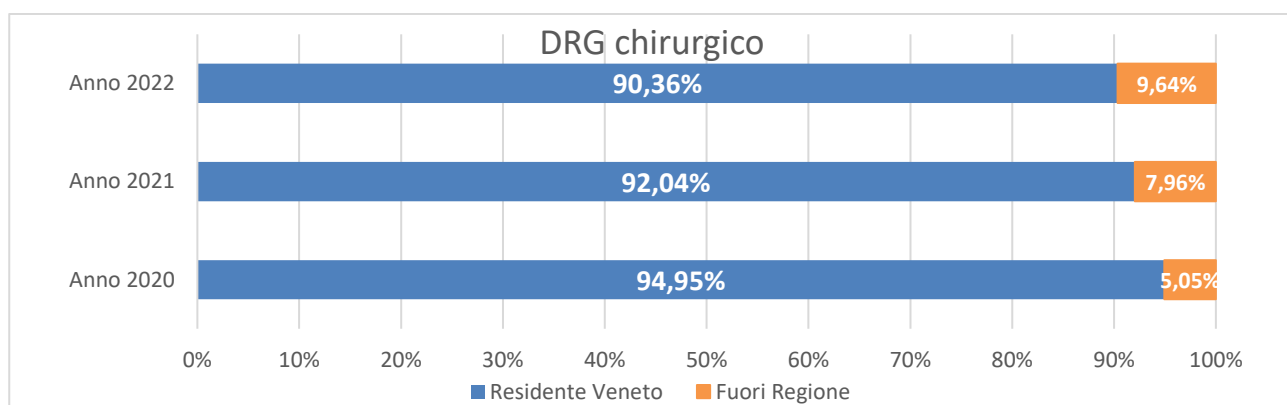
Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG chirurgico in aumento del +11,96% rispetto al 2021 e nella figura 8 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza che mostra un incremento progressivo dei pazienti provenienti fuori regione nell'ultimo triennio.

Tabella 3 – andamento casistica principale DRG chirurgici 2020-2022\* dato non consolidato

Descrizione DRG	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022*
260 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	497	501	493
311 - Interventi per via transuretrale senza CC	346	406	478
266 - Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	317	379	396
337 - Prostatectomia transuretrale senza CC	84	153	261
335 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	67	150	219
258 - Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	256	230	184
262 - Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	161	227	155
290 - Interventi sulla tiroide	108	137	155
303 - Interventi su rene e uretere per neoplasia	57	97	139
402 - Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	118	154	137
461 - Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	147	179	100
257 - Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	119	114	97
149 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	41	43	83
305 - Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	22	38	83

227 - Interventi sui tessuti molli senza CC	90	93	79
162 - Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	27	27	78
259 - Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	76	76	74
339 - Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	83	34	74
570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	58	88	69
261 - Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	73	86	65
573 - Interventi maggiori sulla vescica	19	44	57
170 - Altri interventi sull'apparato digerente con CC	16	23	55
408 - Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	84	65	53
540 - Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	40	53	50
Altri DRG tipo chirurgico	815	910	1.188
di cui 481 - Trapianto di midollo osseo	11	15	15
<b>Totale</b>	<b>3.721</b>	<b>4.307</b>	<b>4.822</b>

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



Nella tabella seguente è riportata la performance relativa al rispetto dei tempi di attesa degli interventi con DRG di tipo chirurgico oncologico suddiviso per sede. Si evidenzia, complessivamente, il pieno rispetto degli obiettivi assegnati a livello regionale nell'anno 2022.

% INTERVENTI DI CHIRURGIA ONCOLOGICA CON TEMPO DI ATTESA RISPETTATO (tutte le classi di priorità)		
	Padova	Castelfranco Veneto
nov-21	99%	99%
dic-21	100%	99%
gen-22	100%	99%
feb-22	100%	100%
mar-22	100%	100%
apr-22	100%	100%

mag-22	100%	100%
giu-22	100%	100%
lug-22	100%	100%
ago-22	100%	99%
set-22	99%	98%
ott-22	100%	99%
nov-22	100%	98%

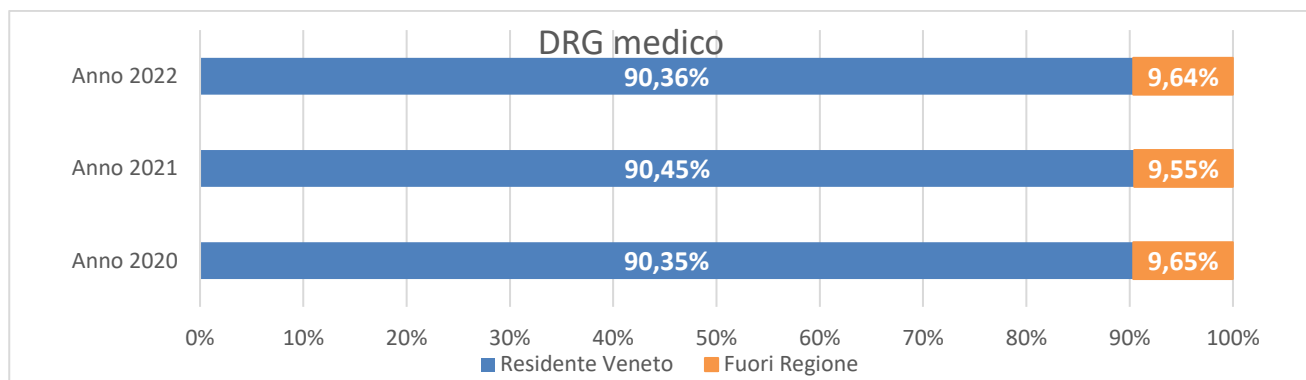
## La casistica principale dell'attività di ricovero per tipo di DRG Medico

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali ricoveri con DRG medico in aumento del +5,34% rispetto al 2021 e nella figura 9 è rappresentata la percentuale di assistiti per regione di residenza che mostra un mantenimento delle percentuali nell'ultimo triennio.

Tabella 4– andamento casistica principale DRG medico anni 2020-2022\*

Descrizione DRG	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022*
410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	700	734	770
409 - Radioterapia	310	282	324
203 - Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	158	163	178
301 - Malattie endocrine senza CC	123	163	139
082 - Neoplasie dell'apparato respiratorio	116	129	137
404 - Linfoma e leucemia non acuta senza CC	131	137	133
473 - Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	14	25	115
576 - Setticiemia senza ventilazione meccanica > o = 96 ore, età > 17 anni	33	88	104
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	74	52	71
207 - Malattie delle vie biliari con CC	58	71	64
324 - Calcolosi urinaria senza CC	58	71	57
332 - Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	13	43	57
574 - Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	87	28	50
463 - Segni e sintomi con CC	42	52	48
204 - Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	39	40	45
173 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	55	51	44
172 - Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	45	50	41
208 - Malattie delle vie biliari senza CC	21	19	41
323 - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	21	26	38
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	9	40	38
239 - Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	32	38	36
180 - Occlusione gastrointestinale con CC	19	37	32
189 - Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	21	25	27
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	18	10	25
274 - Neoplasie maligne della mammella con CC	35	18	25
Altri DRG di tipo medico	1.334	884	812
<b>Totale</b>	<b>3.566</b>	<b>3.276</b>	<b>3.451</b>

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

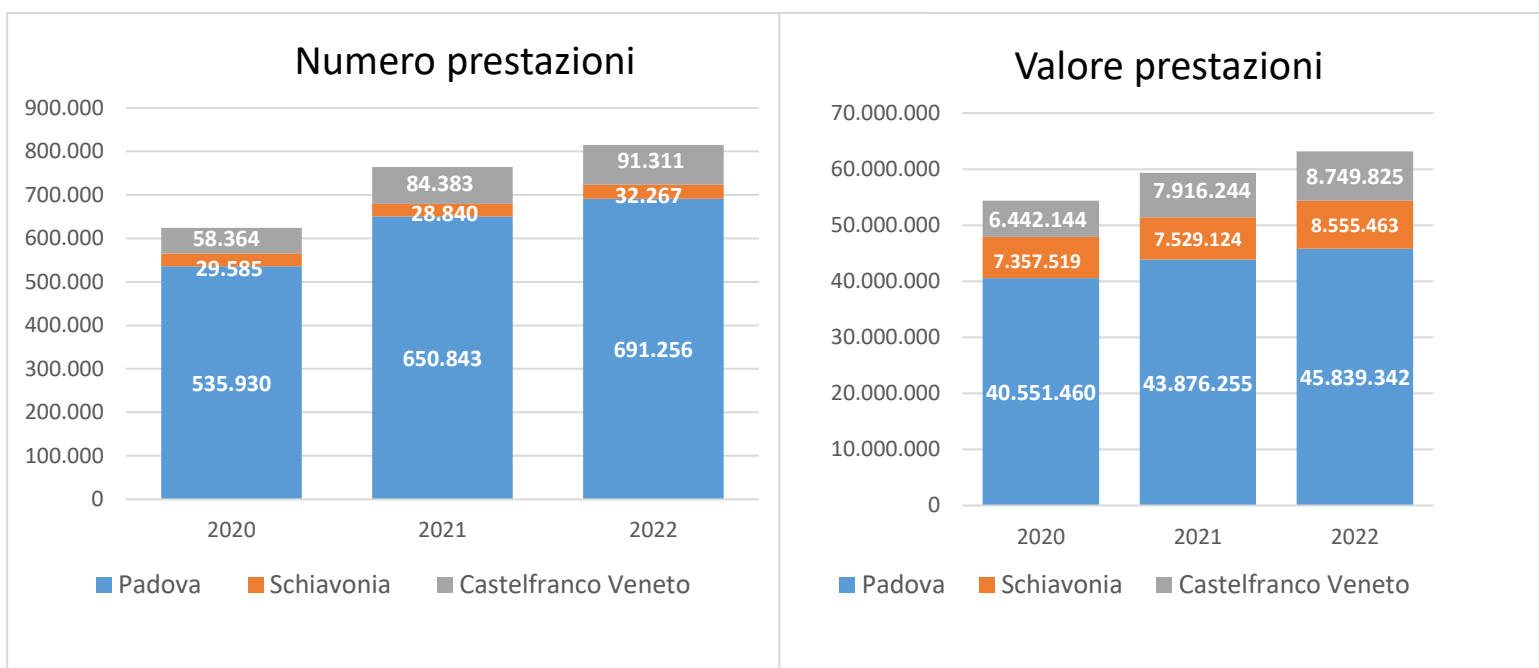


### Attività ambulatoriale: andamento triennio 2020-2022

Si presenta di seguito l'andamento del triennio 2020-2022 dell'attività ambulatoriale dell'Istituto precisando che i dati dell'anno 2022 non risultano ancora consolidati.

Analizzando il numero di prestazioni e il valore tariffario dell'attività specialistica, si rileva un aumento del +6% rispetto al 2021, con un andamento in incremento per tutti e tre le sedi di attività dell'Istituto.

Figura 10 - Andamento attività ambulatoriale per pazienti esterni con onere SSN e fatturazione – numero prestazioni e valore tariffario: triennio 2020-2022



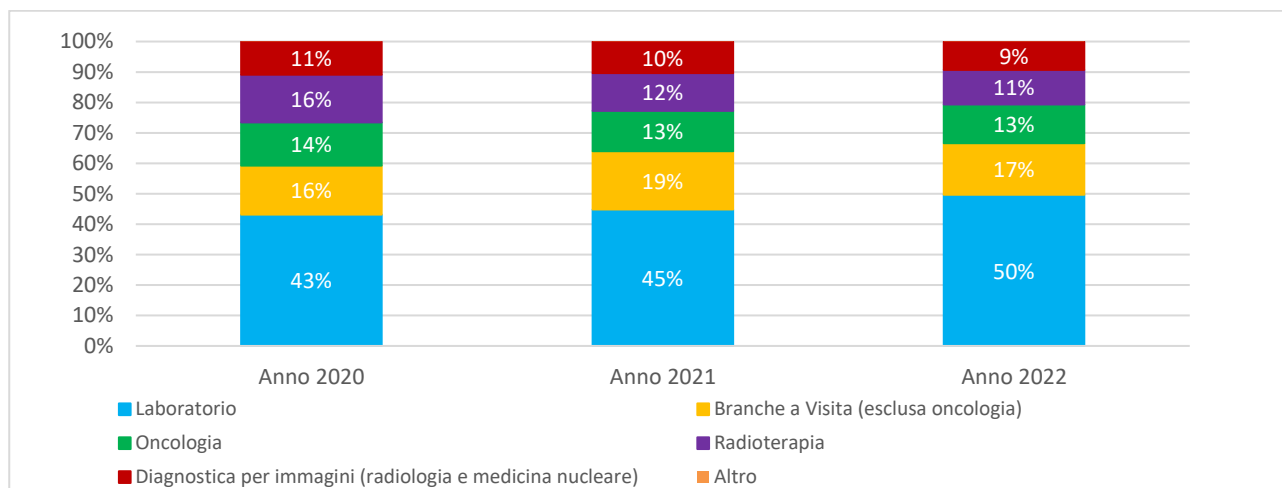
## La casistica principale dell'attività ambulatoriale

La tabella 5 e il grafico sottostante mostrano l'andamento del triennio 2020-2022 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.

Tabella 5 – Numero prestazioni per macroaree e sede (pazienti esterni onere SSN e fatturazione): triennio 2020-2022

Macro-area	Padova			Castelfranco			Schiavonia		
	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Laboratorio	256.019	326.729	389.598	16.117	20.459	23.180	0	691	517
Branche a Visita (esclusa oncologia)	78.754	107.349	97.962	21.802	39.780	41.382	517	691	1.032
Oncologia	75.052	84.421	83.822	14.402	18.455	21.940	0	0	0
Diagnostica per immagini (radiologia e medicina nucleare)	61.398	71.774	68.354	7.224	8.378	8.430	0	0	0
Radioterapia	69.286	67.551	61.391	114	118	112	29.068	28.150	32.976
Altro	181	299	131	0	0	0	0	0	0
<b>Totale complessivo</b>	<b>540.690</b>	<b>658.123</b>	<b>701.258</b>	<b>59.659</b>	<b>87.190</b>	<b>95.044</b>	<b>29.585</b>	<b>28.841</b>	<b>34.008</b>

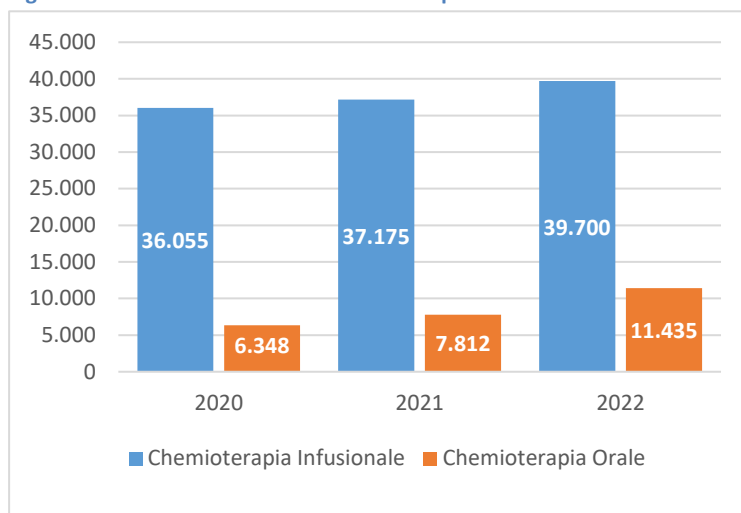
Figura 11 – distribuzione % delle macroaree dell'attività ambulatoriale: triennio 2020-2022





## T Trattamenti chemioterapici

Figura 12 - Numero trattamenti chemioterapici 2020-2022



Come mostrato in figura 12 l'andamento del numero di trattamenti chemioterapici dell'anno 2022 conferma il trend in incremento, con un aumento del +13,67%. Tale incremento è confermato dall'aumento dei pazienti in trattamento come si evince dalla figura 13 (+9,81% rispetto al 2021).

Figura 13 - Numero pazienti in trattamento chemioterapico 2020-2022

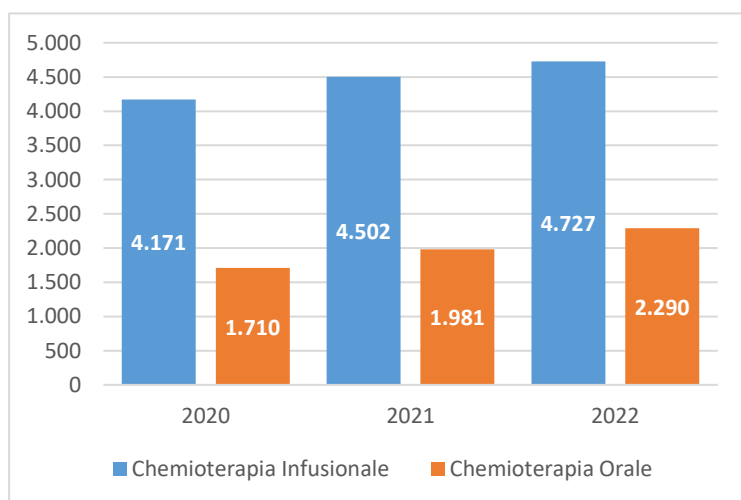
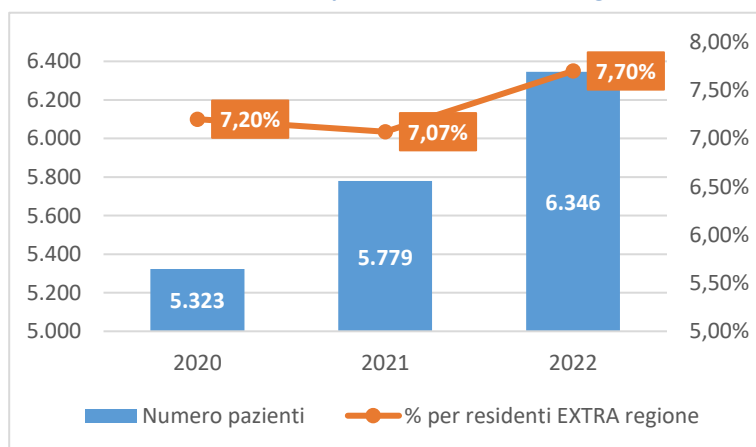


Figura 14 - Numero pazienti in trattamento chemioterapico e % residenza fuori regione: 2020-2022

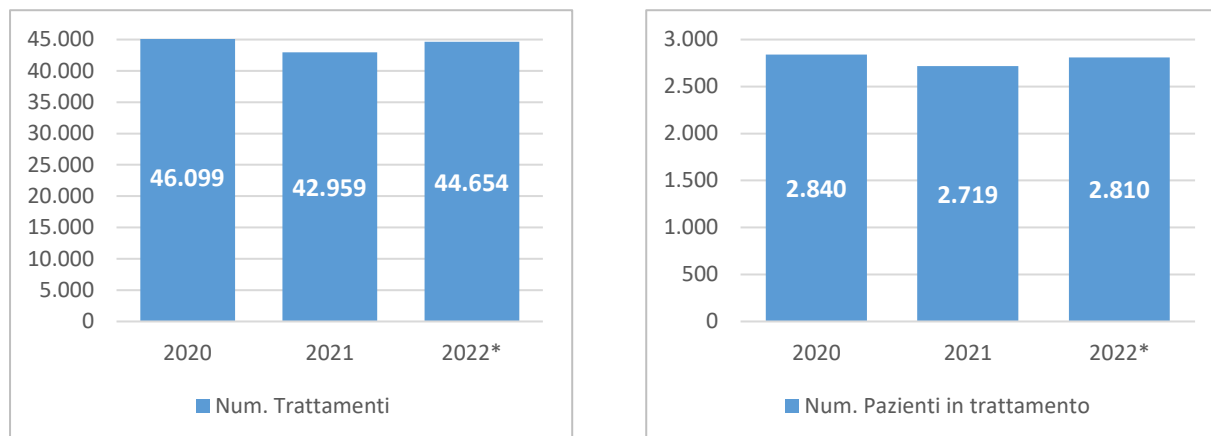
Il grafico in figura 14 mostra inoltre la percentuale dei pazienti trattati con chemioterapia che sono residenti in regioni diverse dal Veneto.



## Trattamenti radioterapici

In figura 15 è rappresentato il numero di trattamenti radioterapici e il numero di pazienti in trattamento nel triennio 2020-2022.

Figura 15 - Numero di prestazioni di trattamento radioterapico e numero pazienti 2020-2022



\* dati relativi ai primi 10 mesi dell'anno

## La telemedicina

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

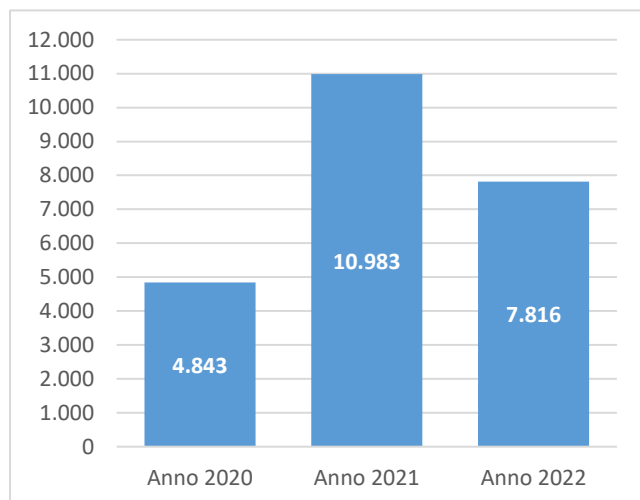
I controlli da remoto sono iniziati a maggio 2020, durante l'emergenza COVID-19, con lo scopo di proteggere i pazienti particolarmente fragili, perché anziani o con comorbidità, da un'eventuale infezione da COVID-19. La telemedicina non sostituisce la medicina tradizionale, ma la affianca e la integra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

Tabella 6 – Dettaglio prestazioni di telemedicina: anno 2022

Codice	Prestazione regionale	Anno 2022
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
94.09	Colloquio Psicologico Clinico.	193
94.3	Psicoterapia Individuale.	15
89.01.1	Visita Anestesiologica Di Controllo Per Terapia Del Dolore.	34
89.01.4	Visita Chirurgica Di Controllo.	3
89.01.8	Visita Endocrinologica Di Controllo.	14
89.7B.1	Prima Visita Di Genetica Medica. Incluso: Primo Colloquio, Costruzione Di Un Albero Familiare, Anamnesi Personale E Familiare. Escluso: Visita Multidisciplinare 89.07	1
91.35.6	Consulenza Collegata Al Test Genetico.	13
<b>Totale</b>		<b>1.451</b>

## Screening giovani donne

Figura 16 – Andamento numero di prestazioni per screening per giovani donne: anni 2020 – 2022



Nel 2022 è proseguito lo screening per giovani donne, 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 16 viene rappresentato il numero di prestazioni effettuate nel triennio 2020-2022.

## Cure palliative

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

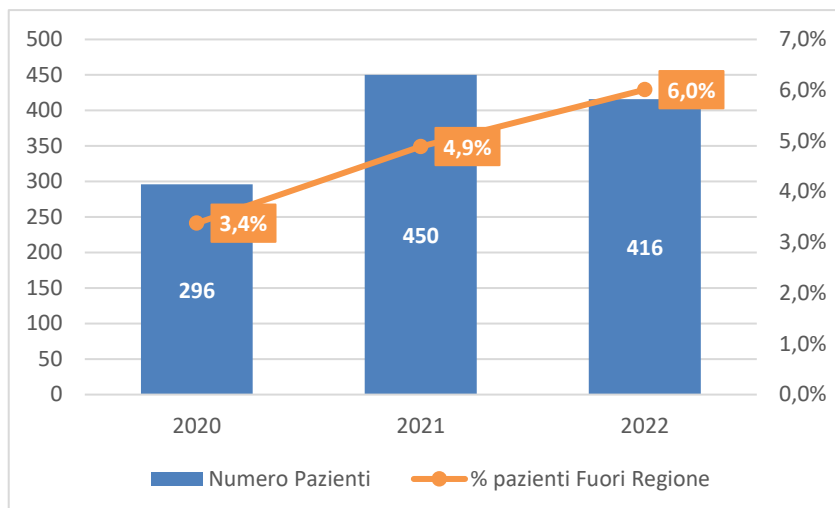
Tabella 7 - Attività di cure palliative: triennio 2020-2022

Anno erogazione		2020	2021	2022
Numero Pazienti	Castelfranco Veneto	53	256	277
	Padova	1.074	1.326	1.323
Numero prestazioni di cure palliative	Castelfranco Veneto	103	471	532
	Padova	3.322	3.977	3.764

Tabella 8 - Attività di cure simultanee: triennio 2020-2022

Anno erogazione	2020	2021	2022
Numero Pazienti	296	450	416
Numero visite multidisciplinari di cure simultanee	415	494	454

Figura 17– Percentuale pazienti in trattamento per cure simultanee provenienti da fuori regione 2020-2022



Il grafico in figura 17 mostra inoltre la percentuale dei pazienti trattati con cure simultanee che sono residenti in regioni diverse dal Veneto.

### Sintesi tempi di attesa dell'attività ambulatoriale

In figura 18 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 2022.

Figura 18 - Tempi di attesa attività ambulatoriale tracciante - anno 2022 rispetto standard regionali

	% PRESTAZIONI CON TA RISPETTATO (G1)			% PRESTAZIONI CON TA MASSIMO RISPETTATO (G1+G2)		
	Classe B (10 gg)	Classe D (30 gg)	Classe P (90gg)	Classe B (20 gg)	Classe D (60 gg)	Classe P (120gg)
nov-21	100%	100%	100%	99%	100%	100%
dic-21	100%	100%	100%	100%	100%	100%
gen-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
feb-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
mar-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
apr-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
mag-22	100%	100%	97%	100%	100%	100%
giu-22	100%	100%	97%	100%	100%	98%
lug-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ago-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
set-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ott-22	100%	100%	100%	100%	100%	99%
nov-22	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## Altre attività dell'Istituto

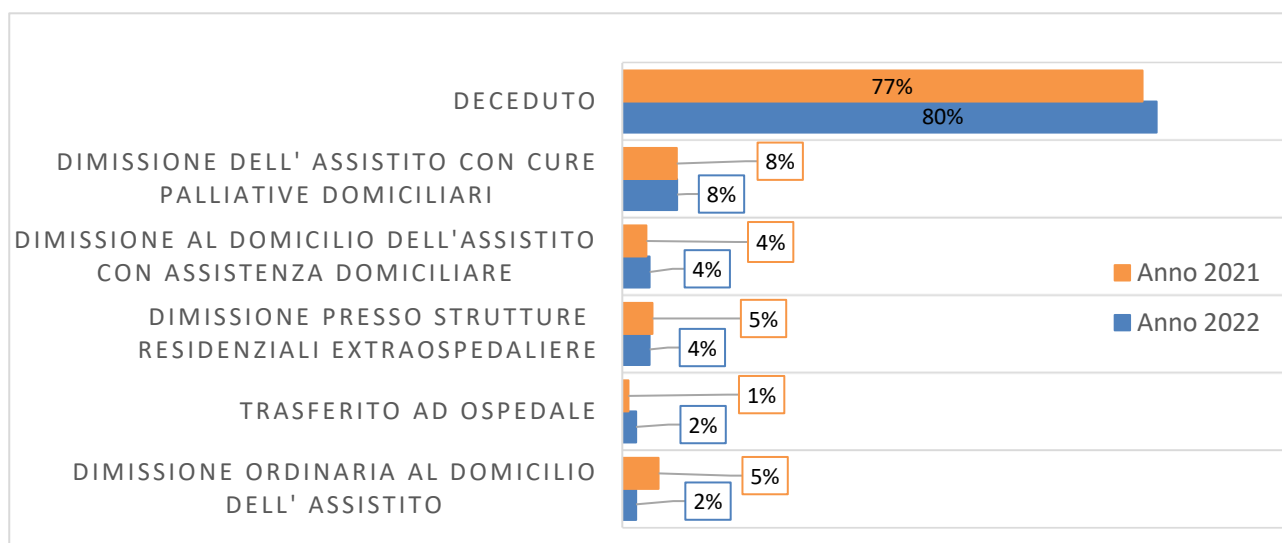
### Attività Hospice

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

Attività Hospice	Anno 2021	Anno 2022
Numero di ricoveri	110	132
Giornate di degenza	1.493	1.866

In figura 19 è rappresentato la modalità di dimissione dei ricoveri in Hospice per gli anni 2021 e 2022. Nel 2022 il 20% dei pazienti ricoverati in Hospice sono stati dimessi per trascorrere gli ultimi giorni al domicilio o presso altre strutture residenziali.

Figura 19 – percentuale modalità di dimissione da Hospice: 2021-2022



### Centrale Operativa Territoriale (COT)

L'Istituto Oncologico Veneto, in qualità di IRCCS, ha quale territorio di riferimento, a differenza delle Aziende ULSS, tutto il territorio regionale.

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

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

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

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

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

### **Attività di screening e vaccinazione per SARS-Cov2**

Nel corso dell'anno 2022 sono stati effettuati oltre 51.000 tamponi, riscontrando 744 casi positivi riscontrati.

Oltre all'attività di screening è proseguita l'attività a supporto della campagna vaccinali, attraverso l'avvio campagna IV Dose (1 marzo 2022) e l'avvio della campagna V dose (con possibilità di vaccinazione antinfluenzale contestuale) a partire dall'11 ottobre 2022.

Nel 2022 sono state effettuate 1.710 vaccinazioni (17.586 dall'inizio della pandemia), consentendo allo IOV la pubblicazione su «Oncologist» per la più ampia casistica al mondo di pazienti oncologici in trattamento vaccinati anti-Covid-19.

## Attività di ricerca

### Pubblicazioni e impact factor

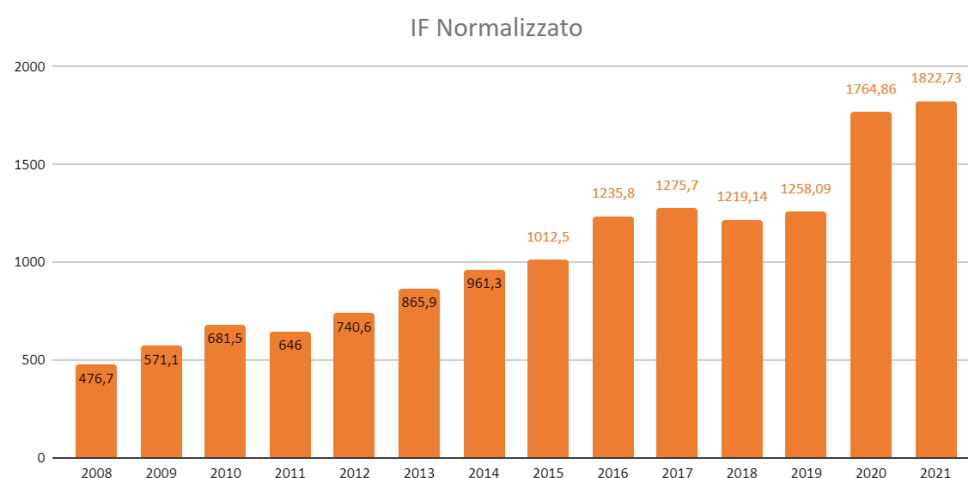
L'attività di ricerca dell'anno 2021 dell'Istituto, che rappresenta l'ultimo periodo disponibile delle rendicontazioni ministeriali, si caratterizza per una costante crescita, sia nel numero di pubblicazioni (+12% rispetto al 2020) che nel valore di Impact Factor Normalizzato (+3% rispetto al 2020), 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 20 -21).

Nel corso del 2020 in particolare la performance scientifica dello IOV ha 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 20 – Numero di pubblicazioni con IF. Anni 2008-2021



Figura 21 – Impact Factor Normalizzato. Anni 2008-2021



## Studi Clinici presso IOV

Lo IOV è impegnato nella ricerca clinica e i grafici seguenti riportano il numero delle sperimentazioni cliniche interventistiche condotte negli anni 2017-2022, o comunque all'ultimo dato consolidato disponibile, il numero dei pazienti reclutati e gli introiti legati all'attività di sperimentazione.

Totale Studi interventistici attivi (prevalenti) per anno

	Profit	No Profit	Totale
<b>2017</b>	131	85	216
<b>2018</b>	146	88	234
<b>2019</b>	157	79	236
<b>2020</b>	165	89	254
<b>2021</b>	218	111	329
<b>2022</b>	221	112	333

Totale pazienti arruolati in studi interventistici con farmaco

	Profit	No Profit	Totale
<b>2017</b>	696	312	1.008
<b>2018</b>	932	345	1.277
<b>2019</b>	705	271	976
<b>2020</b>	359	248	607
<b>2021</b>	560	275	835
<b>2022</b>	560	298	1.036

I proventi dell'attività di sperimentazione clinica sono sostanzialmente legati a diverse voci tra cui: la quota che i promotori profit versano per l'espressione del parere del CESC (Comitato Etico Sperimentazioni Cliniche), la quota prevista per il monitoraggio amministrativo degli studi da parte dell'URC, i rimborsi per l'esecuzione delle prestazioni e visite nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e la quota per paziente arruolato. Nella valutazione complessiva dei proventi andrebbe anche considerato il risparmio di spesa farmaceutica legato all'inserimento di pazienti in studi che prevedono la fornitura gratuita di farmaci oncologici.

Di seguito si riportano i dati forniti dall'Ufficio Gestione fondi della UOC Risorse Umane.

### Proventi dell'attività di sperimentazione clinica per tipologia fondo

	Oneri CE	Quota NRC	Rimborsi IOV	Introiti IOV
<b>2017</b>	297.994	43.500	522.563	1.637.312
<b>2018</b>	389.974	102.700	644.580	2.358.377
<b>2019</b>	387.006	72.500	863.351	3.034.200
<b>2020</b>	445.074	72.700	757.118	4.587.919
<b>2021</b>	598.446	179.600	1.251.903	5.346.096
<b>2022</b>	400.032	168.000	1.175.528	5.514.820

Di seguito si riportano ulteriori dati forniti dalla UOSD – Unità Ricerca Clinica (URC) in merito all'attività di ricerca clinica dell'Istituto per il triennio 2019-2021.



## Studi attivi prevalenti per anno

	Totale studi	No Profit	Profit
2019	431	254	177
2020	481	297	184
2021	561	328	233

## Performance in termini di arruolamento pazienti

Oltre ai tempi di attivazione, un indicatore molto utilizzato della performance dei centri clinici nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, è il numero di pazienti effettivamente arruolati rispetto all'atteso. Nella tabella che segue è riportato il numero di studi che hanno concluso l'arruolamento nel periodo 2019-2021 e tra questi quelli con una percentuale di pazienti arruolati superiore al 100% dell'atteso e quelli con una percentuale inferiore al 20% dell'atteso. Tra gli studi sperimentali, oltre il 60% (87 su 139) ha concluso l'arruolamento raggiungendo o superando il target previsto per il centro, mentre solo 13% (18 su 139) si è chiuso con meno del 20% dei pazienti previsti.

Pazienti reclutati su attesi (%)	Totale studi	Sperimentali	Osservazionali	Traslazionali	Altre tipologie
<i>Su totale studi</i>	235	139	68	18	10
≥100%	137	87	38	8	4
≤20%	28	18	7	1	2

## Sperimentazioni interventistiche con farmaco di fase I e I/II

Dalla fine del 2018, presso IOV è attivo il centro sperimentazioni di Fase 1, certificato ai sensi della Determina AIFA 809/2015. Il Centro si articola in due aree: clinica e gestionale. L'area clinica è identificata nel Dipartimento di Oncologia con i rispettivi sperimentatori principali (PI) e co-sperimentatori, il team degli infermieri di ricerca, l'UOC Farmacia e il Laboratorio processazione campioni della UOC Immunologia e diagnostica molecolare oncologica. Le attività di supporto per la gestione delle urgenze ed emergenze sono garantite dalla UOC Anestesia e rianimazione. L'URC rappresenta l'area gestionale del Centro Sperimentazioni di Fase 1.

In ambito oncologico, gli studi di fase 1 sono estremamente importanti perché prevedono l'utilizzo di nuovissimi farmaci che possono rappresentare un'alternativa unica e preziosa per pazienti senza alternative 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 I, incidenti e prevalenti nel triennio 2019-2021 con il numero di pazienti arruolati per anno.

	Nuovi studi	Studi Prevalenti
2019	5	12
2020	4	15
2021	9	24
<b>Totale</b>	<b>18</b>	

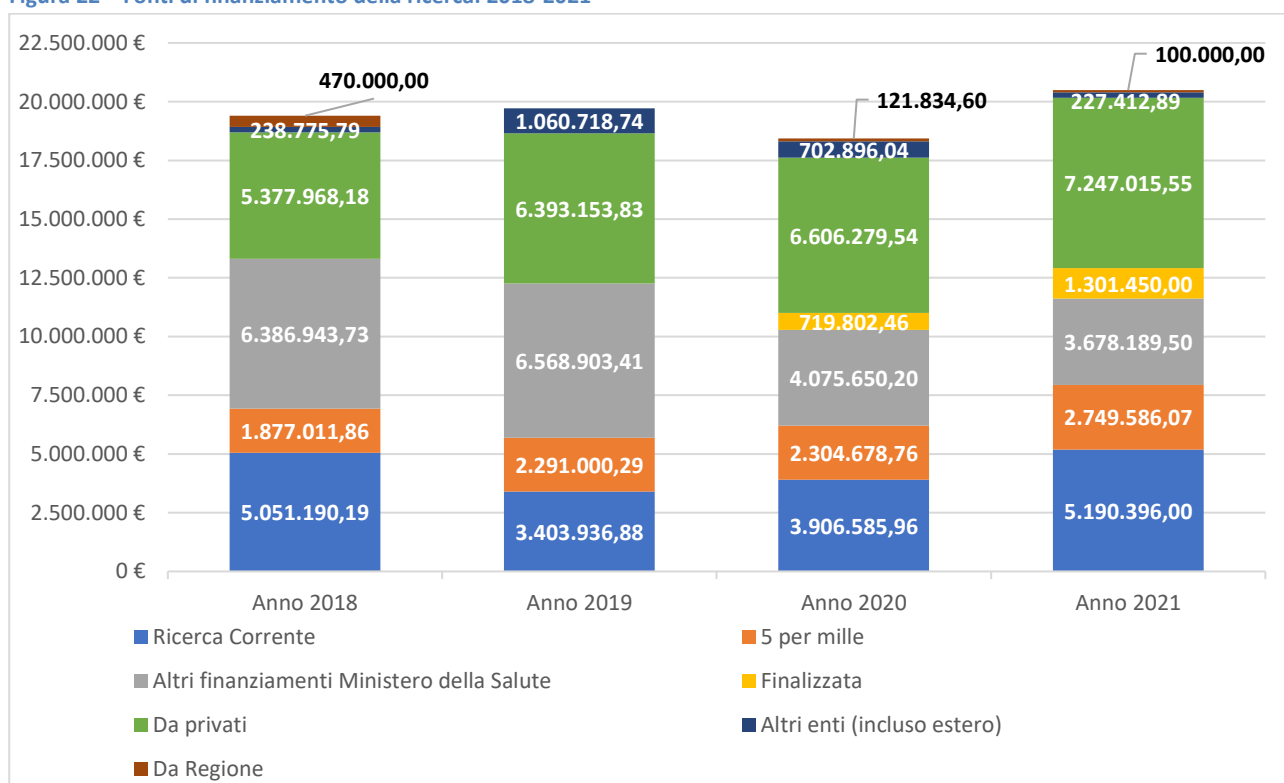
	Pazienti arruolati	Pazienti prevalenti
2019	38	38
2020	14	34
2021	24	44
<b>Totale</b>	<b>76</b>	

## 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 22 riporta i dati provenienti dal bilancio consuntivo, sezionale della ricerca, ed evidenzia i finanziamenti della ricerca relativi al quadriennio 2018-2021.

Figura 22 – Fonti di finanziamento della ricerca: 2018-2021



## Donazioni 5 per mille 2021

I dati sulla ripartizione del 5 per mille riferiti all'anno fiscale 2021 (resi noti a giugno 2022) confermano che l'Istituto Oncologico Veneto è, a livello regionale, il soggetto con la maggiore contribuzione da parte dei cittadini, avendo totalizzato 2.828.147,18 €, 18° assoluto su base nazionale. Le scelte espresse si avvicinano a quota 60 mila (56.089).

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

Figura 23 – Numero scelte 2018-2021 (fonte: Agenzia delle Entrate)

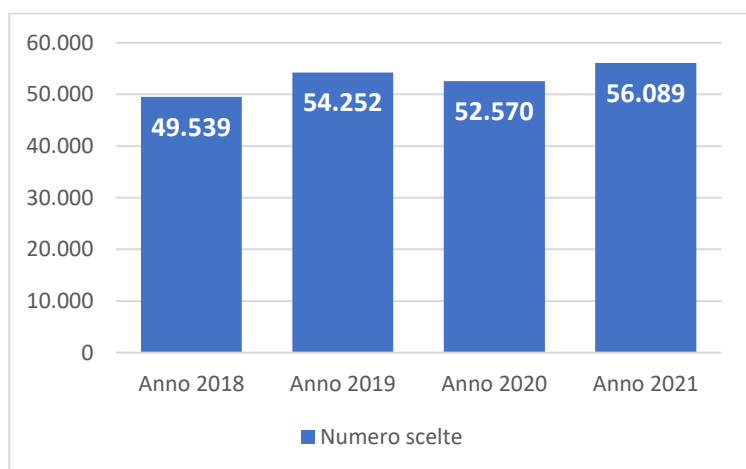
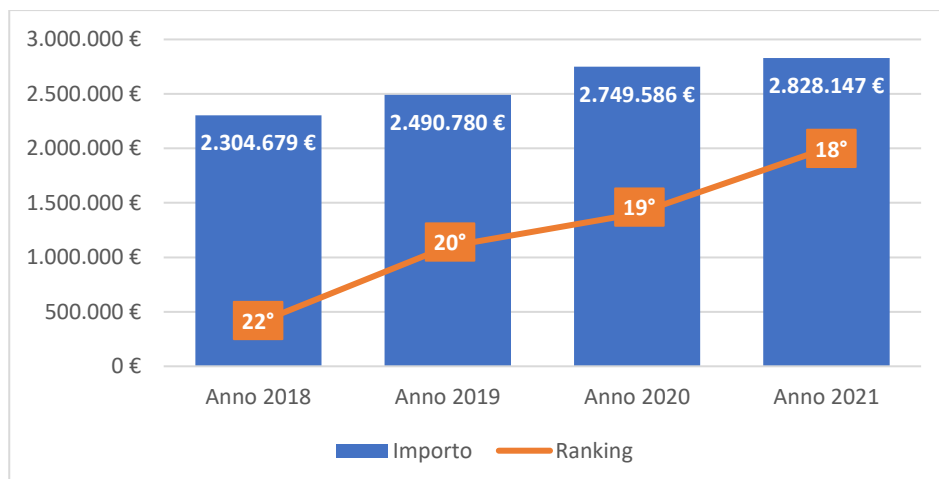


Figura 24 – Importo 5 per mille e ranking nazionale 2018-2021 (fonte: Agenzia delle Entrate)



## 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 il coordinamento della rete di collaborazione/condivisione tra le Oncologie del Veneto.

Parte delle linee strategiche adottate per il triennio 2023-2025, 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, affermandosi negli anni anche come riferimento a livello nazionale, specie per alcune problematiche specialistiche. Il **rafforzamento del ruolo dell'Istituto Oncologico Veneto quale "Hub" di riferimento regionale per quanto riguarda la patologia oncologica** si sta sviluppando in diverse direzioni consolidando la collaborazione con altri enti sia a livello di network regionale, che a livello locale.

La **Promozione dell'integrazione con le strutture e le aziende territoriali e con il coordinamento regionale della rete oncologica** sta comportando lo sviluppo e la crescita del modello integrato di rete 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.

Si fa riferimento in particolare al consolidamento della collaborazione con l'Azienda Ospedale-Università Padova e l'Università di Padova e con le altre Aziende Ospedaliere e ULSS della Regione. Lo IOV infatti da un lato è uno dei principali incubatori e realizzatori per quanto attiene le attività di ricerca corrente e ricerca traslazionale e dall'altro è sede del Coordinamento regionale della Rete Oncologica Veneta (ROV), il quale concerta le attività di cinque poli oncologici provinciali, dei dipartimenti oncologici di ciascuna ULSS veneta e dei gruppi multidisciplinari dedicati alle specifiche neoplasie.

Uno dei nodi strategicamente fondamentali della crescita del network oncologico, è lo **sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali condivisi, sia a livello regionale che a livello delle singole aziende**. In particolare nell'ultimo triennio sono stati infatti elaborati (o revisionati) in modo condiviso, emessi ed adottati numerosi Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) in ambito oncologico, al quale i professionisti dello IOV hanno contribuito in modo significativo, ed è stato fornito un apporto determinante nella definizione dei centri di riferimento di patologia oncologica. Il modello di rete infatti cerca di rispondere a due fondamentali esigenze: da una parte garantire, su tutto il territorio della Regione del Veneto, omogeneità nella presa in carico dei pazienti e, dall'altra, identificare i diversi livelli di complessità dei Centri deputati alla presa in carico di questi pazienti, attraverso la verifica dei requisiti di struttura, di tecnologia, di percorso e di professionalità, riconosciuti universalmente come parametri obiettivi di qualità. I criteri applicati per **individuare i Centri di Riferimento** sono: incidenza e prevalenza, volumi di attività chirurgica, competenze professionali, aderenza ai benchmark degli indicatori dei PDTA, presenza del Gruppo Omogeneo Multidisciplinare, dotazioni tecnologiche (diagnostica molecolare, radiodiagnostica e radiologia interventistica e endoscopica, radioterapia, Unità Farmaci Antiblastici (UFA), sperimentazioni cliniche, biobanche, ecc..). Sono state definite due categorie:

- Centri di I° livello: in base a valutazione dei volumi di attività, presenza dei requisiti strutturali/competenze fondamentali e fanno riferimento al Centro di II° livello del Polo per le attività più complesse;
- Centri di II° livello: in base a valutazione dei volumi di attività, alla presenza di tutti i requisiti strutturali/competenze specialistiche e svolgono attività di coordinamento a livello di Polo.

L'attività di valutazione è stata svolta da gruppi di lavoro ad hoc, a cui hanno partecipato una significativa rappresentanza dello IOV, che hanno individuato i centri di riferimento di 1° e 2° livello come di seguito riportato:

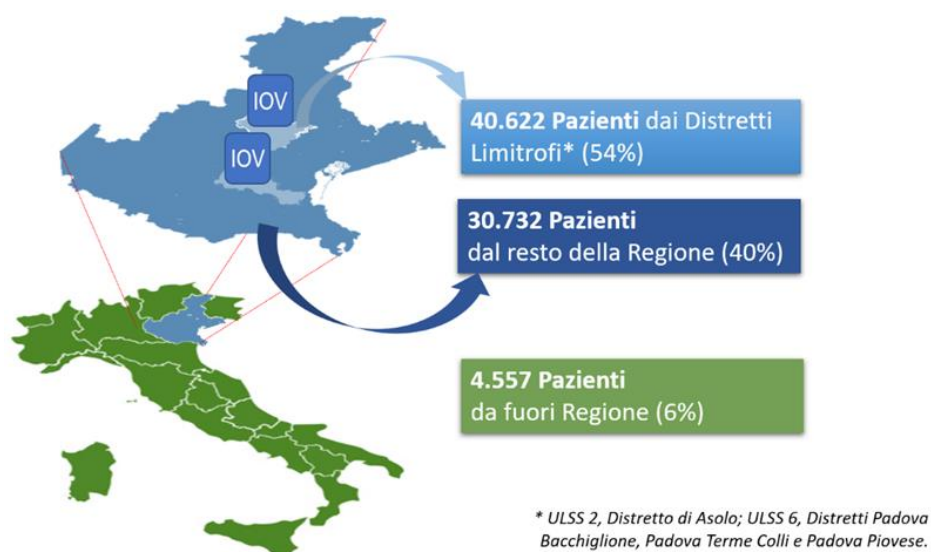
- n. 21 Centri di riferimento per il carcinoma della mammella;
- n. 5 Centri di riferimento per i Sarcomi, i tumori stromali gastrointestinali (GIST) e i tumori dell'osso;
- n. 7 Centri di riferimento per il Melanoma;
- n. 22 Centri di riferimento per il carcinoma del colon;
- n. 13 Centri di riferimento per il carcinoma del retto.

Al fine di monitorare i PDTA sono stati quindi identificati sia a livello regionale che di singola azienda sanitaria, indicatori di processo e di risultato, applicando criteri di scelta basati sulla semplicità, riproducibilità, rilevabilità in maniera omogenea in tutta la Regione. A livello regionale lo IOV ha altresì partecipato anche allo sviluppo della cartella clinica informatizzata oncologica regionale, un sistema informativo centralizzato per la gestione del percorso diagnostico terapeutico del paziente oncologico che ha anche finalità gestionali, operative e informative a supporto dell'attività e degli obiettivi della rete oncologica regionale e finalità di programmazione e controllo per gli organi direttivi regionali.

A livello locale, **l'avvio di un percorso di sviluppo e codifica dei percorsi del paziente all'interno delle strutture dell'Istituto**, con consecutiva revisione delle informazioni per l'utenza, comporta ricadute, oltre che sulla qualità della presa in carico, anche in termini di trasparenza, di equità di accesso ai servizi e, aspetto non trascurabile, di "alleggerimento burocratico" per il paziente ed il care giver.

L'integrazione con le aziende territoriali, ed in particolare con quelle del territorio in cui le sedi dell'Istituto sono presenti, trova spazio 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.

Nel 2022 l'Istituto Oncologico Veneto ha raggiunto con la propria attività di tipo assistenziale oltre 115.000 utenti (+1,0% rispetto al 2021), dei quali meno della metà proveniente dai distretti in cui sono collocate le sedi dell'Istituto, e nei quali lo IOV svolge anche attività oncologica di primo livello.



Escludendo la branca di laboratorio, lo IOV ha offerto prestazioni ambulatoriali a circa 76.000 pazienti (+1,7% rispetto al 2021) provenienti per il 54% dai distretti in cui sono presenti le sedi dell'istituto (Distretti di Padova e Distretto di Asolo-Montebelluna), per il 40% dal resto della Regione Veneto e per il 5% da fuori Regione. Per questa rappresentazione sono è stata considerata l'attività complessiva dell'Istituto incluse le prestazioni effettuate in libera professione.

### Sviluppo dell'offerta

Lo sviluppo dei percorsi si accompagna ad un parallelo **sviluppo della rete d'offerta in accordo con la programmazione regionale** grazie ad azioni di riorganizzazione ed efficientamento, finalizzate allo

sviluppo di nuovi servizi, alla razionalizzazione dei percorsi esistenti e ad un ampliamento della capacità di presa in carico del paziente oncologico, ad esempio attraverso il programma di trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE), la diagnostica molecolare e immunofenotipica delle malattie emolinfoproliferative e l'adozione di tecniche avanzate di chirurgia mini-invasiva, compresa quella robotica. Tale sviluppo è accompagnato da **Innovazione tecnologica**, grazie al rinnovo delle attrezzature al fine di offrire prestazioni sempre di livello qualitativamente elevato. Lo sviluppo della rete di offerta può avere ripercussioni positive sul territorio, anche grazie al possibile aumento della mobilità attiva, in particolare extraregionale.

Un importante valore aggiunto nel miglioramento dell'offerta è dato dall'**integrazione tra attività assistenziali ed attività di ricerca**; a titolo di esempio l'istituto, nella valutazione della ricerca corrente 2022 a cura del Ministero della Salute, è risultato al primo posto in Italia tra gli IRCCS monotematici per numero di pazienti arruolati in trial interventistici, grazie agli oltre 200 protocolli attivi, nonché primo in Italia per numero di trials aperti negli ultimi 5 anni in studi interventistici multicentrici, con ruolo di partner. Ciò ha portato ad aumentare lo spettro di possibilità terapeutiche per i pazienti in carico, o per quelli che vengono fatti afferire allo IOV dagli altri nodi della rete oncologica regionale.

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

### **Attività di Prevenzione e di Screening**

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

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

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

1. **Screening Senologico Personalizzato per Giovani Donne** (45 anni) nell'ambito di RIBBS (Risk-Based Breast Screening in young women: tailored imaging protocols), progetto sperimentale nato dalla sinergia tra Regione, IOV e Azienda Zero. Nel 2022 la Regione Veneto ne ha approvato la prosecuzione fino al 2025. Nel programma sono state arruolate 10.000 donne. Nel 2022 sono state erogate a questi soggetti oltre 7.800 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 un migliaio di richieste spontanee da parte dei cittadini. L'attività di esecuzione delle TAC è stata avviata il 29 Ottobre 2022. Nel 2022 sono stati eseguiti 64 esami di screening.

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

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

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

La promozione della prevenzione si è poi esplicitata 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 come la partecipazione alla campagna promossa da Regione Veneto "**Vivo bene: scelgo gli Screening**" (incardinata nel Piano Regionale Prevenzione del Veneto (DGR n.1859 del 29/12/2021).

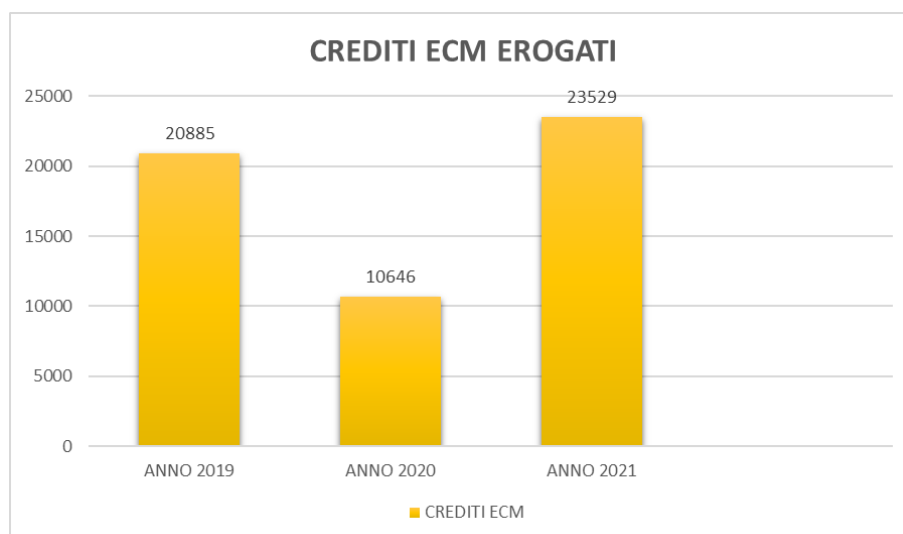
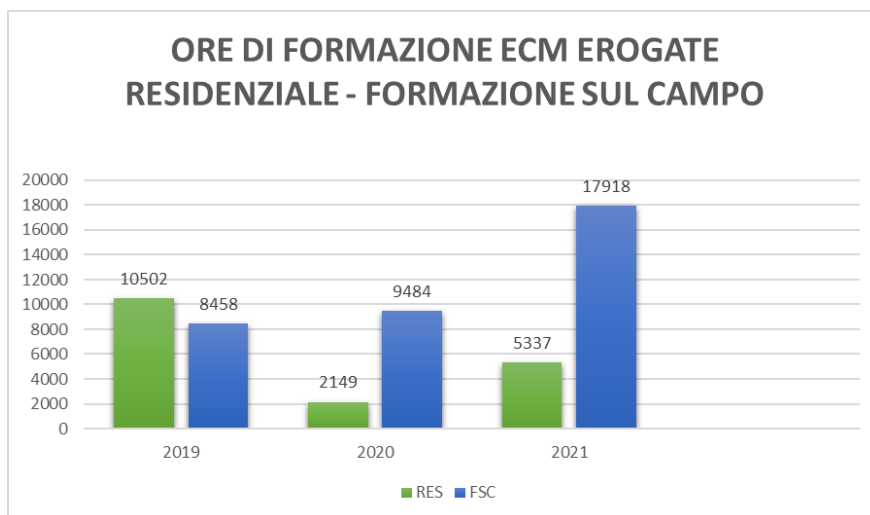
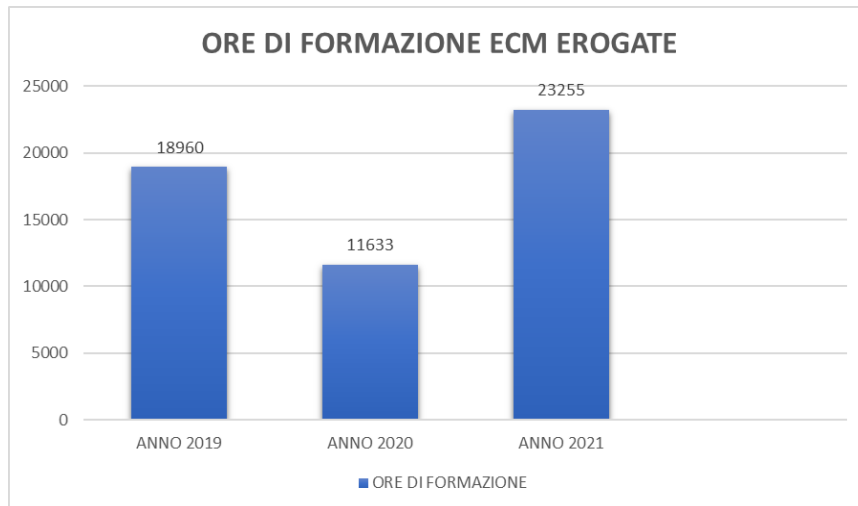
### **Attività di formazione**

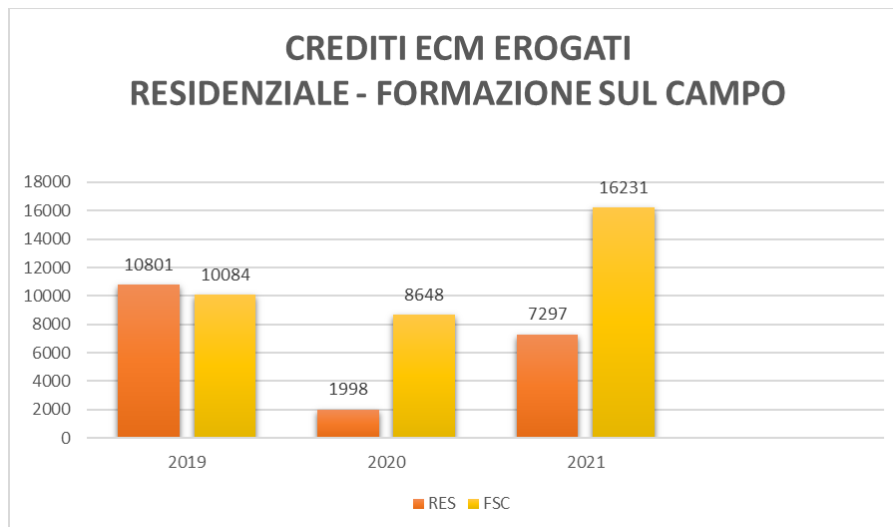
L'Istituto Oncologico Veneto è riconosciuto dalla Regione come provider ECM, ovvero un soggetto qualificato nel campo della **formazione continua in sanità** che è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) individuando e attribuendo direttamente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



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





### 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 di volontariato, come realizzazione iniziale di un programma istituzionale di Patient Education and Empowerment; con Deliberazione del Direttore Generale n. 772 del 17/12/2018 è stato approvato il Programma Istituzionale Patient Education and Empowerment – IOV per il triennio 2018-2020, successivamente rinnovato per il triennio 2021-2023 con Deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 09/02/2021 e che ha previsto una nuova formalizzazione del Gruppo di lavoro di Patient Education and Empowerment (GL-PEE) con la partecipazione anche di pazienti e familiari.

Tra le tante iniziative supportate, nel 2022 vi è stata la collaborazione ed il supporto alla Fondazione Luca Ometto di Padova che, con il sostegno della Camera di Commercio di Padova, ha sviluppato e portato avanti la prima edizione di un innovativo progetto di orientamento e formazione, dedicato ai pazienti e caregiver dell'Istituto Oncologico Veneto per supportare l'inserimento e il reinserimento lavorativo necessario in seguito alla malattia. Questo primo ciclo, suddiviso in quattro incontri, è stato pensato per sviluppare le competenze relazionali (psico-sociali) dei partecipanti, per consentire loro di rafforzare il curriculum e avviare azioni di self marketing con un approfondimento teorico e pratico delle soft skill. Nuove edizioni sono state già programmate per il 2023.

## Il Supporto a pazienti e Care Giver

Un aspetto rilevante ma spesso non abbastanza evidenziato collegato alle cure oncologiche, è l'impatto sociale della patologia. Affrontare la malattia non ha solo ricadute fisiche e psicologiche sul paziente, ma anche sulla sua rete sociale e lavorative, con conseguenze che vanno al di là degli aspetti economici. Lo IOV si impegna a dare ascolto alle esigenze di pazienti e familiari con diverse iniziative. Innanzitutto gli **incontri periodici** di confronto tra Direzione Strategica e rappresentanti dei pazienti per migliorare la conoscenza delle loro esigenze e condividere le azioni di miglioramento. Sono stati poi avviati una serie di progetti di **rilevazione dell'esperienza degli utenti, a partire da quelli che hanno sperimentato un ricovero ospedaliero (Osservatorio PREMs) e dalle donne sottoposte ad un intervento chirurgico per il trattamento del tumore maligno al seno (Indagine PROMs).**

Numerosi sono stati i progetti finalizzati al miglioramento del supporto di pazienti e care-givers, spesso partiti proprio da rilevazioni raccolte dagli stessi utenti: miglioramento delle sale di attesa, servizio di mediazione culturale, servizio di video interpretariato con lingua dei segni (realizzato nell'ambito del progetto regionale, su fondi del Ministero della Salute, dal titolo **"E-Inclusion: Vedo - Sento - Ascolto – Capisco")** o la linea di ascolto per familiari e care givers, sviluppata dalla UOSD di Psicologia Ospedaliera.

Un importante contributo a supporto dei pazienti si basa anche sul consolidato rapporto di collaborazione esistente tra IOV e associazioni dei pazienti e associazioni di volontariato, con risultati su più fronti. Nel corso del 2022, dopo il periodo pandemico, i volontari hanno gradualmente ripreso le attività di supporto ai pazienti presso ambulatori e aree di degenza, arrivando alla fine dell'anno a una situazione simile a quella pre-pandemica. 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 CEAV sono inoltre coinvolti nell'accoglienza ed accompagnamento dei pazienti nella palazzina di Radioterapia.

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

- **"Non smettere di piacerti"**: progetto nato dalla collaborazione tra IOV e Associazione AVO per fornire gratuitamente una parrucca alle donne in chemioterapia per il tempo necessario alla ricrescita dei capelli. Nel 2022 è stata raggiunta la capacità di consegnare fino a 10 parrucche al mese.
- **"La Plastica che fa del bene"**: raccolta di tappi in plastica, avviata nel 2019 da Avo in collaborazione con la ditta *Imballanord*, finalizzati all'acquisto di parrucche, da fornire gratuitamente a donne in chemioterapia. Nel 2022 sono stati raccolti 3.149 Kg di tappi in plastica che hanno permesso l'acquisto di 5 parrucche.

- **Fornitura di 20 coperte in pile**, da parte dell'associazione CEAV, per i bambini sottoposti a Radioterapia presso lo IOV
- **Allestimento dell'area bambini presso l'Hospice** di Castelfranco, in collaborazione con CEAV, per accogliere i piccoli familiari dei pazienti ricoverati nella struttura.
- **Vestire l'ospedale di bellezza**: progetto avviato dalla collaborazione tra IOV e associazione CEAV da qualche anno. Nel 2022 sono stati donati 10 pannelli fotografici per "umanizzare" i luoghi di cura.
- **Progetto "Colore e Natura"**: progetto avviato nel 2022 dalla collaborazione tra IOV e Fondazione Ometto. Nel 2022, su donazione da parte dell'associazione, sono stati commissionati all'artista Barbara Jacopetti alcuni pannelli decorativi per la nuova sala di attesa, per "umanizzare" i luoghi di cura.

### **Rapporti con le associazioni dei pazienti e di volontariato**

Nel 2022 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.

Evidenziare che ci sono altre associazioni. Il contributo del volontariato nel supportare i pazienti, durante la pandemia, è stato prima sospeso e poi dirottato sull'accoglienza dei pazienti al triage all'ingresso della struttura. Nel corso del 2022 i volontari hanno gradualmente ripreso le attività di supporto ai pazienti presso ambulatori e aree di degenza, arrivando alla fine dell'anno a una situazione simile a quella pre-pandemica. Oggi i volontari sono impegnati nell'accoglienza all'ingresso, al punto prelievi, agli ambulatori, al DH e presso Area Omogenea medica e Area Omogenea Chirurgica; i volontari sono inoltre coinvolti nell'accoglienza ed accompagnamento dei pazienti nella palazzina di Radioterapia.

Nel corso del 2022 i volontari coinvolti nell'assistenza dei pazienti sono stati 48 ed hanno garantito 1.817 presenze per complessive 7.320 ore di attività.

### **Prevenzione della corruzione e la trasparenza**

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

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

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

Ai sensi del comma 3 dell'art. 10 del D. Lgs. n. 33/2013 che disciplina la promozione di maggiore livelli di trasparenza "quale obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi strategici ed individuali", lo IOV promuove azioni positive volte a garantire ai cittadini l'accesso a dati, documentazione amministrativa ed informazioni detenute dall'Istituto, individuando innanzitutto i soggetti deputati all'implementazione delle iniziative a nel rispetto della disciplina di cui all'art. 43 D. Lgs. n. 33/2013 e dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa.

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

## 2.2 Performance

### Principi e riferimenti normativi

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

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

Il piano viene pubblicato sul sito web dell'Istituto ([www.ioveneto.it](http://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 obiettivi strategici e obiettivi operativi aziendali per il triennio 2023-2025. Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione degli obiettivi specifici di unità operativa da riportare nella scheda di budget, che sarà approvata con provvedimento del Direttore Generale.

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

### L'albero delle performance

Il concetto di valutazione interessa la performance organizzativa nel suo complesso e, a scendere, quella individuale. Il punto di partenza è costituito dagli indirizzi definiti nel Piano Socio Sanitario Regionale in coerenza dei quali la Regione Veneto assegna gli obiettivi alla Direzione Generale dell'Azienda. Questa, a sua volta, definisce il documento di programmazione aziendale, illustrandone modalità di declinazione e assegnando ai responsabili di unità operative le direttive per il perseguimento degli stessi e per la successiva misurazione e valutazione. In tale modo la programmazione regionale si traduce in indirizzi strategici per l'Azienda a loro volta declinati in piani gestionali e obiettivi operativi, assegnati ai dirigenti ed integrati con il sistema premiante di tutto il personale. Misurare le performance organizzative, 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 2023-2025, si propone di intervenire nelle macro aree strategiche definite in continuità con la programmazione aziendale 2022, con la programmazione regionale 2023 (DGRV 1702/2022 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2023”), con gli indirizzi previsti dalla DGRV 614/2019 che ha definito le schede di dotazione ospedaliera dell'Istituto, con le linee di ricerca definite nella “Programmazione Triennale 2022-2024 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)” del Ministero della Salute, nonché con gli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza e riportati nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del presente documento.

Tabella 9 – obiettivi strategici dell’Istituto per il triennio 2023-2025

AREA STRATEGICA	LIVELLO STRATEGICO	OBIETTIVO STRATEGICO
Aree strategiche: sviluppo dei processi di cura del paziente - promozione e prevenzione, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative - sviluppo dei processi di cura del paziente	Rafforzare il ruolo dello IOV quale Hub per le cure oncologiche	Proseguire con l'adeguamento aziendale dei PDTA regionali
		Promuovere l'integrazione operativa con le strutture e le aziende territoriali attraverso percorsi condivisi secondo quanto previsto dalla programmazione regionale
		Favorire il percorso della presa in carico del paziente in cure palliative attraverso l'integrazione operativa con le aziende territoriali
		Promuovere il ruolo dello IOV quale supporto allo sviluppo dei programmi di screening oncologici
		Valorizzare e promuovere il ruolo di hub nazionale per le cure oncologiche
		Valorizzare e promuovere il ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto nell'ambito della rete oncologica regionale
	Promuovere l'evoluzione delle strutture di offerta sanitaria in accordo con la programmazione regionale	Potenziare ed efficientare l'offerta chirurgica
		Potenziare ed efficientare l'offerta dell'area medica
		Sviluppare l'offerta di prestazioni di radioterapia in relazione agli investimenti effettuati
		Potenziare ed efficientare l'offerta dell'area dei servizi
		Migliorare i tempi di attesa
		Migliorare gli Indicatori definiti dai Sistemi di valutazione nazionali
		Promuovere e potenziare le collaborazioni con altri IRCCS e Atenei
		Promuovere e potenziare lo sviluppo della ricerca nelle UU.OO. Sanitarie: clinica e pre-clinica
Ricerca	Sviluppare il nuovo piano della ricerca e la collaborazione con gli altri atenei	Riorganizzazione ai fini di ricerca ed assistenziali dei laboratori siti presso IDMO e Torre della Ricerca
		Innovare e potenziare i sistemi di fund raising - area ricerca
		Attuazione della riforma degli IRCCS
		Utilizzo del finanziamento ministero della salute per ricercatori sanitari
		Definizione dei criteri di ripartizione tra le diverse UO del finanziamento della Ricerca Corrente

AREA STRATEGICA	LIVELLO STRATEGICO	OBIETTIVO STRATEGICO
Qualità	Favorire i percorsi di accreditamento nazionali ed internazionali: ricerca di un approccio comune	Migliorare l'efficienza della gestione delle certificazioni, delle autorizzazioni e degli accreditamenti nazionali ed internazionali
		Mantenimento degli accreditamenti in essere
		Sviluppo dei progetti di monitoraggio della qualità
Valorizzazione del personale	Coinvolgere i professionisti e favorirne la crescita	Promuovere la formazione come strumento di crescita professionale del capitale umano dell'Istituto
Marketing e Comunicazione	Migliorare la comunicazione verso l'esterno	Innovare i sistemi di comunicazione verso gli stakeholder dell'Istituto (Web, Social, Media)
		Migliorare, tramite la promozione dei sistemi di comunicazione, l'accessibilità del paziente ai servizi offerti dall'Istituto
Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders	Migliorare la gestione del trattamento dei dati e della privacy	Migliorare la gestione e la sicurezza del trattamento dei dati
	Migliorare la trasparenza dell'Istituto in coerenza con il Piano di prevenzione della corruzione e trasparenza	Garantire la sicurezza informatica
Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	Sviluppo del Governo clinico e risk management	Introdurre nuovi strumenti operativi per il governo del rischio clinico e monitorare l'applicazione delle procedure esistenti
		Mantenere il funzionamento del modello organizzativo per le infezioni correlate all'assistenza ICA
	Promozione della sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro	Aggiornamento dei documenti che regolano la sicurezza in Istituto
	Potenziamento e miglioramento dei sistemi di governo della spesa	Migliorare gli strumenti di previsione e autorizzazione della spesa
	Adeguamento della logistica delle strutture e dei trasporti	Ottimizzazione dei percorsi logistici e dell'utilizzo degli spazi
	Acquisizione autonomia dei sistemi informativi dell'Istituto	Sviluppo dell'infrastruttura e degli applicativi dell'Istituto
		Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)
	Pianificazione e programmazione degli investimenti	Gestione integrata del processo di definizione degli investimenti
		Compilazione delle analisi economiche e di sostenibilità previste dalle schede CRITE
		Gestione del piano investimenti 2023
		Perseguimento PNRR M6
	Revisione dei regolamenti e delle procedure dei processi amministrativi	Ottimizzazione del patrimonio dell'Istituto
		Definizione e attuazione dei regolamenti dei processi amministrativi
	Risorse Umane: aggiornamento/revisione delle procedure operative	Aggiornamento dell'atto aziendale secondo le indicazioni ministeriali/regionali e assegnazione degli incarichi
		Revisione del regolamento sulla libera professione
Revisione del modello organizzativo del Lavoro Agile		
Definizione e approvazione degli accordi integrativi del personale dell'Istituto		
Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	Sostenibilità economico-finanziaria	
Mantenimento della qualità dei flussi informativi	Mantenimento della qualità dei flussi informativi regionali	



Al fine di garantire la coerenza della programmazione annuale 2023 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 10 – Attribuzione degli obiettivi regionali 2023 alle aree strategiche 2023-2025**

Ambito	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area Strategica PIAO 2023-2025	Peso
<b>Totale peso</b>							<b>80,0</b>
<b>S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza</b>							<b>48,0</b>
S.1	Miglioramento dei tempi di attesa	S.1.D.3	Stipula di un accordo con l'azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo		Si	Sviluppo dei processi di cura del paziente - promozione e prevenzione, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative - sviluppo dei processi di cura del paziente	14,4
		S.1.D.4	% prestazioni previste dall'accordo con l'azienda sanitaria territoriale erogate entro i tempi previsti per ciascuna classe di priorità		≥ 90%		14,4
		S.1.O.1	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici		≥ 90%		11,2
S.2	Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	S.2.O.2	Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022; Avvio lavori bunker di radioterapia IOV - PO Castelfranco		si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente	0,8
S.3	Perseguimento PNRR M6	S.3.O.1	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024		si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	1,4
		S.3.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico		si (come da vademecum)	Valorizzazione del personale	1,4
		S.3.S.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP		si (come da vademecum)		1,4
		S.3.S.3	Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt		si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	1,4
S.4	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.4.S.1	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR		si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	1,6
<b>A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza</b>							<b>8,0</b>
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 1		rispetto soglia nazionale	Sviluppo dei processi di cura del paziente - promozione e prevenzione, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative - sviluppo dei processi di cura del paziente	2,0
		A.1.O.2	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 2		rispetto soglia nazionale		2,0
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.1.O.3	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale 3		rispetto soglia nazionale	Sviluppo dei processi di cura del paziente	2,0
		A.2.O.1	Indicatore specifico per azienda (vedi All A2) Ospedale		mantenimento o rispetto soglia nazionale		2,0
<b>E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari</b>							<b>11,2</b>
E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023		≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	2,0
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023		≤ soglie assegnate con provvedimento regionale		1,4
		E.1.S.6	Costi Sperimentazioni cliniche		si (come da vademecum)		0,8
E.2	Rispetto dei vincoli di costo del personale	E.2.S.1	Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area		≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	1,4
E.3	Rispetto della programmazione regionale sul	E.3.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT		si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	2,0
E.4	Efficientamento dei processi amministrativi	E.4.S.1	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto		0	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	0,5
		E.4.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento		≤ 20 gg		0,5
		E.4.S.3	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023		100%		0,5
		E.4.S.4	Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche		100%	Qualità	0,3
		E.4.S.5	Analisi dei costi della chirurgia robotica per le principali procedure chirurgiche eseguite dallo IOV		si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	1,2
		E.4.S.6	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte		100%	Altri obiettivi regionali	0,3
		E.4.S.7	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza		si (come da vademecum)	Diffusione della cultura dell'etica e della legalità e aumento della trasparenza verso gli stakeholders	0,3

Ambito	Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area Strategica PIAO 2023-2025	Peso
<b>Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza</b>							<b>12,8</b>
	Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	si (come da vademecum)		0,8
Q.10	Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico	Q.10.O.1	Adeguamento aziendale di quattro PDTA ROV aggiornati in base alla normativa vigente e alle più recenti linee guida	si (come da vademecum)	Sviluppo dei processi di cura del paziente - promozione e prevenzione, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici, cure palliative - sviluppo dei processi di cura del paziente	1,6	
		Q.10.O.2	Adozione di un percorso integrato con ULSS 2 e ULSS 6 per la presa in carico dei pazienti delle cure palliative e terapia del dolore	si (come da vademecum)		1,6	
		Q.10.O.3	Attuazione Progetto AVOrIO	si (come da vademecum)		1,6	
		Q.10.O.4	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	si (come da vademecum)		1,0	
Q.11	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.11.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	0,8	
Q.12	Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie	Q.12.S.1	Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM	≥ 50%	Valorizzazione del personale	0,6	
Q.13	Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	Q.13.S.1	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	si (come da vademecum)	Sostenibilità economico-finanziaria, dei sistemi gestionali e delle operations (GOVERNANCE INTERNA)	1,0	
Q.14	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto con il supporto della Rete	Q.14.S.1	Attività di supporto all'area: rete regionale delle UFA	si (come da vademecum)	sviluppo dei processi di cura del paziente - promozione e prevenzione, pazienti in fase attiva (acuti), pazienti cronici,	1,2	
		Q.14.S.2	Profilazione molecolare: efficientamento ed economicità dei pannelli molecolari con il supporto del Molecular Tumor Board (MTB)	si (come da vademecum)		1,3	
Q.15	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.15.S.1	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMS, PROMS, PaRIS)	si (come da vademecum)	Qualità	1,3	

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

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

---

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

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

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

Gli IRCCS sono in generale in un'ottima posizione per contribuire a tali sviluppi, sia in virtù della loro dotazione tecnologica che del capitale umano di cui dispongono. E' 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. Poichè 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 2023.

## 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 2023												Anno 2024	
	Gen	Feb	Mer	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb
Approvazione "Piano integrato attività e organizzazione 2023-2025"														
Definizione del Documento delle Direttive 2023														
Negoziazione Budget 2023														
Delibera approvazione Schede di Budget 2023														
Valutazione obiettivi di budget UUOO 2022														
Valutazione obiettivi individuali anno 2022														
Relazione sulla Performance anno 2022														
Monitoraggio intermedio obiettivi di budget anno 2023														
Validazione OIV della Relazione sulla Performance 2022														
Erogazione retribuzione di risultato a saldo anno 2022														

## **Criteri di valutazione degli obiettivi di budget**

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

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

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

## **La performance individuale**

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

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

- rispetto dei principi generali previsti dalle norme vigenti;
- coerenza con i documenti di programmazione aziendale;
- trasparenza con particolare riferimento alle informazioni concernenti le misurazioni e valutazioni delle performance;
- chiarezza e intelligibilità degli indicatori di risultato;
- preventiva e formale definizione e illustrazione degli obiettivi e dei comportamenti organizzativi richiesti ai valutati da parte dei valutatori nonché massima chiarezza degli stessi;
- miglioramento della qualità dei servizi offerti e stretta correlazione con il soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi e con i sistemi incentivanti;
- chiarezza nell'individuazione di fasi, tempi, modalità, soggetti e responsabilità del processo, nonché nella definizione delle modalità di raccolta dei dati;

- differenziazione dei giudizi;
- diritto del valutato al contraddittorio;
- divieto assoluto di distribuzione delle risorse destinate agli incentivi in assenza di valutazione, o in maniera indifferenziata.

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

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

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

### **La valutazione individuale del personale del Comparto**

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

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

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

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

<b>Requisiti:</b>	
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 U.O. ai fini della determinazione dei contributi del singolo al raggiungimento dei risultati prestazionali rilevati per la stessa
g	possibilità di ricondurre la valutazione ad un punteggio finale numerico che potrà essere utilizzato per la definizione degli strumenti di ulteriore valutazione indicati da norme di legge o contrattuali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **La valutazione individuale delle aree dirigenziali**

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

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

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

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

Punteggio	Giudizio sintetico	Esito osservato
5	Eccellente	Largamente al di sopra dell'attesa
4	Buono	Superiore all'attesa
3	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 succitato 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

### I ruoli nel sistema della prevenzione della corruzione



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. 6 dell'art. 54-bis.

In materia di imparzialità soggettiva del funzionario:

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

Secondo il codice di comportamento, ai sensi del DPR n. 62/2013:

- 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 s.m.i., nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- I. di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- II. adempiuto agli obblighi di informazione ai dipendenti nei confronti dello stesso RPCT;
- III. di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- IV. individuato specifici obblighi di trasparenza;

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

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

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

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

### **I Dirigenti**

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

I Dirigenti hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti. In tale prospettiva, l'approccio

dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere in primis finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità. Pertanto i dirigenti:

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

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

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

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

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

### **I Referenti per la prevenzione della corruzione**

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

In relazione alla Prevenzione della Corruzione i referenti concorrono:

- al processo di analisi dei rischi (mappatura dei processi, individuazione dei rischi e delle relative misure di mitigazione);
- a verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;

- a formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- a vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPCT eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- a redigere annualmente apposita relazione indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione illustrando l'attività svolta in tema di prevenzione;
- a cooperare con il RPCT ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- a monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

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

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

Referenti RPCT	
Referente Area Acquisti, Economato e logistica - RASA	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione Logistica
Referente Area dei Servizi tecnici e patrimoniali	Dirigente responsabile UOS Servizio Tecnico e Patrimonio
Referente Area Risorse Umane e della libera professione	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente Area Contabilità e Bilancio	Dirigente responsabile UOSD Contabilità e Bilancio
Referente Area rendicontazione della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Dirigente responsabile UOS Gestione Amministrativa della Ricerca
Referente Area del Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione
Referente Area Informatica	Dirigente responsabile UOS Sistemi Informativi
Referente Area della ricerca e delle sperimentazioni Cliniche	Dirigente responsabile UOSD Unità Ricerca Clinica
Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Referente rischio clinico	Referente Risk manager
Referente Area Sanitaria	Direttore UOC Direzione Medica di Ospedale
Referente Area della Farmacia e CESC	Direttore UOC Farmacia
Referente per i rifiuti	Collaboratore professionale sanitario con incarico organizzativo "Gestione rifiuti"

Internal Auditing	Dirigente nominato Internal Audit
Referente Nucleo Aziendale Controllo (NAC)	Direttore Sanitario
Referente Area legale e assicurativo	Collaboratore professionale amministrativa assegnato all'ufficio legale

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori.

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

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

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

### **I dipendenti e collaboratori**

I dipendenti dell'amministrazione:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel PTPC;
- 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**

Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 231 del 6 marzo 2018, in attuazione della precedente DGRV n. 1122 del 19 luglio 2017, sono state approvate le "Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di Internal Audit di Azienda Zero e delle Aziende sanitarie del Veneto", in cui sono state rappresentate le finalità, i poteri, le responsabilità in capo alla struttura organizzativa UOC Internal Audit e Controlli nelle Aziende SSR di Azienda Zero e delle Funzioni di Internal Auditing delle Aziende sanitarie del Veneto, che afferiscono alle Direzioni Amministrative.

## **Altri soggetti**

### **L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)**

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 474 del 27.08.2018 ed 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);

- 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 inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e individua eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- predispone e attua attività di sensibilizzazione del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario e collabora alla formazione degli operatori in materia;
- assiste gli uffici legali nel caso di contenzioso e nelle attività di stipula di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

A tal fine lo IOV ha recepito il modello organizzativo della Regione Veneto sulla sicurezza del paziente, definito nella DGR 1831/2008, individuando il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente e nominando il comitato esecutivo. Il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente si occupa dell'analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella, attraverso la raccolta degli incident reporting. In particolare, nell'eventualità di un evento sentinella, viene attivato il flusso SIMES (sistema per il monitoraggio degli errori in sanità) che prevede la segnalazione dell'evento al Ministero della salute.

Annualmente il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente redige un Piano per la sicurezza con i progetti da eseguire, che viene presentato alla Direzione per la sua approvazione.

### **Il Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)**

Il NAC, costituito con delibera del Direttore Generale svolge controlli interni con le seguenti finalità:

- controllo del sistema di codifica ICD 9 CM delle diagnosi e degli interventi utilizzato dai clinici e del rispetto delle direttive regionali in tema di codifica;
- controllo delle tipologie di prestazioni sanitarie risultate più critiche a livello aziendale;
- verifica della correttezza di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati secondo le priorità assegnate.

Per quanto concerne la specialistica ambulatoriale, i controlli interni hanno la finalità di:

- accertare l'attivazione di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'art. 38 della LR 30/2016;
- verificare l'applicazione delle specifiche cliniche di prioritarizzazione delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale;



- accertare 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 Nucleo Aziendale di Controllo interno predispone i prospetti riepilogativi relativi agli esiti dei controlli effettuati, da avviare al Nucleo Regionale di Controllo e alla UOC Ispezioni Sanitarie e socio sanitarie di Azienda Zero.

Ogni anno lo IOV deve predisporre un proprio “Piano annuale dei controlli interni” che riporti le tipologie di controllo che verranno esaminate nel corso dell’anno; e trasmetterlo 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)**

In ottemperanza a quanto previsto dall’art. 37 del Regolamento Europeo n.2016/679 in materia di protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali (noto con l’acronimo inglese di “GDPR”, con cui verrà indicato nel prosieguo), l’Istituto Oncologico Veneto-IRCCS ha nominato il Responsabile della Protezione dei dati da ultimo con Delibera del Direttore Generale n. 703 del 30.10.2020.

Ai sensi dell’art. 39 del GDPR, il Responsabile della Protezione dei dati 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.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 22 gennaio 2021 è stato approvato il “Modello organizzativo privacy” che individua i soggetti che svolgono specifiche attività relative al trattamento e alla protezione dei dati personali. Tale assetto organizzativo, insieme alla piena operatività e sviluppo del software “Data Protection Manager” di gestione del registro del trattamento dei dati personali, costituiscono lo strumento per dimostrare l’osservanza della normativa di tutela dei dati personali da parte di IOV.

## Valutazione di impatto del contesto esterno

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

Dal report "Il valore pubblico dell'integrità" emerge che per i dipendenti delle strutture sanitarie intervistati la corruzione è ancora mol-to diffusa, sia a livello nazionale (94%) che nella propria regione (79%). La pandemia sembra aver aumentato i rischi: il 70% degli intervistati reputa che l'attuale emergenza sanitaria abbia fatto crescere il rischio di corruzione nella sanità italiana ed il 39% ritiene che il rischio sia aumentato anche nel proprio ente. Con l'emergenza pandemica, le preoccupazioni maggiori sono soprattutto legate a irregolarità nella somministrazione di tamponi e vaccini, al favoreggiamento di particolari fornitori di dispositivi di protezione individuale, e alla sottrazione di questi da parte del personale.

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

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

### Analisi qualitativa

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

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

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

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

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

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

### **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. E' 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. E' 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 Ispes-Sanità sulla 'Corruption' e il Rapporto Trasparency-Risc su 'Corruzione e sprechi in sanità', presentati nel corso dell'Assise nazionale

sull'etica in sanità pubblica, organizzato da Ispe Sanita' (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e Transparency International con il supporto di Rissc.

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

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

La pandemia ha rimarcato le gravi conseguenze della corruzione sull'erogazione di servizi pubblici e sulla vita dei cittadini, poiché essa inficia inevitabilmente la risposta portando a una minore accessibilità e qualità dei servizi sanitari.

### **Valutazione di impatto del contesto interno**

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

### **Mappatura dei processi sensibili**

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

Sotto il versante dell'analisi dei processi, al fine di garantire la redazione di un Piano triennale della prevenzione della corruzione 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 2023-2024-2025, tenuto conto della recente implementazione del personale amministrativo in dotazione allo IOV e del forte turnover dello stesso che non ha garantito continuità e conoscenza dello sviluppo dei processi nel tempo.

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

L'obiettivo della mappatura: l'intera attività amministrativa 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. Una volta completata la mappatura dell'attività amministrativa si procederà all'avvio della mappatura dell'attività relativa alla ricerca e alla sperimentazione.

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 2023-2024-2025 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

L'elenco delle aree di rischio generali è contenuto nella seguente tabella:

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	Provvedimenti restrittivi della sfera giuridica dei destinatari
H	Pianificazione e programmazione

Le aree di rischio specifiche per il settore sanitario, esse sono di seguito indicate:

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.



## **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 2023, a forme di autovalutazione da parte dei Responsabili delle Unità Operative coinvolte nello svolgimento del processo (cd self assessment) le cui valutazioni devono esplicitare le motivazioni del giudizio espresso e fornire le evidenze a supporto. Il RCPT ha il compito di vagliare le valutazioni dei responsabili.

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

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

### **Fonti informative utilizzabili per l'identificazione degli eventi rischiosi**

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

## Il registro dei rischi

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

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

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

## 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:

ALTO

MEDIO

BASSO

### 3. Ponderazione del rischio

In base alle indicazioni dell'Allegato n. 1 del PNA 2019, 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, a questo punto, 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, nell'anno 2021, è proseguita l'analisi dei dati raccolti dalle precedenti mappature dei processi e dalle risultanze dei monitoraggi anticorruzione e trasparenza intrapresi negli anni passati, in chiave di superamento delle criticità riscontrate. La norma UNI ISO 37001:2016, in linea con le fonti normative in materia, infatti, 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 comunicarli a tutto il personale in modo chiaro;
- nell'investimento in adeguate risorse di supporto;
- nel reclutamento di personale con adeguate competenze;
- nella formazione di tutto il personale per creare una cultura organizzativa contraria alla corruzione;
- nella gestione e il controllo dei flussi di comunicazione, sia interni che in ingresso/uscita;
- nella predisposizione di adeguata documentazione finalizzata a rendere più efficace il controllo del rischio e di migliorare la diffusione di prassi, procedure e comportamenti coerenti con la politica di prevenzione della corruzione;

- nei controlli sulla conformità dei processi ai criteri identificati per contenere i rischi di corruzione;
- nella conservazione di tracce documentate sugli esiti dei controlli in modo da avere evidenza che i processi vengano svolti come pianificato.

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

## **Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio**

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

### **Misure generali:**

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

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

### **Codice di comportamento**

Lo IOV-IRCCS ha adottato, ai sensi dell'art. 54, co. 5 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV, il codice di comportamento dei dipendenti.

Il Codice di comportamento è stato redatto tenendo conto 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. con deliberazione n. 75 del 2013, ed è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 568 del 27.09.2018.

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.

Nel corso del 2022 è stato elaborato dal RPCT la bozza di nuovo Codice di comportamento per il recepimento delle linee guida approvate da ANAC con delibera n. 177 del 19.02.2020, che è stata condivisa con la dirigente della UOC Gestione Risorse Umane e con l'UPD.

La bozza è stata trasmessa all'OIV per la sua valutazione dell'impatto dei doveri di comportamento sul raggiungimento degli obiettivi e sulla misurazione della performance individuale e organizzativa

Nel 2023 si darà seguito all'aggiornamento del codice di comportamento secondo la procedura aperta di cui all'art. 54, comma 5 del D. lgs 165/2001.

## **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.

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 ottemperanza alle indicazioni di ANAC, quindi, è demandato alla UOC Gestione Risorse Umane l'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 nel rispetto dei criteri di cui al citato Allegato 2 del PNA 2019.

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**

Come da indicazioni contenute nel PNA 2019, 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.

### **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 s.m.i., nonché dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e di quello aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite nel Codice di comportamento aziendale.

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

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

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

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

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

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

La misura per la gestione del conflitto di interessi in materia di contratti pubblici è costituita dal sistema di dichiarazioni che vengono rese dai dipendenti e dai soggetti esterni coinvolti, dalle

successive verifiche e valutazioni svolte dall'Istituto e dall'obbligo di astensione in caso di astensione in caso di sussistenza del conflitto.

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

Il RUP deve attestare all'interno del provvedimento di affidamento/aggiudicazione di aver accertato l'assenza di situazioni di conflitto di interessi, ovvero la ricorrenza di situazioni di conflitto tali, però, da non pregiudicare la procedura; ovvero la ricorrenza di significative situazioni di conflitto, a seguito delle quali sono state adottate specifiche misure di riduzione/eliminazione del rischio. In data 29/12/2022 è stata approvata con il sistema Qualità la Procedura "Trattamento del conflitto d'interessi" (I\_TA\_P01) Rev00.

Si programma per il 2023 l'implementazione della procedura in materia di gestione dei conflitti di interesse con una disciplina ad hoc per la gestione del conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni con riferimento alle previsioni del PNA 2022.

### **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.AC

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

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

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

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

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

La violazione delle disposizioni del D. Lgs. n. 39/2013 costituisce una delle disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione che, in base all'art. 1, co. 7, della Legge n. 190/2012, come modificata dal D. Lgs. n. 97/2016, il RPCT deve segnalare all'Organo di indirizzo e all'OIV, indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti responsabili della scorretta attuazione della misura.

### **Attività successive alla cessazione del servizio - pantouflage**

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

Deve essere inserita:

- un'apposita clausola all'interno dei contratti di nuova assunzione e di conferimento di incarico dirigenziale, nonché nei moduli di recesso, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro.
- in caso di soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013

- previsione di una dichiarazione da rendere una tantum o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016;
  - inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere a enti privati, come pure nelle Convenzioni comunque stipulati dall'Amministrazione di un richiamo esplicito alle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001.

Il divieto di pantouflage si applica a:

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

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

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

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

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

## **Patti di integrità negli affidamenti**

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

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

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

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

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

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

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

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

### **Formazione del personale**

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

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

Si rinvia alla sezione della Formazione del presente PIAO.

### **Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti - whistleblowing**

La segnalazione/denuncia ritenuta necessaria di condotte illecite consente l'emersione di fatti e comportamenti corruttivi. Il whistleblower (o "sentinella civica") assume un ruolo decisivo e strategico per l'efficacia della lotta alla corruzione, in ragione del fatto che la denuncia alle autorità competenti esterne all'amministrazione o la segnalazione al RPCT dell'amministrazione interessata creano nel medio e lungo termine un ambiente sfavorevole all'assunzione di comportamenti devianti dalla cura dell'interesse generale. Per promuovere tali comportamenti proattivi l'Amministrazione garantisce al segnalante un'adeguata tutela della riservatezza sulla propria identità e sul contenuto della segnalazione e dell'annessa documentazione.

#### *Come inviare una segnalazione*

- La segnalazione deve essere "spontanea";
- non riguarda doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza del Servizio Personale.
- la segnalazione non può essere anonima: la protezione opera solo nei confronti di soggetti individuabili, riconoscibili e riconducibili alla categoria di dipendenti pubblici o di un soggetto ad essi equiparati, come inteso dal co. 2 dell'art. 54-bis.

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

*Nella segnalazione devono essere indicati:*

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

### *Modalità digitale*

Nel rispetto della disciplina innovata dalla L. 179/2017, IOV ha aderito alla Piattaforma Whistleblowing PA, sistema digitale gratuito per gestire le segnalazioni di illeciti nella P.A.

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.

E' 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.

Con delibera del Direttore Generale n. 218 del 7/03/2022 è stato rinnovato il Comitato Etico per le Sperimentazioni Cliniche (CESC) a seguito della DGRV n. 1726 del 9.12. 2021 con cui la Regione Veneto ha revocato la propria DGRV n. 1365/2020 di riorganizzazione del sistema per la sperimentazione clinica che istituiva un unico Comitato Etico Regionale per la Sperimentazione Clinica (CERSC) con sede presso Azienda Zero e ha confermato l'assetto organizzativo della rete dei CESC definiti con DGR n. 1066/2013.

La segreteria del SCESC deve acquisire la dichiarazione annuale dei componenti di assenza di conflitto di interessi e la dichiarazione di impegnarsi a non pronunciarsi per quelle sperimentazioni per le quali possa sussistere un conflitto di interessi di tipo diretto o indiretto.

#### *Comodati d'uso/ Valutazione in prova*

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 evidenzia 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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza insieme alla UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica predispone nel 2023 l'istruzione operativa di acquisizione dei beni in comodato d'uso/ valutazione in prova.

Il RPCT può chiedere un report alle Unità Operative interessate sulle percentuali dei beni concessi in comodato d'uso/valutazione in prova, successivamente acquistati dall'Ente.

#### *Piano dei controlli interni – liste d'attesa*

Con D.G.R.V. n. 2022 del 28 dicembre 2018, "Aggiornamento dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto", la Regione Veneto, alla luce di quanto disposto con D.G.R.V. 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 D.G.R.V. n. 2022/2018 si propone di perseguire gli obiettivi di:

- potenziare i controlli interni al fine di migliorare l'appropriatezza di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali e la correttezza di codifica, definendo una funzione di "certificazione interna";
- aumentare il livello di omogeneità delle codifiche e delle modalità di erogazione delle prestazioni, con auspicata riduzione delle contestazioni a livello dei controlli esterni;
- ribadire l'importanza degli organi deputati al controllo (Nucleo Aziendale) da una parte, e di quelli di supervisione e vigilanza (Nucleo Regionale) dall'altra, i quali garantiscono la necessaria imparzialità e omogeneità nello svolgimento dei controlli;

- mantenere il sistema il più possibile esplicito e trasparente grazie alla presenza dei Piani Annuali di Controllo e favorire una sinergia tra la funzione di pianificazione periferica e la funzione di coordinamento regionale.

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

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

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

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

#### *Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero*

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

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

### **Monitoraggio sull’idoneità e sull’attenzione delle misure**

Lo sviluppo e l’applicazione delle misure di prevenzione della corruzione devono essere il risultato di un’azione sinergica e combinata dei singoli responsabili delle strutture e del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, secondo un processo “bottom-up” in sede di formulazione delle proposte e “top-down” per la successiva fase di verifica ed applicazione. Risulta fondamentale il coinvolgimento dei dirigenti delle strutture e di tutto il personale nell’attuazione

della strategia di prevenzione per l'individuazione dei settori maggiormente esposti al rischio corruzione, ma anche per il monitoraggio e l'attuazione delle attività connesse e presupposte alla redazione del presente Piano.

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

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

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

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

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

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

- monitorare le attività e garantire il rispetto dei tempi procedurali, costituente elemento sintomatico del corretto funzionamento amministrativo;
- segnalare, tempestivamente, qualsiasi altra anomalia accertata adottando, laddove possibile, le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendole al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove non rientrino nella competenza dirigenziale;
- proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza i dipendenti da inserire nei diversi corsi del programma di formazione sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- garantire il monitoraggio delle eventuali situazioni di conflitto di interessi del personale assegnato, esaminando le relative dichiarazioni e decidendo sulla necessità dell'astensione, ai

sensi degli artt. 51 c.p.c., 6 bis l. 241/1990 e 6 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dello IOV;

- provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- intensificare i controlli a campione su dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti.

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

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

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

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

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

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

## **Trasparenza**

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

L'attuazione della sezione Trasparenza del Piano, l'individuazione dei dati soggetti a pubblicazione, nonché il loro costante aggiornamento al fine di garantire la veridicità delle informazioni e l'adeguamento dei contenuti all'evolversi della disciplina in materia, è demandata ai dirigenti

responsabili dei servizi e degli uffici dell'Istituto i quali possono individuare, all'interno delle rispettive strutture, dei referenti per l'attuazione ed il monitoraggio della presente sezione.

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

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

### **Trasparenza e tutela dei dati personali**

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

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

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

Va inoltre tenuto conto dei seguenti principi:

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

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

## **Ruoli e responsabilità rispetto agli obblighi di pubblicazione**

### **Il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

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

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

Per lo svolgimento di tali attività collabora l'Ufficio Accreditamento e Qualità, 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 sugli obblighi di trasparenza secondo le disposizioni normative vigenti, supportandole all'occorrenza nell'individuazione, elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale;
- monitorare sul termine di aggiornamento delle pubblicazioni di propria competenza nel rispetto dei termini previsti;
- collaborare all'aggiornamento annuale della Sezione Trasparenza nel PIAO per la parte attinente alla trasparenza;
- comunicare eventuali criticità rispetto agli obblighi di pubblicazione, al fine di individuare, con il coordinamento del RPCT, la soluzione più adeguata;
- collaborare in ordine alla presa in carico degli accessi civici di competenza, monitorando la conclusione dei procedimenti di accesso;
- informare il RPCT, laddove si evidenzino 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 s.m.i., i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei Responsabili di Pubblicazione sono rappresentati nella tabella allegata al Piano (Allegato C – Elenco degli obblighi di pubblicazione). Nella tabella (All.C) sono indicati sia gli obblighi di pubblicazione introdotti dal D.Lgs. n. 97/2016 sia gli obblighi di pubblicazione che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più oggetto di pubblicazione obbligatoria, oltre all'indicazione degli obblighi che, seppur vigenti, non sono applicabili al contesto sanitario o non presenti nella fattispecie. Le responsabilità, infine, sono indicate con riferimento alla struttura competente, come da organigramma pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

## **Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione**

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

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

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

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

Nella predisposizione dell'Albero adempimenti della trasparenza è stato consultato l'elenco predisposto da ANAC che riporta gli obblighi di pubblicazione vigenti in materia di contratti pubblici (all. 9 al PNA 2022)

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

## **Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza**

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

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



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

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

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

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

In una logica di miglioramento continuo, i Responsabili di pubblicazione evidenziano, in occasione del monitoraggio, eventuali criticità rilevate nell’attuazione dell’adempimento, con riferimento alla disponibilità e rintracciabilità delle informazioni; riferimenti temporali nell’Albero della Trasparenza- IOV 2021; 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 pervenute successivamente al 31 maggio, 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 nel 2022**

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

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

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

I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'Organismo Indipendente di valutazione, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia come ogni anno, l'OIV ha rilasciato le attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione rispetto a: luogo di pubblicazione, completezza, aggiornamento e tipologia del formato di ciascun documento, con l'obiettivo di "individuare misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente". In particolare, le macrofamiglie di obblighi oggetto di attestazione sono state le seguenti:

- consulenti e collaboratori;
- enti controllati
- pagamenti dell'amministrazione;
- pianificazione e governo del territorio,
- interventi straordinari e di emergenza,
- altri contenuti

Nell'anno 2022, la misura generale della Trasparenza è stata sottoposta ad attività di verifica a cura della Struttura del RPCT adottando i seguenti criteri di valutazione per considerare gli obblighi pienamente soddisfatti:

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

### **Accesso civico (D. lgs. 33/2013)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. 806 del 14 gennaio 2017 il “Regolamento in materia di accesso agli atti” disciplinante il diritto di accesso ai documenti amministrativi che contiene una disciplina organica e coordinata dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso: a) documentale; b) civico semplice; c) civico generalizzato pubblicato in “Amministrazione trasparente” in Disposizioni Generali- atti generali.

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

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

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

Nel corso del 2022 è stato riscontrato due accesso civico generalizzato, al quale è stata fornita risposta dalla struttura che detiene l’informazione, entro i termini di legge.

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

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

### **Il coinvolgimento dei portatori di interessi**

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

Con avviso pubblicato sul sito aziendale al link: <https://www.ioveneto.it/avviso-pubblico-inerente-laggiornamento-del-piano-triennale-di-prevenzione-della-corruzione-e-della-trasparenza-2022-2024-aggiornamento-2022/> 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.

In allegato viene inserita la tabella degli adempimenti propri dell'albero della trasparenza di cui all'allegato del Decreto Legislativo n.33/2013 (come modificato dal D. Lgs. 97/2016 e dalla Delibera ANAC n. 1310/2016), suddivisi per Dirigenti responsabili del dato e della pubblicazione dello stesso. (ALLEGATO C)

Il dato di pubblicazione tempestiva deve intendersi riferito obbligatoriamente al termine di 30 giorni consecutivi dalla data di perfezionamento del dato/documento.

### 3. Organizzazione e capitale umano

#### Dotazione di personale: andamento triennio 2020-2022

La composizione del personale (dipendente e non dipendente), che costituisce la seconda voce di spesa dell'Istituto, è rappresentata in tabella 11, dove è esposto un confronto tra la situazione del triennio 2020-2022.

Tabella 11 - Personale in unità equivalenti per ruolo professionale (Fonte dati DWH)

Tipologia	Ruolo	FTE medio al 31/12/2020	FTE medio al 31/12/2021	FTE medio al 31/12/2022
Dipendente (in FTE)	Sanitario Dirigenza Medica	177	185	202
	Sanitario Dirigenza	35	40	43
	Sanitario Comparto	499	539	561
	Professionale Dirigenza	2	2	1
	Tecnico Dirigenza	2	2	1
	Tecnico Comparto	139	148	172
	Amministrativo Dirigenza	5	6	7
	Amministrativo Comparto	94	114	129
	Incarico Direttore	4	4	4
Non dipendente (in FTE)		177	179	149
In convenzione con l'Università (in FTE)		21	18	21
<b>Totale</b>		<b>1.155</b>	<b>1.237</b>	<b>1.290</b>

#### Struttura organizzativa

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

La struttura organizzativa definisce le articolazioni dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e funzionali tra le stesse 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 sovraordinazione o subordinazione.

L'articolazione interna, oltre alla direzione aziendale, include:

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

## Dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e va inteso come centro di responsabilità. Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. I dipartimenti vengono individuati con lo scopo di evitare frammentazioni o duplicazioni di funzioni. La composizione dei dipartimenti, le procedure di nomina ed i compiti sono disciplinati dalla normativa nazionale e regionale vigente. I dipartimenti possono essere:

**Strutturali:** costituiti 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 i seguenti strumenti:

- gestione e utilizzo comune di spazi, attrezzature e tecnologie;
- utilizzo dei posti letto complessivi organizzati secondo livelli di intensità di cure;
- utilizzo complessivo del personale sanitario infermieristico, tecnico, OSS, ausiliario e amministrativo;
- gestione del budget, la continuità assistenziale e la formazione permanente 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 le aziende sanitarie 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.

**Trasmurali:** 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 trasmurati si applica quanto disposto per i dipartimenti strutturali o funzionali, sulla base della qualificazione attribuita.

## Unità Operative complesse

Si configurano quali articolazioni, previste dalla programmazione regionale, costituite con riferimento alle specialità diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e amministrative. 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 le Direzioni, con la partecipazione del Direttore del dipartimento cui afferisce la struttura. Alle strutture complesse afferiscono strutture semplici per lo svolgimento di particolari attività specialistiche e di ricerca.

#### **Unità Operative semplici a valenza dipartimentale**

Sono organizzazioni, in parte previste dalla programmazione regionale, e sono centri di responsabilità dotati di autonomia in produzione ed erogazione di specifiche prestazioni; utilizzano risorse attribuite al dipartimento cui appartengono. 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/area omogenea.

#### **Unità Operative semplici**

Sono, di norma, articolazioni organizzative di unità operative complesse, ma possono afferire anche direttamente a direzioni di area, nel qual caso sono centri di responsabilità che negoziano il budget annuale con queste ultime. Sono finalizzate ad attività di ricerca o prestazioni di particolare rilievo per le strutture/direzioni alle quali afferiscono e, quando sono articolazioni di Unità operativa complessa, fanno riferimento al budget assegnato a quest'ultima. L'unità operativa semplice è diretta da un dirigente responsabile con incarico di natura gestionale. Il numero complessivo delle unità operative semplici, unitamente a quello dell'unità operative semplici a valenza dipartimentale non può superare il rapporto di 1,31 per Unità operativa complessa.

#### **Unità/Programmi di integrazione tra assistenza e ricerca**

Nell'ambito dell'innovazione organizzativa propria di un IRCCS, sono istituiti, quali articolazioni organizzative, i programmi di integrazione tra assistenza e ricerca. Ai fini dell'assegnazione delle responsabilità della suddetta fattispecie di programmi, su proposta del responsabile dell'unità operativa di afferenza, sono conferibili incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione.

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 Tecnico Amministrativa 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

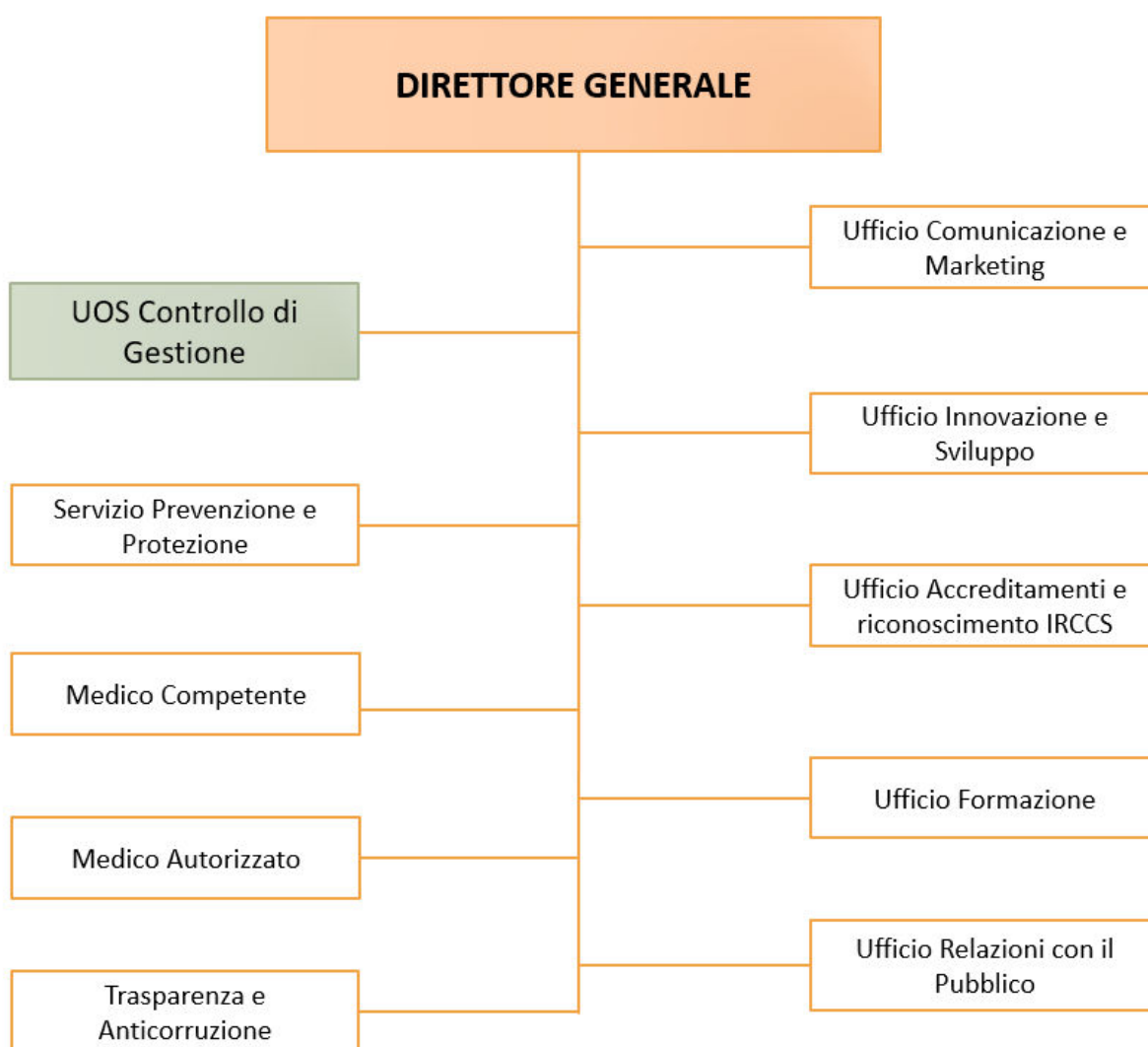


professionali altamente specialistici può essere riconosciuta la medesima retribuzione di posizione rispettivamente della UOS e UOSD.

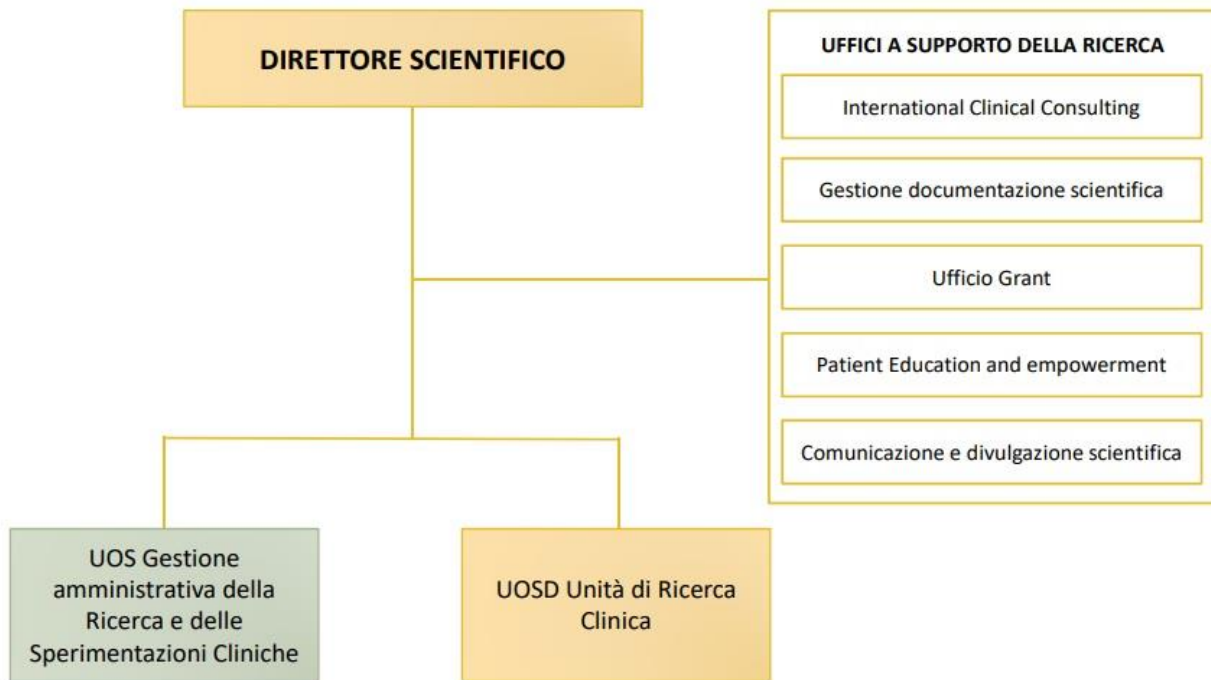
All'interno delle unità operative sopra individuate possono essere conferiti al personale del comparto incarichi di funzione. Tali incarichi sono istituiti e conferiti secondo quanto definito nell'apposito regolamento approvato dal Direttore Generale previa contrattazione con le OO.SS..

L'organigramma dell'Istituto è il seguente:

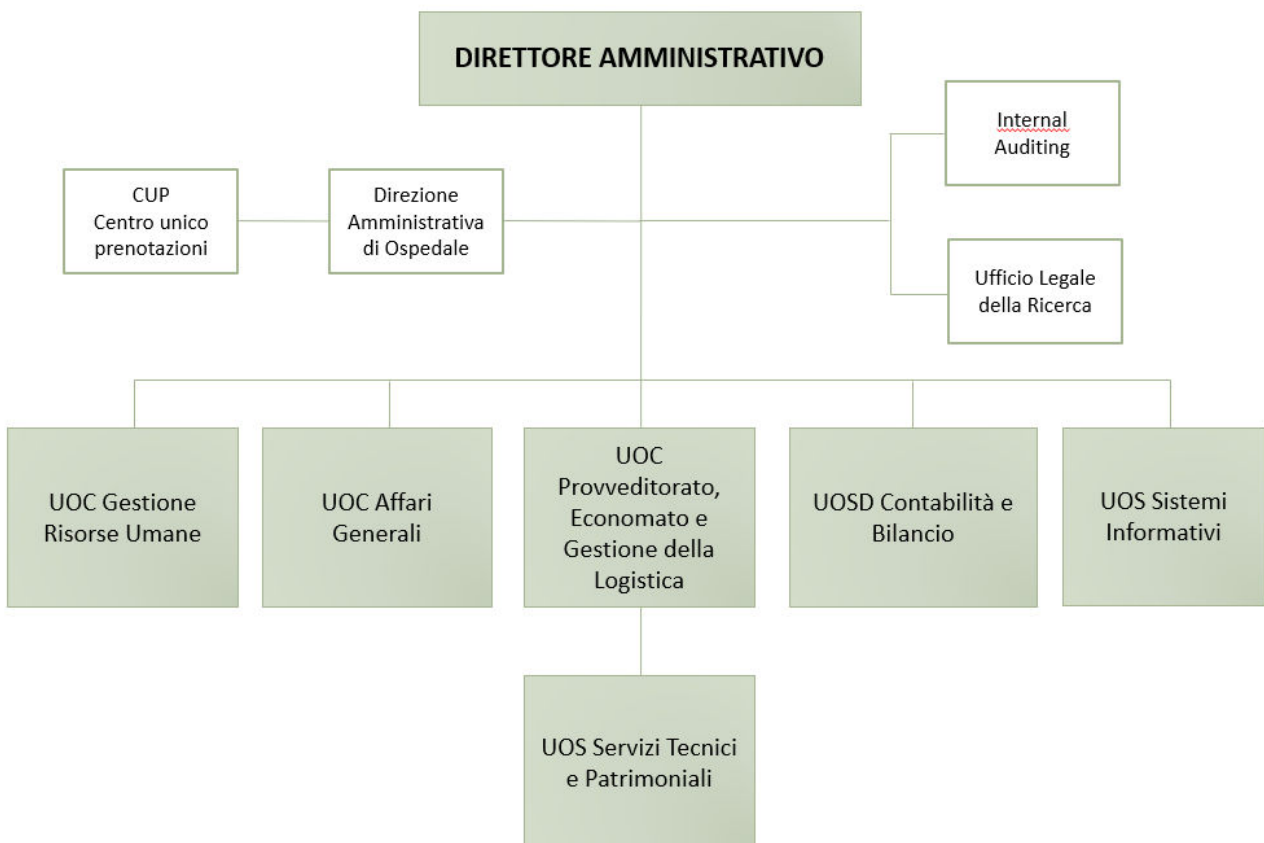
#### DIREZIONE GENERALE



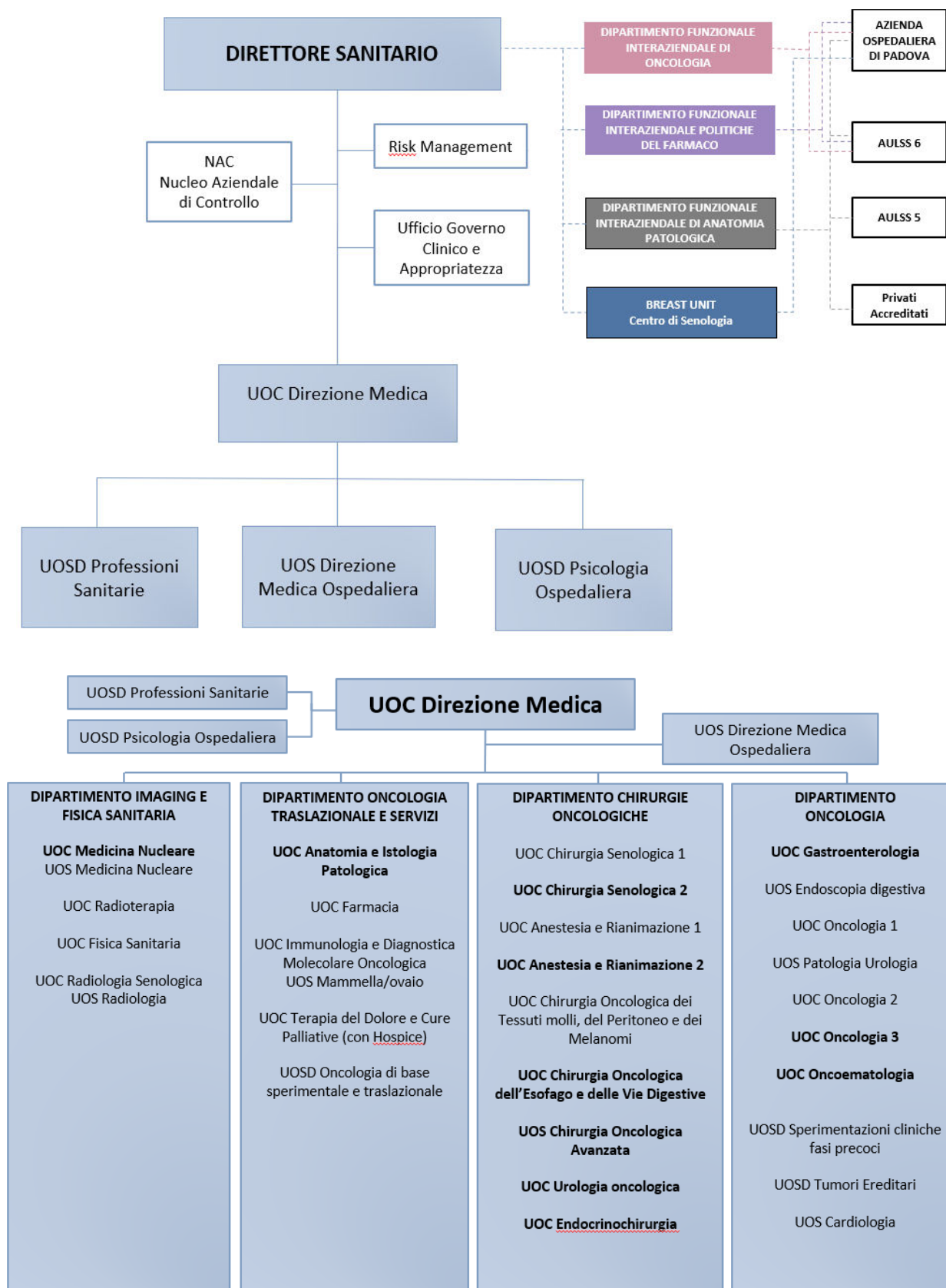
## DIREZIONE SCIENTIFICA



## DIREZIONE AMMINISTRATIVA



## DIREZIONE SANITARIA



\* UOSD con dipendenza funzionale dal Dipartimento Funzionale Interaziendale di Oncologia

N.B. In **grassetto** le UU.OO. della Sede di Castelfranco Veneto

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. 668 del 08.10.2020

### **I livelli di responsabilità organizzativa**

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

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

### **Gli incarichi dirigenziali**

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

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

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

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

II. INCARICHI PROFESSIONALI:

- 1) incarico professionale di altissima professionalità
  - a valenza dipartimentale, quale punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici; è istituibile nel limite del 3% del numero degli incarichi di cui alle successive lettere b) e c);
  - a valenza interna di struttura complessa, quale punto di riferimento per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per le attività svolte nella struttura complessa di riferimento o di strutture tra loro

coordinate nell'ambito di specifici settori disciplinari; è istituibile nel limite del 7% del numero degli incarichi di cui alle successive lettere b) e c);

- 2) incarico professionale di alta specializzazione, articolazione funzionale di struttura complessa, semplice dipartimentale o semplice che assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina e alla struttura organizzativa di riferimento che a sua volta si articola, per il solo personale medico in:
  - Incarico di alta specializzazione professionale esperto su specifiche patologie
  - Incarico di alta specializzazione funzionale esperto di percorsi assistenziali e di coordinamento GOM
- 3) incarico professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e controllo, che prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche che a sua volta si suddivide in:
  - Incarico professionale di esperto senior con almeno 15 anni di anzianità
  - Incarico professionale di elevata esperienza con almeno 10 anni di anzianità
  - Incarico professionale di consolidata esperienza con almeno 5 anni di anzianità
- 4) incarico professionale di base, che prevede precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile di struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività; detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso momenti di verifica e valutazione.

## **Gli incarichi al personale del comparto**

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2022 il numero di incarichi attivati è sotto riportato per ciascuna area:

- Direzione generale: 2
- Direzione sanitaria: 33
- Direzione scientifica: 2
- Direzione amministrativa: 3

## **Organizzazione del lavoro agile**

Con delibera del Direttore Generale n. 175 del 12/03/2020, l'Istituto Oncologico Veneto IRCCS si è dotato di un proprio regolamento per la disciplina dello smart working, e successivamente 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 sarà oggetto di revisione, facendo tra l'altro proprie le risultanze del gruppo di lavoro appositamente istituito dall'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

Si riporta di seguito il link al quale è possibile consultare il Piano Organizzativo Lavoro Agile allegato al Piano delle Performance 2022-2024:

[https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/01/Piano\\_Performance\\_2022\\_2024\\_merged.pdf](https://www.ioveneto.it/wp-content/uploads/2022/01/Piano_Performance_2022_2024_merged.pdf)

## Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

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

Gli articoli 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. 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.

E' stato approvato da parte dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per il triennio 2023-2025 e la dotazione organica per l'anno 2023 che di seguito si riportano e sinteticamente si descrivono:

Il piano è stato formulato per risultare coerente con i limiti di costo di cui alla Decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale n. 181 del 29/12/2022 e prevede per l'anno 2023 l'incremento un aumento del numero di unità di personale da assumere nel prossimo esercizio conseguente all'attuazione delle schede di programmazione regionale di cui alla DGRV n. 614/2019, che prevede, in particolare, l'adeguamento dei posti letto di alcune strutture già attivate, il completamento della dotazione tecnologica (vedi nuovo acceleratore presso la Radioterapia della sede di Schiavonia) e l'attivazione di nuove strutture quali la UOC Recupero e Riabilitazione funzionale; è inoltre previsto il potenziamento di alcuni Servizi conseguente all'aumento di attività. Da ciò ne discende che per quanto riguarda l'Area della Dirigenza vi sarà un incremento di 27 unità (19 FTE per la dirigenza medica e 8 FTE per la dirigenza sanitaria non medica) mentre per quanto riguarda il personale del

comparto l'incremento sarà di 96 unità (in particolare si segnalano 53 FTE per il personale del ruolo sanitario, 8 FTE nel ruolo sociosanitario e 33 FTE nel ruolo amministrativo).

Rimane stabile il numero di personale universitario inserito in assistenza (incremento per il 2023 di una unità rispetto al 2022) ed il personale con contratto libero professionale.

Non sono riportati nel sopra indicato piano il numero di teste ed i costi del personale della ricerca sanitaria e delle attività a supporto della ricerca sanitaria in applicazione della Legge 27 dicembre 2017, n. 205, art. 1, commi 422 - 434 (c.d. piramide della ricerca), ad oggi corrispondente a 58 unità, a cui aggiungerne ulteriori 20 per le quali sono in corso le procedure di reclutamento.

Non è inoltre indicato il personale con contratto a tempo determinato, dotato di specifico finanziamento o destinato all'attuazione dei progetti finalizzati, ai sensi dell'art 15-octies del D.lgs n. 502/1992, rappresentato nella tabella seguente.

PROFILO PROFESSIONALE	UNITÀ IN SERVIZIO	UNITÀ DA ASSUMERE
Dirigenti medici "finanziati"	8	/
Dirigenza sanitaria non medica "finanziati"	2	3
C.P.S. - Infermieri "finanziati"	3	/
C.P.S. – TSLB "finanziati"	2	/
Personale tecnico-amm.vo a supporto della ricerca "finanziato"	32	6

Non è infine rappresentato nel piano il personale con borsa di studio, ad oggi consistente in circa 130 unità.

Il piano del fabbisogno del personale per il triennio 2023-2025 è contenuto nell'ALLEGATO D.



L'ampiezza media delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio è pari a 14,7 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 s.m.i. e c.d. “stabilizzazione” ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. ed art. 1, comma 268 della L. n. 234/2021 e s.m.i.).

## 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.

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 s.m.i. e della normativa regionale.

La formazione aziendale proposta con il PFA 2023, 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 della Istituto.

Nella tabella sottostante sono riepilogati il numero di corsi e dei partecipanti previsti dal Piano Formativo Annuale 2023, suddivisi per area strategica formativa:

Area strategica formativa	N°corsi	N° posti offerti
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie in conformità ai lea	4	250
Malattie rare	5	170
Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozioni di modelli di lavoro in rete	7	680
Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (t.u. 81/2008)	15	627
Valorizzazione del personale	3	92
Tematiche di interesse regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da apposito provvedimento regionale.	5	15
Qualità del ssr (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento istituzionale, ...)	3	154
Sicurezza del ssr (il governo clinico, la gestione del rischio, la responsabilità professionale, ecc.)	10	710
Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione	3	145
Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, pdta, ecc.)	13	340
Linee guida, protocolli e procedure basate su evidenze scientifiche	20	1.310
Cure palliative e terapia del dolore;	2	110
Altro	25	1.005
<b>Totale complessivo</b>	<b>115</b>	<b>5.608</b>

## 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 2023-2025 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 stesura del GEP, che ha visto la partecipazione del Gruppo di lavoro individuato per la redazione del PIAO, è partito da una prima analisi dei risultati della compilazione del questionario sul clima organizzativo promosso dalla Regione del Veneto, a cui l'Istituto Oncologico Veneto ha aderito, e il cui termine ultimo è previsto per il 31 gennaio 2023.

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

### Il Contesto europeo

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

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

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

## Il Contesto nazionale

Per contrastare le molteplici dimensioni della discriminazione verso le donne, che la pandemia ha contribuito ad evidenziare, nel PNRR il Governo ha annunciato l'adozione di una Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 entro il primo semestre 2021. Si tratta di un documento programmatico che,

In coerenza con la Strategia per la parità di genere 2020-2025 adottata dalla Commissione europea a marzo 2020, il 5 agosto 2021 è stata presentata in Consiglio dei ministri la Strategia nazionale per la parità di genere 2021/2026, redatta dal Ministero delle pari opportunità, all'esito di un processo di consultazione che ha coinvolto amministrazioni centrali, Regioni, Enti Territoriali, parti sociali e principali realtà associative attive nella promozione della parità di genere.

Tale documento programmatico definisce un sistema di azioni politiche integrate nell'ambito delle quali sono adottate iniziative concrete, definite e misurabili. 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.

La Strategia, partendo da alcuni dati di analisi, si concentra sulle seguenti cinque priorità strategiche: lavoro, reddito, competenze, tempo, potere.

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

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

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

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

## **Il contesto regionale**

La Regione del Veneto riconosce la parità di genere quale presupposto fondamentale per un sistema equo e inclusivo di convivenza civile finalizzato al progresso sociale e allo sviluppo socio-economico del suo territorio e, nell'ottica della diffusione delle pari opportunità e dello sviluppo della personalità secondo le aspirazioni e le inclinazioni di ciascuna persona, promuove l'affermazione del ruolo delle donne nella società e la diffusione di una cultura antidiscriminatoria a tutti i livelli, nel rispetto e in attuazione di quanto sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, dalla Costituzione Italiana e dallo Statuto della Regione

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

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

## **Il Contesto dello IOV**

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

Gli aspetti generali sono stati già trattati in altre sezioni pertanto qui verrà rappresentata la distribuzione per genere nelle varie aree, dal management ai titolari di incarico con un focus nell'ambito specifico della ricerca. Le distribuzioni di seguito riportate fanno riferimento alla dotazione del personale al 31/12/2022.

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

Figura 25 – Distribuzione di genere incarichi di top management e Direttore di dipartimento al 31/12/2022

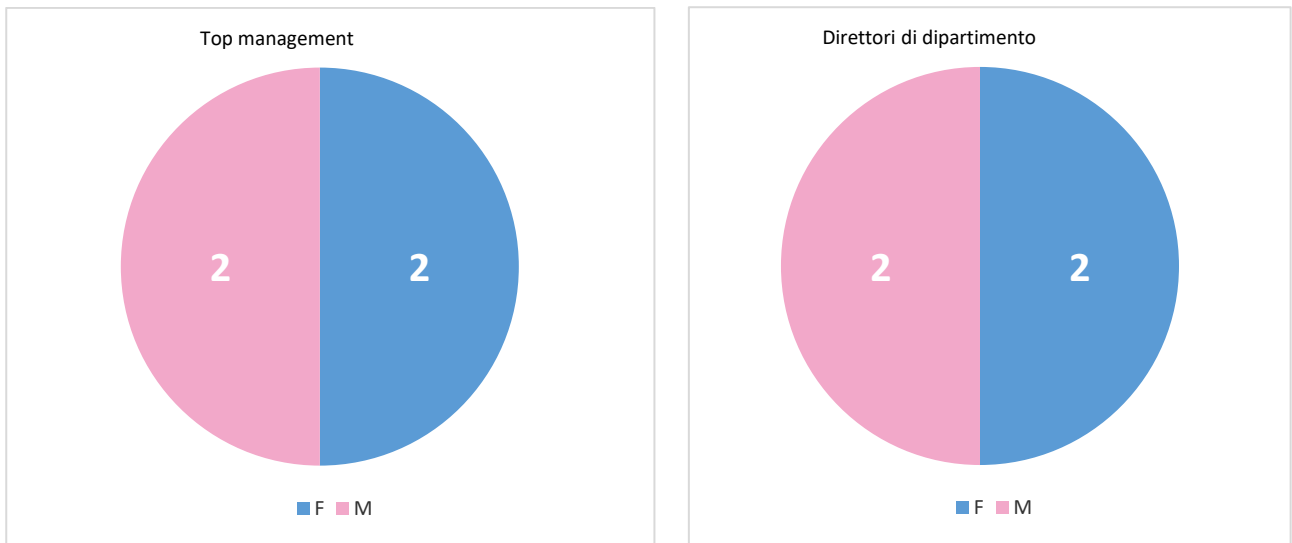


Figura 26 – Distribuzione di genere per classi di età al 31/12/2022

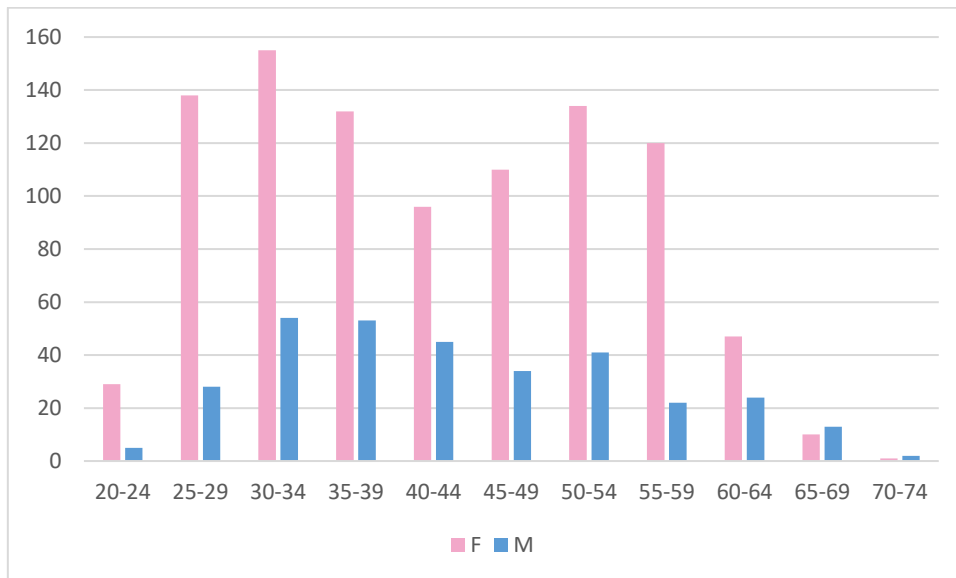


Figura 27 – Distribuzione di genere per ruolo al 31/12/2022

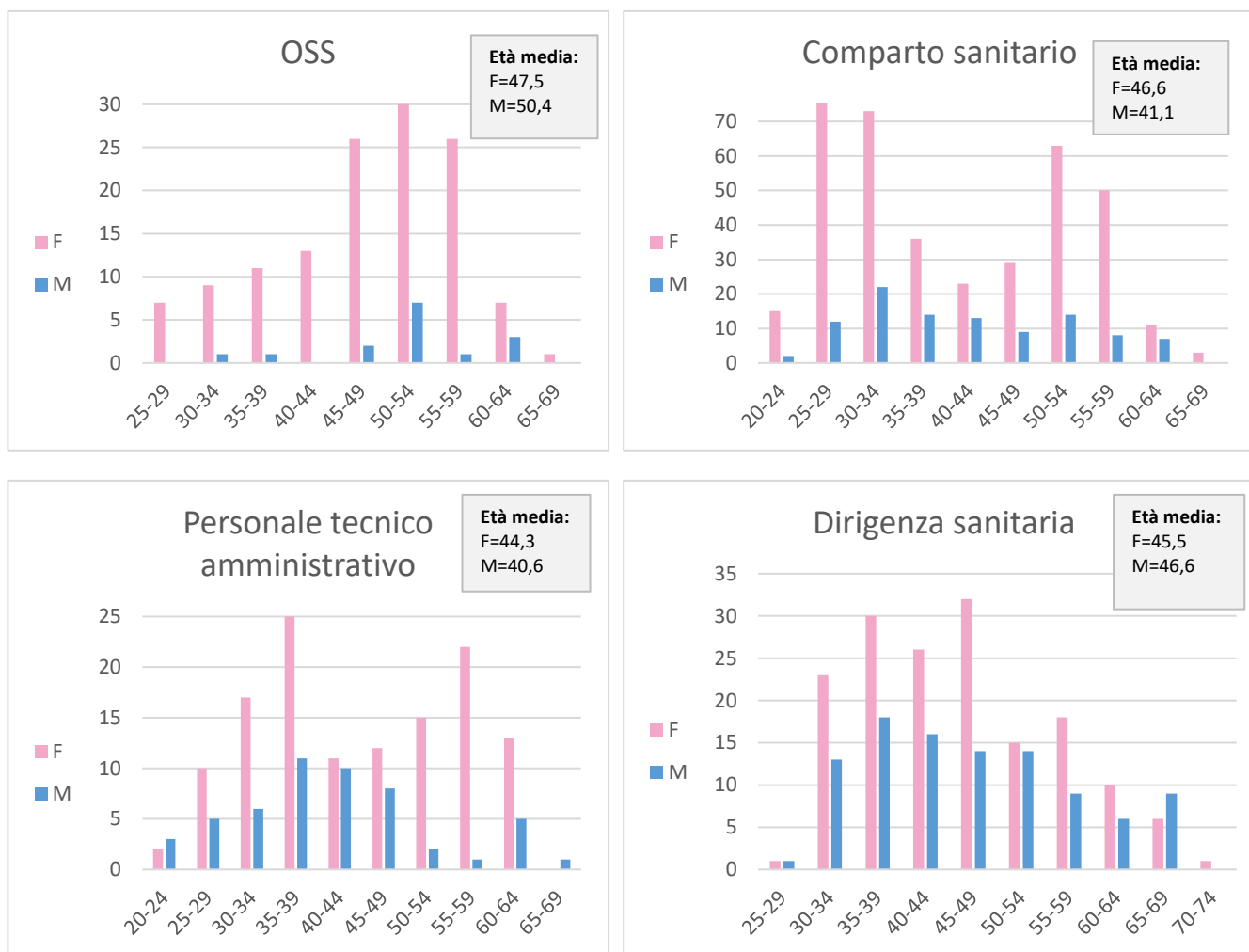


Figura 28 – Distribuzione di genere per ruolo e profilo al 31/12/2022

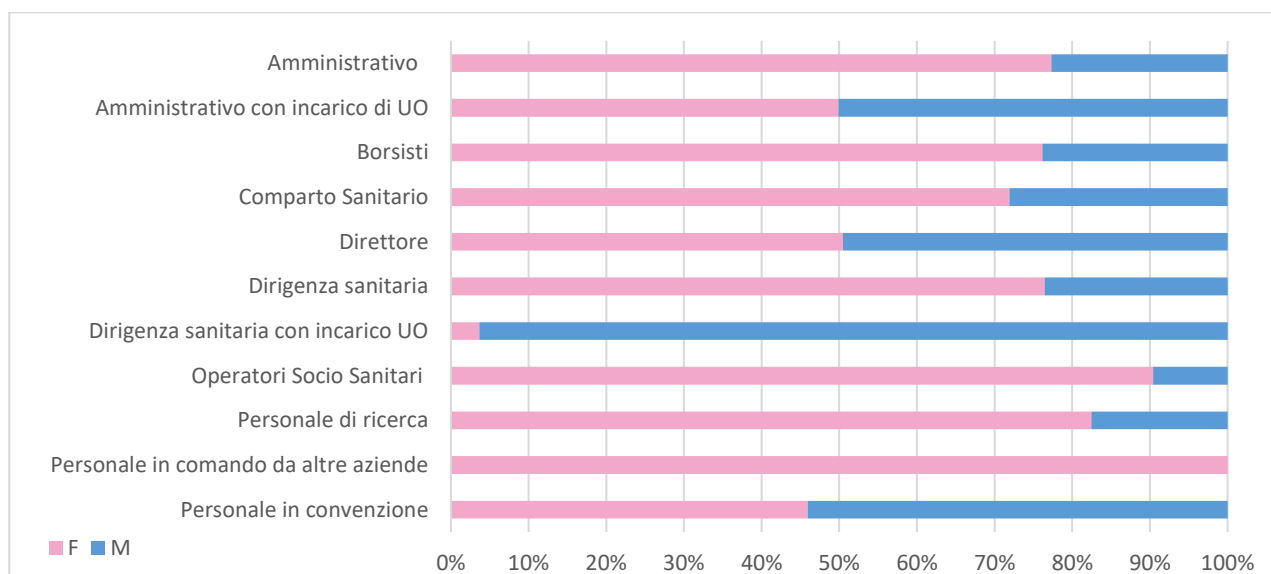


Figura 29 – Distribuzione di genere e per sede al 31/12/2022

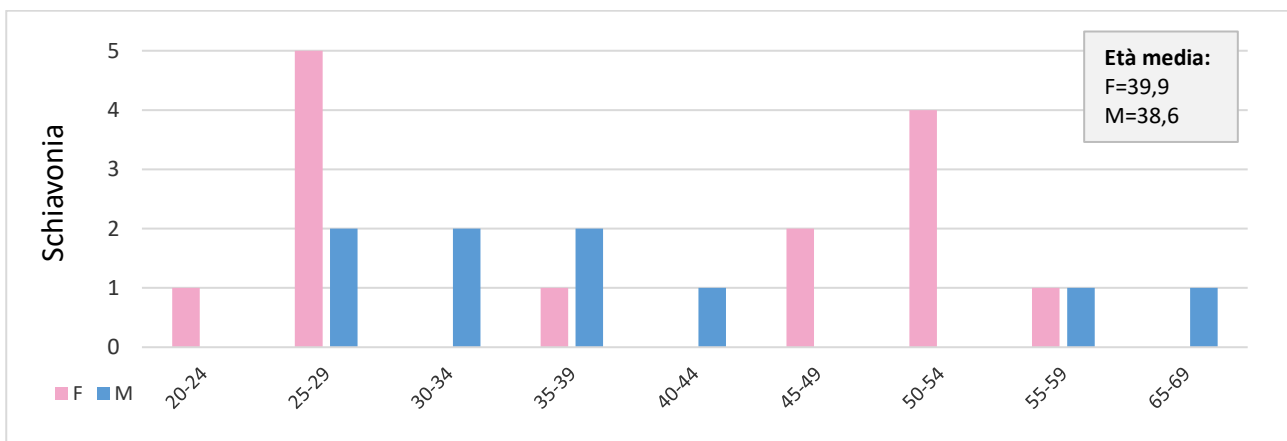
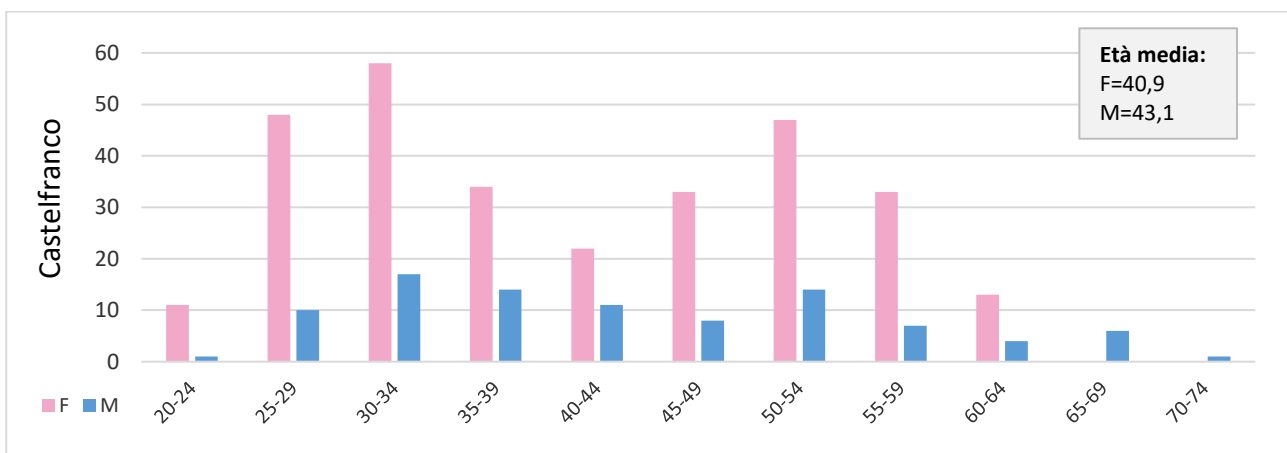
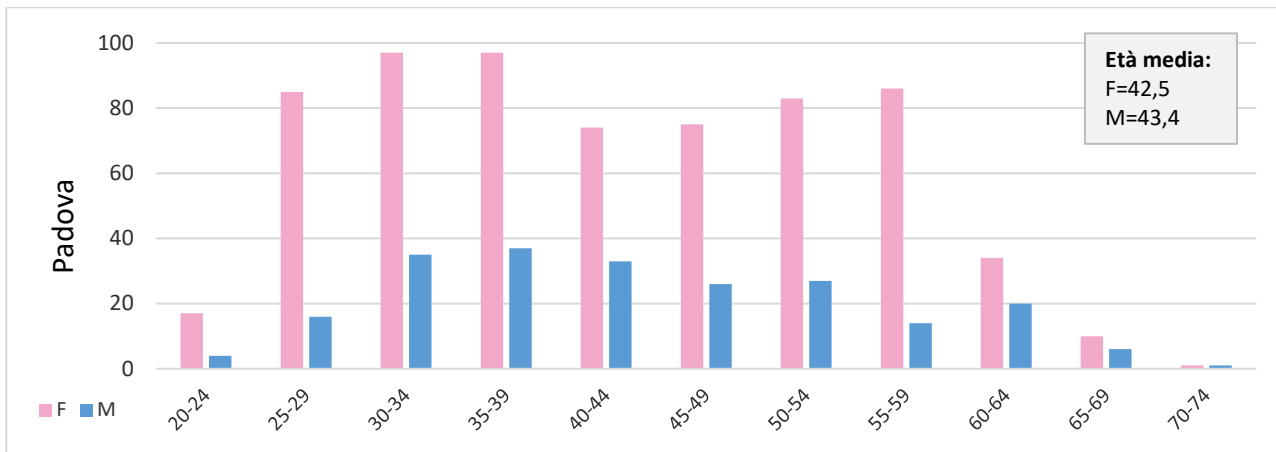
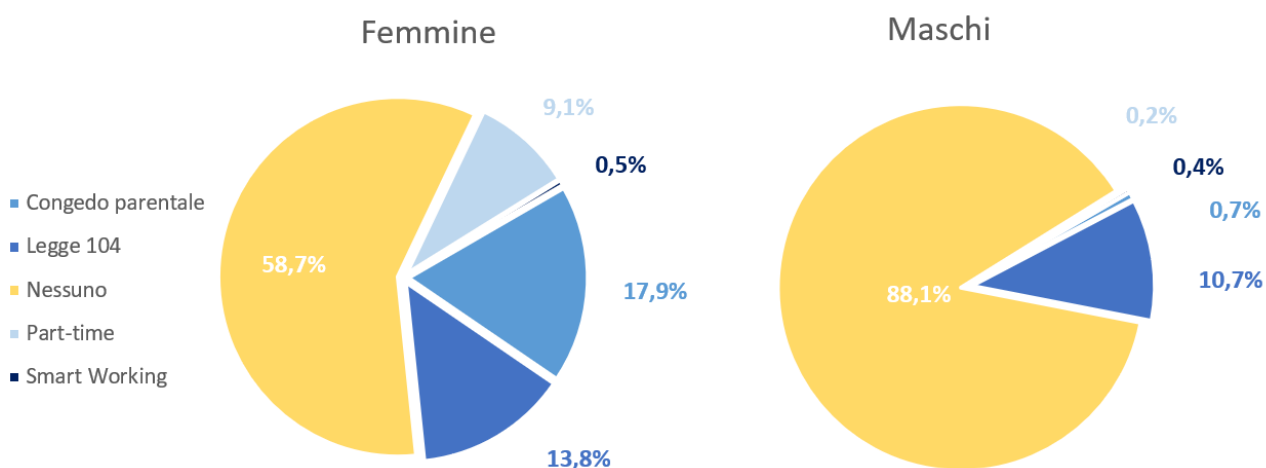




Figura 30 – Distribuzione % dei permessi usufruiti distinti per genere



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

### Smart working

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 175 del 12/03/2020 è stato approvato il Regolamento per lo Smart Working inteso come una nuova e diversa modalità di esecuzione dell'attività lavorativa che può esser resa, previo accordo tra le parti, in parte all'esterno della sede di lavoro, senza una postazione fissa, grazie alle opportunità fornite dalle nuove tecnologie.

L'introduzione del lavoro agile per il personale dipendente dello IOV risponde alle seguenti finalità:

1. Sperimentare ed introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati e, al tempo stesso, orientata ad un incremento di produttività;
2. Razionalizzare e adeguare l'organizzazione del lavoro a seguito dell'introduzione delle nuove tecnologie e reti di comunicazione pubblica, realizzando economie di gestione;
3. Rafforzare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
4. Promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze;
5. Rispondere a criticità o emergenze contingenti o per far fronte situazioni di disabilità personali o per esigenze familiari.

Il progetto di smart working validato dal Direttore di Area competente, viene inviato all'U.O.C. Risorse Umane che d'intesa con il Direttore proponente procederà all'assegnazione di progetti di lavoro agile (con divulgazione del progetto all'interno dell'unità interessata).

La partecipazione al lavoro agile è volontaria. Dell'approvazione del progetto si dà informativa alle organizzazioni sindacali.

In caso di richieste di accesso al lavoro agile, alle condizioni previste dal progetto, in numero superiore rispetto a quelle rese disponibili, l'Istituto riconosce priorità alle lavoratrici nei tre anni

successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità ovvero ai lavoratori con figli in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3 co.3 della L. 104/1992.

### **Ferie solidali**

Lo IOV ha adottato specifico regolamento per la disciplina dell'Istituto delle "Ferie Solidali" ai sensi degli art. 34 del CCNL del 21.05.2018 – personale del comparto e del CCNL del 19.12.2019 – area sanità, dell'art. 1, comma 4 del CCNL del 11.07.2019 - personale del ruolo della ricerca e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria e dell'art. 17 del CCNL del 17.12.2020 – area delle funzioni locali. In particolare, attraverso il citato regolamento l'Istituto vuole intervenire a supporto dei lavoratori che abbiano l'esigenza di assistere figli minori che necessitino di cure costanti per particolari condizioni di salute.

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

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

### **Commissioni concorso**

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 499 del 08/11/2011 è stato approvato il Regolamento per lo svolgimento dei concorsi per il personale dirigenziale dell'Istituto Oncologico Veneto - I.R.C.C.S.

Il direttore generale, dopo la scadenza del bando di concorso, nomina la commissione esaminatrice e mette a disposizione il personale necessario per l'attività della stessa. Almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, salva motivata impossibilità, è riservato alle donne in conformità all'articolo 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, e successive modificazioni e integrazioni.

### **Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)**

Il Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dello IOV è stato istituito con Delibera del Direttore Generale n. 575 del 30/12/2011.

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

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

Sono in corso le procedure per la ricostituzione del Comitato.

### Piano triennale di azioni positive – PTAP 2023-2025

Il piano triennale delle azioni positive 2023-2025 è stato redatto seguendo la metodologia PDCA (Plan Do Check Act) adattato alle linee guida dedicate e promosse dal European Institute for Gender Equality (EIGE) per la redazione del Gender Equality Plan.

Di seguito se ne rappresentano i diversi step:

Figura 31 – Ciclo PDCA redazione del GEP



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

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

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

**Piano triennale di azioni positive – PTAP 2023-2025**

<b>Linea strategica</b>	<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Destinatari</b>	<b>Cronoprogramma</b>	<b>Referente monitoraggio</b>
Equilibrio vita privata/vita lavorativa e cultura dell'organizzazione	Favorire la fruizione di permessi parentali per tutti i sessi	Informativa istituto congedo paternità	Dipendenti e Collaboratori	2023	UOC Gestione Risorse Umane
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Monitoraggio distribuzione incarichi dirigenza e comparto	Dipendenti e Collaboratori	2023, 2024, 2025	UOC Gestione Risorse Umane
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Composizione Commissioni di procedure selettive gender equity	Redazione procedura	Dipendenti	2024	Ufficio Accreditamenti e riconoscimento IRCCS
Equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali	Composizione Seggi di gara gender equity	Redazione procedura	Dipendenti	2024	Ufficio Accreditamenti e riconoscimento IRCCS
Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Monitoraggio reclutamento e progressioni	Dipendenti e Collaboratori	2023, 2024, 2025	UOC Gestione Risorse Umane
Integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nella formazione	Consolidare la cultura dell'equilibrio di genere	Identificazione PI gender equity	Dipendenti	2023, 2024, 2025	Direzione Scientifica
Contrasto alla violenza di genere, al mobbing, alle molestie e alle molestie sessuali.	Sensibilizzazione alla violenza di genere anche a mezzo social	Attività di informazione sul contrasto della violenza di genere	Dipendenti e Collaboratori	2025	UOSD Psicologia Ospedaliera

## 5. Monitoraggio

### Rilevazione e soddisfazione utenti

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS fin dalla sua istituzione si è dotato di numerose certificazioni/accreditamenti al fine di garantire idonei strumenti di 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 hanno sempre riconosciuto allo IOV elevati standard qualitativi, dal 2004 il Sistema di gestione per la qualità dello IOV è certificato ISO 9001 per l'erogazione di prestazioni di diagnosi e cura in regime ambulatoriale e in regime di ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery in area Medica, Chirurgica e di Terapia Intensiva e nelle aree dei servizi in ambito oncologico. Inoltre l'ambito di applicazione si estende anche alla progettazione e gestione della ricerca clinica spontanea e alla progettazione ed erogazione di eventi formativi in ambito sanitario.

Ulteriore riconoscimento è in essere dal 2015 quanto 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 da poco intrapreso il percorso al fine di 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;
- 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**

L'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, insieme agli altri enti del Sistema Sanitario Regionale, ha preso parte all'edizione 2022 dell'Indagine di Clima Organizzativo. L'iniziativa, promossa dalla Regione 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, avviata il 1° dicembre 2022, è rivolta ai dipendenti del SSR e ha la finalità di conoscere la loro opinione su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e i rispettivi superiori.

La conclusione dell'Indagine è prevista per il 31 gennaio 2023. Successivamente, i risultati saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo.

Nell'ultimo monitoraggio disponibile sull'andamento dell'indagine, condiviso dal Laboratorio MeS il 18 gennaio 2023, l'Istituto ha registrato un tasso di partecipazione complessivo del 37,6 %, un dato già superiore al risultato raggiunto nella precedente edizione del 2019.

### **Soddisfazione dell'utente esterno**

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

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

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

#### **Osservatorio PREMS**

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

del servizio di ricovero ospedaliero ordinario, denominato “Osservatorio PREMs” (Deliberazione del Direttore Generale n° 343/2022).

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

Al 31 dicembre 2022, sono stati dimessi ed invitati a partecipare 4.969 pazienti. Di questi hanno accettato di partecipare 2.544 pazienti dimessi (tasso di adesione: 51%).

Di questi (al 31/12) 1.444 hanno effettivamente compilato il questionario (tasso di risposta: 57%), registrando una performance superiore alla media regionale (tasso di adesione: 31%; tasso di risposta: 35%).

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

I dati riportati in piattaforma sono stati utilizzati per effettuare una restituzione dei risultati al personale dei reparti e per prendere in carico le principali criticità segnalate dai pazienti soprattutto nelle risposte alle 5 domande aperte della sezione narrativa del questionario. Le azioni di miglioramento individuate a partire dai risultati PREMs riguardano in particolare i seguenti ambiti: silenzio in reparto (lettera Direzione Medica ai reparti, campagna di sensibilizzazione attraverso poster negli spazi del reparto e aggiornamento carta di accoglienza con le principali attenzioni da rispettare), servizio di pulizia (selezione dei commenti e inoltro a Direzione Medica e DEC), rapporto personale sanitario – paziente e comunicazione (selezione dei commenti e inoltro a Uff. Formazione e Direzione Sanitaria per valutare eventuali modifiche dei contenuti/destinatari dei corsi di formazione sul tema già in programma).

#### **Indagine PROMS - intervento chirurgico per tumore al seno**

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 e hanno coinvolto i Direttori delle UOC Chirurgia Senologica 1 e 2, e i professionisti dell’UOS Sistemi informativi e dell’Ufficio Privacy (UOC Affari Generali). 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.

Nel mese di gennaio e febbraio 2023 sono previsti gli incontri con professionisti delle senologie e con associazioni dei pazienti per presentare l’indagine e gli aspetti relativi alla fase di arruolamento

dei pazienti. Inoltre, sarà predisposta la campagna di informazione, in coordinamento con Azienda Zero. L'avvio dell'indagine è previsto entro marzo 2023.

### **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**

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

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

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

### **Riesame della Direzione**

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

In particolare, tali analisi 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 delle Istituti**

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.

**ALLEGATO A - SCHEDA MAPPATURA DEI PROCESSI**

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio
		Pianificazione e controllo strategico A.1-A.10	A.1	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	B
			A.2	Predisposizione e aggiornamento delle previsioni economiche aziendali (BEP/CEPA)	A.2.1	Predisposizione del Bilancio di previsione	UOSD 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
					A.2.2	Monitoraggio e aggiornamenti periodici del BEP (CEPA)	UOSD 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
			A.3	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
			A.4	Gestione dei flussi aziendali			UOS Controllo di gestione	Dall'acquisizione dei dati, alla loro analisi all'invio	Acquisizione dei dati	Analisi dei dati	
		Impianto organizzativo e di controllo A.11-A.20	A.11	Gestione documentale	A.11.1	Gestione della documentazione aziendale	Direttore UOC Affari generali	Dalla stesura del manuale della gestione della documentazione aziendale alla verifica della sua corretta applicazione	Adeguamento alla normativa vigente in materia di gestione documentale della PA	Approvazione e aggiornamento del manuale della gestione documentale aziendale e informazione e formazione del personale al corretto uso	B
					A.11.2	Gestione protocollo e provvedimenti aziendali	Direttore UOC Affari generali	Dalla stesura del manuale di gestione del protocollo alla verifica della sua corretta applicazione	Adeguamento alle modifiche organizzative	Aggiornamento del manuale della gestione del protocollo informatico	B
			A.12	Gestione Privacy			Direttore UOC Affari generali	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"	Adozione del Regolamento e rispetto del principio di accountability	B
			A.13	Gestione della salute e sicurezza sul lavoro			RSPD	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	
			A.14	Sistema di controllo interno	A.14.1	Risk Assessment	Internal Auditing	Dalla valutazione dei rischi alla predisposizione della proposta del Piano di audit	Analisi dei rischi	Proposta del Piano di Audit	
					A.14.2	Esecuzione del Piano di Audit	Internal Auditing	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit report	Pianificazione dell'audit	Report	
			A.15	Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	A.15.1	Prevenzione alla Corruzione	RPTC	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 del Piano Triennale e Relazioni periodiche (semestrali e annuali) sull'adempimento	
		A.15.2			Gestione Trasparenza	RPTC	Dalla predisposizione del Piano, 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		

**ALLEGATO A - SCHEDA MAPPATURA DEI PROCESSI**

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio
PROCESSO DI SUPPORTO	Amministrativa	Acquisizione e gestione delle risorse strumentali e dei servizi A.21 - A.30	A.21	Acquisizione di beni e servizi e attrezzature	A.21.1	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.21.2	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
					0.11	Gestione degli acquisti per la ricerca	UOS Gestione amministrativa della ricerca e delle sperimentazioni cliniche		Progetto di ricerca scientifica	Acquisizione del bene	A
			A.22	Gestione del contratto di acquisizione di servizi	A.22.1	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.22.2	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	A
					A.22.3	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	A
					A.22.4	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.23	Gestione della logistica di magazzino	A.23.1	Gestione del magazzino farmaceutico	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 fabbisogno dei farmaci	Gestione informatizzata del magazzino farmaceutico	A
					A.23.2	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.23.3	Gestione dei magazzini di reparto	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	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.24	Gestione del Project Financing	A.24.1	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
					A.24.2	Gestione dei servizi	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	Convenzione quadro per l'utilizzo della sede distaccata	Gestione della convenzione quadro per l'utilizzo della sede distaccata	B
			A.25	Gestione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)	A.25.1	Acquisizione e alienazione patrimonio immobiliare	UOS Servizio Tecnico	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	
					A.25.2	Gestione e sviluppo patrimonio immobiliare	UOS 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	
			A.26	Gestione del Patrimonio impiantistico e attrezzature dell'area ICT	A.26.1	Acquisizione e alienazione patrimonio impiantistico	UOS 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	

**ALLEGATO A - SCHEDA MAPPATURA DEI PROCESSI**

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio
				attrezzature dell'area ICT	A.26.2	Gestione e sviluppo patrimonio impiantistico	UOS 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	
			A.27	Gestione delle Attrezzature sanitarie			Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dalla definizione del fabbisogno all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese (comprese procedure di acquisizione ed alienazioni)	Definizione del fabbisogno	Procedure di acquisizione dei beni e gestione dei contratti di manutenzione	A
		Acquisizione e gestione delle risorse umane A.31-A.40	A.31	Gestione delle Risorse Umane	A.31.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti	Direttore UOC 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
					A.31.2	Gestione giuridica	Direttore UOC 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	
					A.31.3	Gestione orario di lavoro	Direttore UOC 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	
					A.31.4	Gestione economica e fiscale	Direttore UOC 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	
					A.31.5	Gestione previdenziale	Direttore UOC 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	
					A.31.6	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)	Direttore UOC Risorse Umane	Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto	Progetti	Gestione dei contratti di lavoro autonomi	
			A.32	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 Obbiettivi strategici e il Bisogno formativo	- Realizzazione del Piano Formativo Aziendale - Report dei corsi di formazione e relativa rendicontazione	A
		A.41	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)	A.41.1	Gestione contributi in c/esercizio	UOSD Contabilità e bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso	Comunicazioni assegnazione contributi in c/esercizio	Iscrizioni dei relativi crediti in bilancio	A	
				A.41.2	Gestione contributi vincolati	UOSD 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.41.3	Gestione contributi in c/capitale dallo Stato	UOSD 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.41.4	Gestione contributi da privati	UOSD Contabilità e bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	Comunicazioni assegnazione contributi da privati	Iscrizioni dei crediti per contributi da privati	A	

**ALLEGATO A - SCHEDA MAPPATURA DEI PROCESSI**

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio
		Gestione finanziaria e contabile A.41-A.50	A.42	Gestione dell'Inventario	A.42.1	Inventario beni mobili e attrezzature	Direttore UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile	Conclusione della procedura di gara e acquisizione del bene	Corretto inserimento del bene nell'inventario/cespite	
					A.42.2	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	
			A.43	Gestione della Tesoreria	A.43.1	Gestione Fondo Economale	UOSD Contabilità e bilancio	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione	Deliberazione annuale di costituzione del fondo	Pagamento con cassa economale	
					A.43.2	Gestione Pagamenti	UOSD Contabilità e bilancio	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	Ricevimento del ciclo di liquidazione		A
					A.43.4	Regolarizzazione entrate	UOS Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reversale, alla riconciliazione con il Tesoriere	Acquisizione dei provvisori di entrata	Emissione dei mandati a copertura dei regolarizzi di uscita e riconciliazioni con tesoriere	
					A.43.5	Gestione contratto di Tesoreria	UOSD 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	
			A.44	Fatturazione attiva			UOSD 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	
			A.45	Generazione e chiusura di bilancio			UOSD 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	
			A.46	Gestione degli Adempimenti fiscali	A.46.1	Gestione adempimenti sostituto d'Imposta	UOSD 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.46.2	Gestione adempimenti imposte dirette	UOSD Contabilità e bilancio	Dalla definizione degli importi alla liquidazione degli stessi fino all'invio delle dichiarazioni perodiche	Determinazione degli importi da versare	Pagamento imposte dirette	A
		A.46.3			Gestione adempimenti imposte indirette	UOSD Contabilità e bilancio	Dalla definizione degli importi alla liquidazione degli stessi fino all'invio delle dichiarazioni perodiche	Determinazione degli importi da versare	Pagamento imposte indirette	A	
		A.46.4			Gestione imposte e tasse sul patrimonio	UOSD 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.47	Recupero del credito	A.47.1		UOSD Contabilità e bilancio	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	Flusso crediti scaduti	Incasso credito	A	
		A.48	Mobilità	A.48.1	Mobilità attiva	UOS Controllo di gestione	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso	Registrazione delle prestazioni	Invio del flusso	B	
		Tutela legale A.51	Gestione Sinistri e contenzioso	A.51.1	Gestione del contenzioso-affidamento della tutela legale ad avvocato esterno	UOC Affari Generali	Dalla ricezione/comunicazione dell'evento alla definizione del contenzioso	Ricezione istanza di terzi originante un contenzioso	Definizione del contenzioso in via stragiudiziale/giudiziale	B	
				A.51.2	Gestione dei sinistri	UOC Affari Generali	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	
				A.51.3	Tutela legale dei dipendenti	UOC Affari Generali	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	Richiesta di tutela legale da parte del dipendente	Autorizzazione/rigetto al rimborso delle spese legali	B	

**ALLEGATO A - SCHEDA MAPPATURA DEI PROCESSI**

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	Input	Output	Valutazione rischio
PROCESSO PRIMARI	Ospedaliere	Produzione ambulatoriale e di ricovero O.1-O.10	O.1	Specialistica ambulatoriale per esterni	O.1.1	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	
					O.1.2	Prestazioni di laboratorio	Direttore UOC Direzione medica	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	
					O.1.3	Prestazione di radiodiagnostica	Direttore UOC Direzione medica	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	
					O.1.4	Altre prestazioni specialistiche	Direttore UOC Direzione medica	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	
			O.3	Prestazioni di ricovero in SSN		Direttore UOC Direzione medica	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		
			O.4	Preparazione e custodia salme		Direttore UOC Direzione medica	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		
			O.11	Gestione delle sperimentazioni cliniche e delle ricerche sanitarie	O.11.1	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
					O.11	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
		O.11.2			Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)	UOS Gestione amministrativa della ricerca e delle sperimentazioni cliniche	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	
		O.21	Prestazioni in regime LP	O.21.1	Acquisto di prestazioni di LP di azienda (art. 55)	Direttore UOC 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	
				O.21.2	Attività specialistica in regime di LP	Direttore UOC 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	
				O.21.3	Attività di ricovero in regime di LP	Direttore UOC 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	
				O.21.5	Consulenze / vendita di prestazioni esterne in regime di LP	Direttore UOC Affari generali	Dalla pianificazione della consulenza/prestazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi	Pianificazione della Direzione Sanitaria	Liquidazione dei compensi per le prestazioni esterne in regime di LP	A	
				O.22	Vendita di prestazioni (regime istituzionale)		Direttore UOC Affari generali	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	Pianificazione della Direzione Sanitaria e stipula della convenzione	Liquidazione dei compensi per la prestazione	A

proposti sui principali

PROCESSI PRIMARI:	quelli che producono un risultato diretto percepito dal cliente/utente
PROCESSI DI SUPPORTO:	tutti quelli che forniscono attività di "servizio" essenziali ma non sempre percepibili dal cliente/utente



**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOSD Unità di Ricerca Clinica	Gestione delle sperimentazioni cliniche (profit e no-profit)	Incompleta documentazione/ mancato rispetto della normativa nazionale e internazionale sulle sperimentazioni cliniche/ nelle no-profit le cointeressenze economiche del P.I.	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione/ Definizione di regolamenti e procedure/Utilizzo di modelli standard di verbali con check list/Rotazione del personale ispettivo	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOS Gestione Amministrativa della ricerca e delle Sperimentazioni Cliniche	Gestione della ricerca scientifica in ambito sanitario (escluse le ricerche cliniche)	Incompleta documentazione/ mancato rispetto della normativa nazionale e internazionale	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione/ Definizione di regolamenti e procedure/Utilizzo di modelli standard di verbali con check list	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOS Gestione Amministrativa della ricerca e delle Sperimentazioni Cliniche	Mancata annotazione di spesa nella rendicontazione	Incompleta documentazione	Definizione di responsabilità / Pianificazione controlli	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Opacità del processo decisionale:
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	Medico Competente	VALUTAZIONI ALL' IDONEITA' LAVORO/MANSIONI	I rischi andranno rilevati dopo specifica analisi organizzativa; si riportano i rischi proposti per il settore Sanità ma che possono essere utilizzati in tutti i settori. In rosso rischi rilevati in casi pratici	Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali / Nell'ambito delle risorse disponibili, creazione di meccanismi di raccordo tra le banche dati istituzionali dell'amministrazione, in modo da realizzare adeguati raccordi informativi tra i vari settori dell'amministrazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI	Direzione Amministrativa di Ospedale	PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale / Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione / Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle prenotazioni / Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale/	Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia /Controlli a campione su dichiarazioni, documenti, banche dati, altro (se altro, specificare): specificare il tipo di controlli e la metodologia adottata / Controlli interni / Definizione di criteri / Definizione di regolamenti e procedure / Analisi da parte di operatore-struttura al di fuori del processo/Definizione di responsabilità / Possibilità di segnalazioni dall'esterno /Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento
ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	DMO	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili / Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili / Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario) / Assenza di adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio da parte del management dell'ente	Inserire apposite disposizioni nei Codici di comportamento settoriali per fronteggiare situazioni di rischio specifico (ad es. per particolari tipologie professionali, per condotte standard da seguire in particolari situazioni, come nel caso di accessi pr) / Codice di Comportamento: Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice / Verifica da parte degli organi di controllo interno / Trasparenza: Pubblicare nei siti istituzionali i dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni secondo le indicazioni contenute nel D.lgs. n. 33/2013 e le altre prescrizioni vigenti	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata



**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	UOC Gestino Risorse Umane	PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	Poca trasparenza nelle procedure di gestione delle liste di attesa Svolgimento della libera professione in orario di servizio / Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	Definizione di regolamenti e procedure / Controlli interni	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	DMO	PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI SANITARI	Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale / Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione / Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale / Induzione del paziente ad ottenere il servizio attraverso la libera professione	Aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali / Pubblicazione criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata /Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Monitoraggi periodici utilizzo sale operatorie e liste di programmazione / Informatizzazione delle liste di attesa	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica  UOS Servizi tecnici e patrimoniali	GESTIONE DELLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti / Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Fatturazione di prestazioni non effettuate	Controllo da parte degli organi interni. Organismo di valutazione / Il sistema dei controlli interni: Controllo di regolarità amministrativa (successivo)	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOSD Contabilità e Bilancio	PROCEDURA DI PAGAMENTO MANDATI	Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti fornitori particolari	Previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico dirigente / Misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari / Verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOS Controllo di Gestione	GESTIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE	Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti / Omissioni e/o l'esercizio di discrezionalità e/o la parzialità nello svolgimento delle attività per consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi e/o alle prescrizioni/sanzioni derivanti con conseguenti indebiti vantaggi	Collegialità	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Provveditorato, Economato e gestione della logistica	GESTIONE DELLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti / Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	Presenza dati su cruscotti direzionali/ Definizione di criteri	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOC Gestione Risorse Umane	CONTROLLO SULLE AUTOCERTIFICAZIONI	Omissione dei controlli al fine di agevolare determinati soggetti	Controlli su dichiarazioni, documenti, banche dati, altro (casellario giudiziale)	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOSD Direzione delle professioni sanitarie	PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Scelte e gestione meno precise e sotto controllo vista la maggior complessità gestionale	Definizione di regolamenti e procedure	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOC Gestione Risorse Umane	GESTIONE DELLE PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	Tracciabilità processo nelle sue varie fasi (es programmi informatici, check list, verbali su format pre impostati) / Controlli interni	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento  Livello di interesse "esterno"
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	NOMINA DEL DEC - DIRETTORE ESECUZIONE CONTRATTO	Mancanza DURC e certificato antimafia / Mancata effettuazione dei controlli / Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore / Proroghe sulle forniture per procrastinare le entrate di un operatore economico preacquisito	Adempimenti e controlli conseguenti alle aggiudicazioni e relativa gestione documentale (acquisizione AVCPass, antimafia, depositi cauzionali, DURC) / Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze) / Definizione di regolamenti e procedure	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica  UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	PROCEDURA GARA - DETERMINAZIONE CRITERI DI AGGIUDICAZIONE	Collusione / Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione / Regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE RISORSE UMANE	UOC Gestione Risorse Umane	ELABORAZIONE STIPENDI	Accordi con il lavoratore a fronte di benefici / Applicazione non coerente ed uniforme del Regolamento / Attuazione di corsie preferenziali nella trattazione delle pratiche / Collusione / Diffusione di informazioni riservate o non autorizzate / Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto / Illegittima gestione dei dati in possesso dell'amministrazione, cessione indebita degli stessi a soggetti non autorizzati / Irregolarità nell'utilizzo degli istituti contrattuali / Omissioni di controllo / Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	Attività di controllo di procedimenti, atti, altre informazioni da parte di almeno due dipendenti secondo rotazione casuale / Controlli a campione su dichiarazioni, documenti, banche dati/ Formazione del personale (trasversale di amministrazione): Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato / Nell'ambito delle risorse disponibili, informatizzazione del servizio di gestione del personale / Definizione di regolamenti e procedure / Tracciabilità processo nelle sue varie fasi ( programmi informatici, check list, verbali su format preimpostati) / Controlli interni / Attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi / Informatizzazione dei processi; questa consente per tut	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali UOC Provveditorato, economato e gestione della logistica	PROCEDURA GARA - NOMINA COMMISSIONE TECNICA	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti.	Rotazione dei componenti interni delle commissioni diversi dal Presidente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
INCARICHI E NOMINE	Ufficio Formazione	CONFERIMENTO INCARICHI DI DOCENZA	Conferimento incarichi di docenza / Reclutamento di consulenti e collaboratori in base a personalismi	Trasparenza: Pubblicare nei siti istituzionali i dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni secondo le indicazioni contenute nel D.lgs. n. 33/2013 e le altre prescrizioni vigenti / Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"  Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOS Servizi tecnici e patrimoniali	STIPULA/GESTIONE CONTRATTI LOCAZIONE/CONCESSIONE DI BENI IMMOBILI	Nella gestione dei beni immobili, condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte / Conflitto di interessi	Pubblicazione dei provvedimenti / Controlli interni / Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse: Adeguate iniziative di formazione/informazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"  Grado di attuazione delle misure di trattamento Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	UOC Affari generali—Ufficio Legale	AFFIDAMENTO INCARICHI DI TUTELA GIUDIZIARIA E STRAGIUDIZIALE A LEGALI ESTERNI	Omessa segnalazione, omessa verifica di eventuali incompatibilità, mancata verifica della congruità del preventivo	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse/ Adozione del Regolamento per l'affidamento degli incarichi legali/ Pubblicazione incarichi in Amministrazione Trasparente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"  Grado di attuazione delle misure di trattamento
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	UOC Affari generali—Ufficio Legale  Direzione Medica  Risk Management	GESTIONE DEI SINISTRI	Raccolta incompleta delle informazioni, finalizzata ad orientare l'esito del controllo/Omissione dei controlli di merito	Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)/Adozione di una procedura di gestione sinistri/Informatizzazione del monitoraggio dei sinistri e del rischio clinico (GSRC)/Pubblicazione degli incarichi e degli importi liquidati in Amministrazione Trasparente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento
AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	UOC Affari generali—Ufficio Legale	TUTELA LEGALE DEL DIPENDENTE	Omissione dei controlli di merito/omessa verifica di eventuali incompatibilità/Inosservanza delle norme di legge e di regolamento	Adozione del Regolamento per la tutela legale del dipendente/Costituzione di due elenchi di avvocati per l'affidamento di incarichi difensivi dei dipendenti/Pubblicazione degli incarichi in Amministrazione Trasparente	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento
GESTIONE CONTRATTI PUBBLICI	UOC provveditorato, economato e gestione della logistica  UOS Servizio Tecnico patrimoniale	GESTIONE AFFIDAMENTO IN SUBAPPALTO	Mancanza DURC e certificato antimafia	D.Lgs. 50/2016 - Art. 105 - Subappalto / Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Controlli a campione su dichiarazioni, documenti, banche dati, altro (se altro, specificare): specificare il tipo di controlli e la metodologia adottata	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"  Grado di attuazione delle misure di trattamento

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
GESTIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE	UOSD Bilancio e contabilità	GESTIONE DELLE PROCEDURE INFORMATICHE DI LIQUIDAZIONE FATTURE	Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione / Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte / Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere / Fatturazione di prestazioni non effettuate	Formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice / Svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali / Introduzione di procedure che prevedano che i verbali relativi ai servizi svolti presso l'utenza debbano essere sempre sottoscritti dall'utente destinatario / Rendicontazione interna periodica	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento  Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	UOC Farmacia Ospedaliera	SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN REGIME DI RICOVERO	Distribuzione impropria di farmaco nella quantità / Scarsa tracciabilità delle movimentazioni di magazzino	Formazione del personale: Realizzare percorsi formativi differenziati per destinatari / Rendicontazione interna periodica / Controlli interni / Definizione di regolamenti e procedure / Monitoraggio utilizzo e introduzione dispositivi medici nell'ambito della Commissione Dispositivi	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"  Grado di attuazione delle misure di trattamento
CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI, VIGILANZA E RISCHIO CLINICO	UOC Farmacia Ospedaliera	GESTIONE SCORTE E MAGAZZINI FARMACI	Omissione dei controlli di merito o a campione al fine di agevolare determinati soggetti / Omissione dei controlli di merito	Utilizzo di modelli standard di verbali con check list / Definizione di regolamenti e procedure	Report a RPCT sulla effettiva applicazione – 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Livello di interesse "esterno"  Grado di attuazione delle misure di trattamento

**ALLEGATO B - MAPPATURA RISCHI E MISURE DI PREVENZIONE**

**PIAO 2023-2025**

AREA A RISCHIO	UNITA' OPERATIVA	PROCESSI A RISCHIO	FATTORI ABILITANTI DEL RISCHIO	MISURE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO TRIENNIO 2022-2024	MONITORAGGIO	INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	UOC Farmacia Ospedaliera	SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER ATTIVITA' SPECIALISTICHE	Scarsa tracciabilità del ciclo di utilizzo dei farmaci	Informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione	Report a RPCT sulla effettiva applicazione - 1 report al 30 giu. 2023/ finale al 30 nov.2023	Grado di attuazione delle misure di trattamento



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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	Termini 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 organizzaione (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	01/03/2023 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 UOC Affari Generali	Responsabile UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/09/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 gg dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati Normattiva	
		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Regolamenti, processi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Il dirigente responsabile dell'Unità Operativa che predispone l'atto	Il dirigente responsabile dell'Unità Operativa che predispone l'atto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 UOC Affari Generali	Responsabile UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 UOC Affari Generali	Responsabile UOC Affari Generali	monitoraggio annuale entro 31/01 Responsabile RPCT	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 15 giorni dall'approvazione	
		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Non applicabile agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)						
	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.97/2016							
	Art. 37, c. 3, e 3 bis d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs.97/2016							
	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Art. 14, c. 1 bis, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico:						
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013			Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 3 mesi dal conferimento 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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico		
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)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico		
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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Publicazione sospesa in attesa di coordinamento con il d.l.162/2019, convertito con l. 8/2020		
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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT			
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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT				
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] – <b>In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>	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).	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020</b>			
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)- <b>in attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>		Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020</b>				

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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)
Organizzazione		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)]- <b>In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Annuale	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020</b>	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	<b>Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)</b>	Atto di nomina, con indicazione della durata dell'incarico	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno	30/11/2023 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	30/11/2023 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	30/11/2023 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	30/11/2023 Responsabile RPCT	
	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali</b>	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.- <b>In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito in legge 8/2020</b>	
	<b>Articolazione degli uffici</b>	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	<b>Articolazione degli uffici</b>	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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	<b>Organigramma</b>	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 dell'Ufficio Accreditamento e riconoscimento IRCCS	Dirigente responsabile dell'Ufficio Accreditamento e riconoscimento IRCCS	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
	<b>Telefono e posta elettronica</b>	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	<b>Telefono e posta elettronica</b>	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 dell'Ufficio Accreditamento e riconoscimento IRCCS	Dirigente responsabile dell'Ufficio Accreditamento e riconoscimento IRCCS	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
Consulenti e collaboratori	<b>Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza</b>	Art. 15, c. 2, d.lgs. n.33/2013	<b>Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)</b>	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Struttura che affida incarico	Struttura che affida incarico	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico
		Art. 15, c. 1, lett. b), 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	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (Collegamento con PerlaPA)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali					
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato					
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)					
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n.165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse					

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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)
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico di direzione di Unità Operativa e di Dipartimento:					
		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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento 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	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico
		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	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico
		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	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Publicazione sospesa in attesa di coordinamento con il d.l.162/2019, convertito con l. 8/2020
		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	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	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	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	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		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]- <b>In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Direttore UOC Gestione Risorse Umane	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020</b>		
	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) - <b>In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>	Direttore UOC Risorse Umane: Dr.ssa Monica Paiola	Direttore UOC Risorse Umane: Dr.ssa Monica Paiola	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020</b>		
	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)]-- <b>In attesa di adozione dei provvedimenti legislativi di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n.20/2020</b>	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale	<b>Sospesi ai sensi del d.l. 162/2019 convertito con legge 8/2020</b>		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Direttore UOC Risorse Umane:	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	31/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/10/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione del conferimento dell'incarico (verifica annuale)	
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione		
	Posti di funzione disponibili	Art.19, c.1-bis, d.lgs. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Ruolo dirigenti	Art.1, c.7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione (ance dell'eventuale aggiornamento)
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	<b>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</b>  <b>(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)</b>	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico	30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)	30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	<b>Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)</b>	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Nessuno	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Nessuno	30/05/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Nessuno	30/05/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Nessuno	30/05/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Nessuno	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Nessuno	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali</b>	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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	<b>Posizioni organizzative</b>	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Conto annuale del personale</b>	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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Costo personale tempo indeterminato</b>	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali.	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)</b>	Personale non a tempo indeterminato	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla rilevazione
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)</b>	Costo del personale non a tempo indeterminato	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla rilevazione
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	<b>Tassi di assenza trimestrali</b>	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale (da pubblicare in tabelle)	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 20 giorni dalla scadenza trimestrale



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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)
	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 <b>(da pubblicare in tabelle)</b>	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'approvazione o dell'eventuale aggiornamento
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla trasmissione
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	
Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula		Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT		
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi (da pubblicare in tabelle)		Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte <b>(da pubblicare in tabelle)</b>	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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	30/05/2023 30/11/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 31 gennaio di ogni anno
	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Dirigente responsabile UOS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 31 gennaio di ogni anno	Entro 10 giorni dall'approvazione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati <b>(da pubblicare in tabelle)</b>	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 10 giorni dalla comunicazione dell'approvazione
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti <b>(da pubblicare in tabelle)</b>	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 <b>(da pubblicare in tabelle)</b>	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Direttore UOC Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 Risorse Umane	Direttore UOC Risorse Umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 pubblici vigilati	Art. 22, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati <b>(da pubblicare in tabelle)</b>	Non pertinente all'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS						
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013								

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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 individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)			
Enti controllati	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)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno			
				Per ciascuna società								
				1) ragione sociale	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
				3) durata dell'impegno	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 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	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno		
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2023 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 inconferibilità dell'incarico <a href="#">link</a> al sito dell'ente)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2023 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 ( <a href="#">link</a> al sito dell'ente)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	30/11/2023 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	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno	
				Art. 22, c. 1, lett. d)-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 175/2016)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
				Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio		UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento			
		Art. 22, c. 1, lett.a),d.lgs. n. 33/2013	Non pertinente all'Istituto Oncologico Veneto-IRCCS									
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n.33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016							

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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	Termini di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)		
	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento							
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		4) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		5) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		6) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		7) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		8) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		9) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, attraverso pago PA	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		10) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative		
				Per i procedimenti ad istanza di parte:							
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e art. 1, c. 29, l.190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tutte le Strutture interessate	Tutte le Strutture interessate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT			
	<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	Art.24, c.2, d.lgs.n.33/2013 e Art.1, c.28, l.n.190/2012	<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
	<b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b>	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	<b>Recapiti dell'ufficio responsabile</b>	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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT			
<b>Controllo sulle imprese</b>	<b>Tipologie di controllo</b>	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	<b>Tipologie di controllo</b>	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						
	<b>Obblighi e adempimenti</b>	Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	<b>Obblighi e adempimenti</b>	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						

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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)	
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)	30/05/2023 30/11/2023 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					
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art.9 delib. ANAC n.39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG) Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Tabella riassuntiva rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	31/01/2024 Responsabile RPCT		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	Per ciascuna procedura:						
				Avvisi di preinformazione Settori ordinari Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70,c.1, d.lgs.50/2016	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento	
				Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

Denominazione sottosezione livello 1 (macro famiglie)	Denominazione sottosezione livello 2 (tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Dirigente responsabile della produzione e aggiornamento del dato	Dirigente responsabile della pubblicazione del dato	Aggiornamento	Termini di monitoraggio e verifica e individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
Bandi di gara e contratti	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi e bandi	<p><b>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA</b>                      Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4)                      Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9)                      Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)</p> <p><b>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA</b>                      Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3)                      Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4)                      Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153)                      Bando per il concorso di idee (art. 156)</p>	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura di affidamento	<p><b>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA</b>                      Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2                      Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p><b>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA</b>                      Avviso di appalto aggiudicato (art. 98)                      Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3)                      Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p>	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	<p>Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1)</p> <p>Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"</p>	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/09/2023 30/12/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti, il compenso dei singoli commissari e il costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina.	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti di esclusione e di ammissione	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Testo dei contratti (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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)
	all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	<b>Concessioni e partenariato pubblico privato</b>	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, in quanto compatibili, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:  Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi )  Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3)  Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2)  Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187)  Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
			<b>Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile</b>	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
			<b>Affidamenti in house</b>	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/12/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
			<b>Fase esecutiva</b>	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
			<b>Collegi consultivi tecnici</b>	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti, costo complessivo sostenuto dall'amministrazione per la procedura di nomina	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica  Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	<b>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</b>	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato e nel caso di scostamento, il dettaglio delle voci che lo hanno determinato con l'indicazione dei singoli importi	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto
		d.l. 76/2020, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)</b>	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) (non oltre 6 mesi dal termine dell'esecuzione del contratto)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		d.l. 76/2020, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	<b>Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)</b>	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	<b>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC</b>	Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 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 di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. 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 UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	<b>Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea</b>	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica Responsabile UOS Servizi Tecnici e Patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
<b>Bilanci</b>	<b>Bilancio preventivo e consuntivo</b>	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Bilancio preventivo</b>	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	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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.	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	<b>Bilancio consuntivo</b>	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	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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.	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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	Termini di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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	UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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	UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Tempestivo in caso di aggiornamento. Entro ogni trimestre
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n.33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	30/11/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Contestualmente all'approvazione
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni del Collegio Sindacale al bilancio d'esercizio e al bilancio preventivo annuale	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento
Servizi erogati	Corte dei conti	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Rilievi Corte dei conti	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Ufficio Comunicazione e Divulgazione Scientifica	Ufficio Comunicazione e Divulgazione Scientifica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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)	30/6/2023 30/9/2023 31/12/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 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)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione	

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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)
	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)	30/05/2023 30/11/2023 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.	Ufficio Accreditamento e Qualità	Ufficio Accreditamento e Qualità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n.33/2013	Dati sui pagamenti	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	30/05/2023 30/11/2023 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)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro lo scadere di ogni trimestre
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n.33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 15 gennaio
		Art. 33, d.lgs. n.33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Trimestrale (art.33, c.1, d.lgs. n.33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento
		Art. 33, d.lgs. n.33/2013	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/11/2023	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).	UOSD Contabilità e Bilancio	UOSD Contabilità e Bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/06/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 3 giorni dall'eventuale aggiornamento
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art.21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n.50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Responsabile UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo(art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/06/2023 30/11/2023 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 UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 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 UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Responsabile UOS Servizio Tecnico e Patrimoniale	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento
Prevenzione della Corruzione		Art. 1, c.1 4, 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)	31/01/2023 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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'adozione provvedimento



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE

ALLEGATO C - ALBERO ADEMPIMENTI DELLA TRASPARENZA ANNO 2023

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 individuazione del responsabile	Termine di scadenza per la pubblicazione (cfr. sul punto delibera ANAC n.1310/2016 e relative allegato 1)
Altri contenuti		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	<b>Atti di accertamento delle violazioni</b>	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)	30/05/2023 30/11/2023 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	<b>Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria</b>	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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 5 giorni dall'atto di nomina
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n.33/2013	<b>Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori</b>	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)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro 5 giorni dall'indicazione
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	<b>Registro degli accessi</b>	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	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 15 gennaio e il 15 giugno e il 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	<b>Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati</b>	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/05/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 gennaio di ogni anno
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	<b>Regolamenti</b>	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Annuale	30/11/2023 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	<b>Obiettivi di accessibilità</b>	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 gennaio di ogni anno
		Linee Guida AgID sull'accessibilità ICT/Direttiva UE 2016/2102	<b>Pubblicazione delle dichiarazioni di accessibilità al sito web dello IOV-IRCCS</b>	Le P.A sono tenute ad effettuare l'aggiornamento delle dichiarazioni di accessibilità al sito web dello IOV IRCCS come da Linee Guida AgID	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Responsabile UOS Sistemi Informativi	Annuale	23/09/2023 Responsabile RPCT	In base alle indicazioni annuali dell'ANAC
	Dati relativi alle sperimentazioni cliniche	Art. 2 D. Lgs. 52/2019	<b>Pubblicazione dei dati relativi alle sperimentazioni cliniche</b>	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	30/04/2023 30/11/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 novembre di ogni anno
	Dati ulteriori	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	<b>Dati ulteriori</b>	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)	30/11/2023 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	<b>Risarcimenti per responsabilità civile</b>	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	30/12/2023 Responsabile RPCT
Relazione rischio clinico e sicurezza dei pazienti		Art.2, comma 5, l.24/2017	<b>Relazione annuale</b>	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	30/12/2023 Responsabile RPCT	Entro il 30 dicembre di ogni anno
Polizza RCT/O		Art. 10, legge 24/2017	<b>Polizza assicurativa</b>	Contratto assicurativo e schema di polizza RCT/O	Referente Ufficio Legale	Referente Ufficio Legale	In base alla validità della polizza	30/12/2023 Responsabile RPCT	Entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento

**ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE**

**Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023**

**Azienda**

**952 - IOV**

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI								
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	CON SPECICO FINANZIAMENTO <sup>4</sup>	-	-			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P	
				€ 58.643.228,00	-	€ 373.887,15	-	-	€ 52.748,00	€ 133.233,84	-	-	-	-	-	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	226,21	39,00	€ 21.401.585,30	€ -	€ 373.887,15	€ 90.000,00	€ 954.818,29	€ 52.748,00	€ 340.000,00	€ -	€ 224.676,00	€ 680.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	49,79	3,00	€ 4.093.873,19	€ -	€ -	€ -	€ 215.533,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12,00	0,00	€ 915.921,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>288,00</b>	<b>42,00</b>	<b>€ 26.411.379,68</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 373.887,15</b>	<b>€ 90.000,00</b>	<b>€ 1.170.352,12</b>	<b>€ 52.748,00</b>	<b>€ 340.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 224.676,00</b>	<b>€ 680.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	411,82	0,00	€ 17.525.849,99	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	109,20	2,00	€ 4.161.929,37	€ -	€ -	€ -	€ 8.762,11	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	7,00	0,00	€ 90.852,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	1,00	0,00	€ 37.988,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	153,66	0,00	€ 4.881.587,12	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	24,83	1,00	€ 1.017.728,41	€ -	€ -	€ -	€ 5.468,89	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	143,65	3,00	€ 4.436.739,32	€ -	€ -	€ -	€ 9.250,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>851,17</b>	<b>6,00</b>	<b>€ 32.152.674,45</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 23.481,71</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>1.139,17</b>	<b>48,00</b>	<b>€ 58.564.054,13</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 373.887,15</b>	<b>€ 90.000,00</b>	<b>€ 1.193.833,84</b>	<b>€ 52.748,00</b>	<b>€ 340.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 224.676,00</b>	<b>€ 680.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>

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

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

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

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

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

**ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE**

**Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024**

**Azienda**

**952 - IOV**

		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	CON SPECIFICO FINANZIAMENTO <sup>4</sup>	-	-			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P	
				€ 58.643.228,00	-	€ 373.887,15	-	-	€ 52.748,00	€ 133.233,84	-	-	-	-	-	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	226,21	39,00	€ 21.401.585,30	€ -	€ 373.887,15	€ 90.000,00	€ 954.818,29	€ 52.748,00	€ 280.000,00	€ -	€ 224.676,00	€ 680.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	49,79	3,00	€ 4.093.873,19	€ -	€ -	€ -	€ 215.533,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12,00	0,00	€ 915.921,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>288,00</b>	<b>42,00</b>	<b>€ 26.411.379,68</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 373.887,15</b>	<b>€ 90.000,00</b>	<b>€ 1.170.352,12</b>	<b>€ 52.748,00</b>	<b>€ 280.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 224.676,00</b>	<b>€ 680.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	411,82	0,00	€ 17.525.849,99	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	109,20	2,00	€ 4.161.929,37	€ -	€ -	€ -	€ 8.762,11	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	7,00	0,00	€ 90.852,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	1,00	0,00	€ 37.988,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	153,66	0,00	€ 4.881.587,12	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	24,83	1,00	€ 1.017.728,41	€ -	€ -	€ -	€ 5.468,89	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	143,65	3,00	€ 4.436.739,32	€ -	€ -	€ -	€ 9.250,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>851,17</b>	<b>6,00</b>	<b>€ 32.152.674,45</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 23.481,71</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>1.139,17</b>	<b>48,00</b>	<b>€ 58.564.054,13</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 373.887,15</b>	<b>€ 90.000,00</b>	<b>€ 1.193.833,84</b>	<b>€ 52.748,00</b>	<b>€ 280.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 224.676,00</b>	<b>€ 680.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>

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

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

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

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

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



**ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE**

**Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025**

**Azienda**

**952 - IOV**

Macroprofili		Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti <sup>1</sup> FTE ANNUI	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI							
					Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale <sup>2</sup>	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive  Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale <sup>5</sup>	Altre Tipologie
					-	-	-	-	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010			CON SPECICO FINANZIAMENTO <sup>4</sup>	-	-
			A	B	€	-	€	-	-	€	€	€	€	€	-	-
			C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P		
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	226,21	39,00	€ 21.401.585,30	€ -	€ 373.887,15	€ 90.000,00	€ 954.818,29	€ 52.748,00	€ 250.000,00	€ -	€ 224.676,00	€ 680.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	49,79	3,00	€ 4.093.873,19	€ -	€ -	€ -	€ 215.533,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12,00	0,00	€ 915.921,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>		<b>288,00</b>	<b>42,00</b>	<b>€ 26.411.379,68</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 373.887,15</b>	<b>€ 90.000,00</b>	<b>€ 1.170.352,12</b>	<b>€ 52.748,00</b>	<b>€ 250.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 224.676,00</b>	<b>€ 680.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	411,82	0,00	€ 17.525.849,99	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	109,20	2,00	€ 4.161.929,37	€ -	€ -	€ -	€ 8.762,11	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	7,00	0,00	€ 90.852,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	1,00	0,00	€ 37.988,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	153,66	0,00	€ 4.881.587,12	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	24,83	1,00	€ 1.017.728,41	€ -	€ -	€ -	€ 5.468,89	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	143,65	3,00	€ 4.436.739,32	€ -	€ -	€ -	€ 9.250,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>		<b>851,17</b>	<b>6,00</b>	<b>€ 32.152.674,45</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 23.481,71</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>	
<b>TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE</b>			<b>1.139,17</b>	<b>48,00</b>	<b>€ 58.564.054,13</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 373.887,15</b>	<b>€ 90.000,00</b>	<b>€ 1.193.833,84</b>	<b>€ 52.748,00</b>	<b>€ 250.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 224.676,00</b>	<b>€ 680.000,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ -</b>

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

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

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

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

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

# ALLEGATO D - PIANO TRIENNALE FABBISOGNI DEL PERSONALE

## Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023

### 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 <sup>1</sup> (Di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. <sup>2</sup>	Personale da processi di reinternalizzazione <sup>3</sup>
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	228	0	0	13	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	50	0	0	3	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	12	0	0	0	0
	<b>TOTALE PERSONALE DIRIGENTE</b>			<b>290</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	419	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	110	0	0	2	0
	Personale della riabilitazione	S	7	0	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	1	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S		0	0	0	0
	OSS/OTAA	T	155	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	25	0	0	1	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	145	0	0	3	0
	<b>TOTALE PERSONALE COMPARTO</b>			<b>862</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
<b>TOTALE DOTAZIONE ORGANICA</b>			<b>1.152</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>0</b>

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

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

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