



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2026-2028

Approvato con Deliberazione del Direttore
Generale n. 119 del 30.01.2026



Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata
Verona



Sommario

INTRODUZIONE.....	4
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA	5
1.1 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE	5
1.2. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA E DISTRETTUALE	9
1.2.1 Ricoveri	9
1.2.2 Interventi chirurgici.....	11
1.2.3 Pronto soccorso	12
1.2.4 Specialistica ambulatoriale	12
1.2.5 Ospedale di comunità.....	13
1.3 FARMACI, DISPOSITIVI MEDICI E DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO (IVD)	13
1.4 IL PERSONALE	14
1.5 QUADRO ECONOMICO ED INVESTIMENTI.....	15
1.5.1 Sintesi dell'andamento dei risultati economici	15
1.5.2 Il piano investimenti.....	16
1.5.3 Il Bilancio Economico Preventivo.....	19
SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	23
2.1 VALORE PUBBLICO.....	23
2.2 PERFORMANCE	29
2.2.1 Il Ciclo di gestione della performance	29
2.2.2 La programmazione regionale ed aziendale	34
2.2.2.1 Verso il nuovo Ospedale: change management e lean thinking	35
2.2.2.1.1 Riorganizzazione e transizione digitale: il paziente al centro.....	35
La riorganizzazione logistica e strutturale: masterplan	35
Riorganizzazione ed efficientamento dei processi in ottica Lean.....	38
Riorganizzazione del Sistema di Accoglienza del Paziente	41
Completamento del progetto regionale di riorganizzazione dei sistemi informativi c.d. "Sette Sorelle"	42
Robotica	45
Intelligenza artificiale.....	46
Telemedicina.....	47
Sicurezza informatica	49
2.2.2.2 Governo Clinico.....	52
2.2.2.2.1 Garanzia e Qualità dei LEA.....	52
L'offerta di prestazioni sanitarie: eccellenza ospedaliera e ruolo strategico di attrazione	52
Interventi chirurgici: rispetto dei tempi di attesa	56
Specialistica ambulatoriale: rispetto dei tempi e potenziamento della presa in carico	57
Miglioramento del Sistema di Valutazione degli esiti e dei processi sanitari	58
Integrazione ospedale-territorio: DM 77/2022.....	62
Prevenzione, controllo e sorveglianza ICA. Contrasto Antimicrobicoresistenza e Programmi di Antimicrobial-stewardship	66
Rischio clinico	69
2.2.2.2.2 Formazione, ricerca e comunicazione	70
Formazione	70
Ricerca e studi clinici	71
Comunicazione.....	73
2.2.2.2.3 Governo delle risorse e miglioramento dei processi sanitari	74
Uso appropriato delle risorse	74
Ottimizzazione della degenza media.....	79
2.2.2.3 Qualità e responsabilità sociale	81

2.2.2.3.1 Sistema Gestione per la Qualità	81
2.2.2.3.2 La qualità percepita	83
Indagine sulla qualità percepita	83
Indagine sul clima organizzativo	84
2.2.2.3.3 Inclusione, accessibilità ed equilibrio di genere	87
2.2.2.3.4 La sostenibilità ambientale e l'efficientamento energetico: il Green Hospital	93
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA: PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPC) 2026-2028	99
2.3.1 Gestione del rischio corruzione	102
2.3.1.1 Analisi del contesto	102
2.3.1.2 Valutazione del rischio	107
2.3.1.3 Trattamento del rischio	113
2.3.1.4 Comunicazione e diffusione	121
2.3.1.5 Monitoraggio e riesame	122
2.3.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi di budget	125
2.3.3 Allegati PTPC 2026-2028	130
SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	131
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	131
3.1.1. Organigramma	131
3.1.2 Livelli di responsabilità organizzativa	145
3.1.3 Sviluppo professionale e profili di ruolo	146
3.1.3.1 Incarichi dirigenziali	147
3.1.3.2 Incarichi nel Comparto sanità e progressioni verticali tra le Aree	153
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	154
3.2.1 Livello di attuazione del lavoro agile	154
3.2.2 Il lavoro agile e lavoro da remoto per la Dirigenza dell'Area Sanità e Dirigenza dell'Area Funzioni Locali (Dirigenza PTA)	156
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE (PTFP)	156
3.3.1 Modalità di approvazione del PTFP	156
3.3.2 Relazione alla definizione del Piano dei Fabbisogni di Personale	158
3.3.3 Piano attuativo aziendale ai sensi della DGRV n. 614/2019	160
3.3.4 Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici	160
3.3.5 Criteri e modalità di individuazione dei fabbisogni	161
3.3.6 Indicazioni sulle modalità di compilazione della tabella	170
3.3.7 Formazione	178
SEZIONE 4 – MONITORAGGIO	180
4.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E DELLA PERFORMANCE	180
4.2 MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	181
4.3 MONITORAGGIO DELL'ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	182

Introduzione

Nell'ambito delle norme adottate per la realizzazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stato previsto per le Pubbliche Amministrazioni con più di 50 dipendenti l'obbligo di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) ¹.

«Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.»

L'intento del Legislatore appare evidente: ricomprendere in un unico documento i molteplici Piani (e adempimenti) precedentemente in vigore per le PA, nel tentativo di rendere più organica la fase di pianificazione interna alle Aziende/Enti, consentendo di operare in modo eticamente corretto.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (di seguito AOUI), ottemperando alle indicazioni normative, ha deliberato in via provvisoria il Piano triennale di fabbisogno del personale 2026-2028², successivamente approvato da Regione Veneto³, ed il Bilancio Economico Preventivo annuale 2026⁴.

Col fine di garantire continuità alla gestione, AOUI predispone il proprio PIAO sulla base degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e degli indirizzi contenuti nell'ultimo Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023⁵. Si precisa a riguardo che, per l'anno 2026, la Regione Veneto, nelle more dell'approvazione della delibera degli obiettivi, ha anticipato che i temi di valutazione, in continuità con gli obiettivi già individuati per il 2025, verteranno in particolare sugli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, sul perseguimento PNRR Missione 6, sulla sostenibilità economica e sul miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

Con lo scopo di assicurarne la massima diffusione e trasparenza, e con l'intento di favorire anche un processo sinergico di confronto con le istituzioni e le componenti rappresentative della cittadinanza e dei portatori di interesse e di valori, il PIAO 2026-2028 è reso conoscibile e fruibile nella sezione "Disposizioni Generali – Documenti di programmazione strategico-gestionale" del sito istituzionale dell'AOUI denominata Amministrazione Trasparente ([link alla sezione](#)) e pubblicato sul portale PIAO del Dipartimento della Funzione Pubblica (<https://piao.dfp.gov.it/plans>).

¹ Articolo 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito in Legge 6 agosto 2021, n. 113, DGR 1717 del 30.12.2022 "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".

² Deliberazione del Direttore Generale n. 1273 del 28.11.2025. Approvazione provvisoria del piano triennale del fabbisogno del personale per gli anni 2026/2027/2028.

³ Regione Veneto nota prot. n. 697490 del 29.12.2025. Revisione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025 e Adozione Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028.

⁴ Deliberazione del Direttore Generale n. 1415 del 31.12.2025 Adozione Bilancio Preventivo Economico annuale 2026.

⁵ Legge Regionale 28 dicembre 2018, n. 48: Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023.

SEZIONE 1 – Scheda Anagrafica

L'Azienda Ospedaliera è Ente del Servizio Socio-Sanitario Regionale (SSR) ed è stata istituita in applicazione della LRV n. 56/1994 ed è stata riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione⁶.

La Regione Veneto nel 2009⁷ ha disposto la cessazione dell'Azienda Ospedaliera Verona e l'istituzione e l'attivazione a decorrere dall'1.01.2010 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI), dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, finanziaria e tecnica.

AOUI costituisce, per l'Università degli Studi di Verona, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica, formazione e ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia. Nel rispetto delle prerogative di autonomia in materia di programmazione, la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona e AOUI realizzano il confronto e l'integrazione della programmazione universitaria con quella aziendale.

Nel contesto della rete ospedaliera l'AOUI costituisce uno dei due Centri Hub di eccellenza di rilievo nazionale e regionale presenti nella Regione Veneto⁸ nonché centro di riferimento per numerose attività.

L'AOUI vede riconosciuti ben 43 Centri Regionali Specializzati, afferenti a 21 specialità cliniche e 32 Unità Operative individuate dal Ministero della Salute e dalla Regione Veneto quali Centri per il riconoscimento delle malattie rare. È inoltre il Polo Oncologico di riferimento all'interno della Rete Oncologica del Veneto (ROV).

AOUI si articola in due sedi ospedaliere: l'Ospedale di Borgo Trento (già ospedale Civile Maggiore), collocato nella zona nord della città, e l'Ospedale di Borgo Roma (Ospedale Policlinico "G.B. Rossi") nella zona sud di Verona.

SCHEDA ANAGRAFICA	
SEDE LEGALE	Piazzale Aristide Stefani, 1 - Verona
CODICE FISCALE	03901420236
PEC	protocollo.aovr@pecveneto.it
SITO WEB	https://www.aovr.veneto.it/home
DIRETTORE GENERALE	dott. Callisto Marco Bravi

1.1 Il territorio e la popolazione

L'Azienda è collocata su un territorio di 3.096 km² e comprende 98 comuni con una popolazione al 01/01/2025 pari a 928.907 abitanti, di cui 112.117 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali; Verona risulta essere la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti. Nell'anno 2025 la popolazione è rimasta praticamente stabile rispetto

⁶ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 gennaio 1999

⁷ DGRV n. 3345/2009.

⁸ Come previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R.V. n. 23/2012 e ss.mm. e ii., nonché dalla DGRV n. 614/2019 con cui sono state approvate le schede di dotazione delle strutture ospedaliere

all'inizio dell'anno precedente (+0,2%, pari a +1.937 abitanti). L'andamento è positivo rispetto a quanto registrato a livello di Regione Veneto (-0,01%; -365) ed altresì a livello italiano (-0,1%; -37.053).

Principali indicatori demografici

età	popolazione al 1° gennaio 2024			popolazione al 1° gennaio 2025		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
da 0 a 4	17.363	16.454	33.817	16.915	15.999	32.914
da 5 a 14	43.780	41.042	84.822	42.939	40.190	83.129
da 15 a 24	47.904	44.754	92.658	48.347	45.035	93.382
da 25 a 44	108.608	105.181	213.789	108.867	104.462	213.329
da 45 a 64	144.111	142.732	286.843	144.115	143.044	287.159
da 65 a 80	71.558	80.806	152.364	72.867	81.848	154.715
oltre 81	23.671	39.006	62.677	24.568	39.711	64.279
Provincia di Verona	456.995	469.975	926.970	458.618	470.289	928.907
Veneto	2.388.262	2.463.954	4.852.216	2.392.820	2.459.031	4.851.851
Italia	28.846.728	30.124.502	58.971.230	28.876.799	30.057.378	58.934.177

Tabella 1.1.1 Principali indicatori demografici

Indicatori demografici al 01/01/2025	Provincia di Verona
Popolazione residente	928.907
Superficie (km ²)	3.096,28
Densità abitativa (abitanti/km ²)	300,01
Popolazione 0-14 anni	116.043
Popolazione 65 anni e più	218.994
Indice di vecchiaia (%)	188,7%
Nati vivi*	6.128
Deceduti*	8.995
Tasso di natalità (per 1000 residenti)*	6,6
Tasso di mortalità (per 1000 residenti)*	9,7
Stranieri residenti	112.117
% stranieri residenti	12%

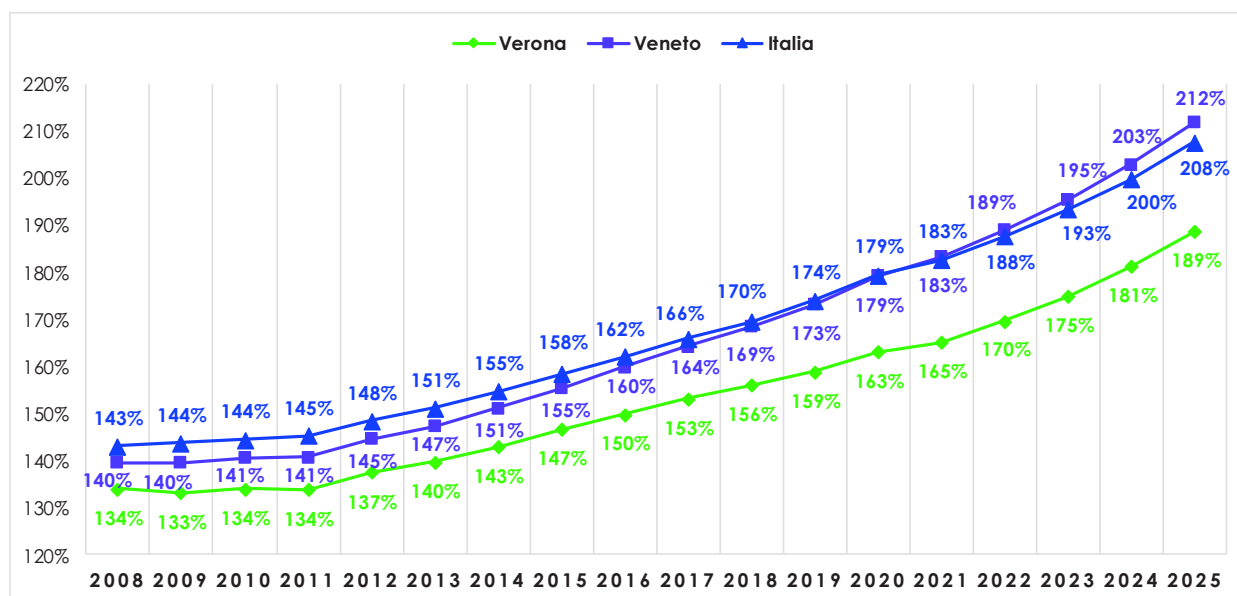
* dati 2024

Due fenomeni hanno fortemente caratterizzato il mutamento demografico dalla metà degli anni Novanta a oggi: l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione straniera.

L'Italia continua ad invecchiare a causa della bassa natalità e una longevità sempre più marcata. Al 1° gennaio 2025, a livello nazionale, l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra anziani di 65 anni e più e giovani di età inferiore a 15 anni) è pari a 207,6%, aumentato in vent'anni di quasi 70 punti percentuali. Anche nei prossimi decenni si prevede che l'invecchiamento continuerà: l'indice raggiungerà quota 310 al 1° gennaio 2045.

Sulla scia dell'andamento italiano, sebbene inferiore rispetto sia alla media regionale (211,9%) che nazionale, anche a Verona il trend dell'indice di vecchiaia è in costante crescita, arrivando nel 2025 al 188,7%.

Indice di vecchiaia (valori percentuali) – trend 2008-2025



L'analisi di ulteriori indicatori calcolati sulla popolazione residente dell'intera provincia di Verona consente di valutare con maggior sensibilità l'impatto delle caratteristiche demografiche sul sistema socio-sanitario; tra questi si segnalano:

- l'indice di natalità (ultimo dato disponibile anno 2024) indica che vi sono stati 6,6 nati ogni 1000 ab. in costante riduzione dal 2008 (che si attestava al 10,6‰);
- l'indice di carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni) in provincia di Verona nel 2025 registra 56,4 individui a carico ogni 100 che lavorano.

La speranza di vita è uno degli indicatori core, consolidato a livello internazionale, per valutare lo stato di salute di una popolazione in quanto esprime i livelli di sopravvivenza.

Come anzidetto, ormai da qualche decennio l'Italia si colloca tra i primi Paesi nel mondo per longevità. Tuttavia, lo shock pandemico del 2020 ha interrotto il lento e progressivo incremento della sopravvivenza. Nel 2021 si è evidenziata una ripresa, che sembra proseguire anche per gli anni successivi; per gli uomini la vita media attesa alla nascita si stima pari a 82,5 anni e per le donne 86,7 anni (rispettivamente +2,6% e +2,0% confrontato con il 2020).

Speranza di vita alla nascita

Tipo indicatore	Provincia di Verona					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
speranza di vita alla nascita - uomini	81,9	80,4	81,5	81,3	81,7	82,5
speranza di vita alla nascita - donne	86,2	85,0	86,0	86,0	86,3	86,7
speranza di vita alla nascita - totale	84,0	82,6	83,7	83,6	84,0	84,6

A tali criticità di natura demografica si affiancano le problematiche legate all'impoverimento della popolazione. È stato infatti rilevato che l'incidenza di povertà assoluta individuale⁹ del nord-est, sebbene meno marcata rispetto alla zona del mezzogiorno, ha registrato un valore dell'8,6% nel 2023 e dell'8,1 nel 2024, con valori molto distanti da quelli assunti nel triennio 2017-2019 in cui si assestava al 6,5%.

Il livello di povertà individuale raggiunto a livello italiano nel 2024 (9,8%) è il più elevato dal 2005 ad oggi.

Alla luce della situazione demografica descritta, si rende ancor più evidente la necessità di promuovere e favorire una piena accessibilità ai servizi sanitari che costituisce un fattore determinante di un sistema sanitario socialmente equo in grado di raggiungere il maggior numero di individui che ne hanno bisogno; correlando l'invecchiamento globale della popolazione si intuisce facilmente che in futuro la problematica dell'accessibilità tenderà ad aumentare.

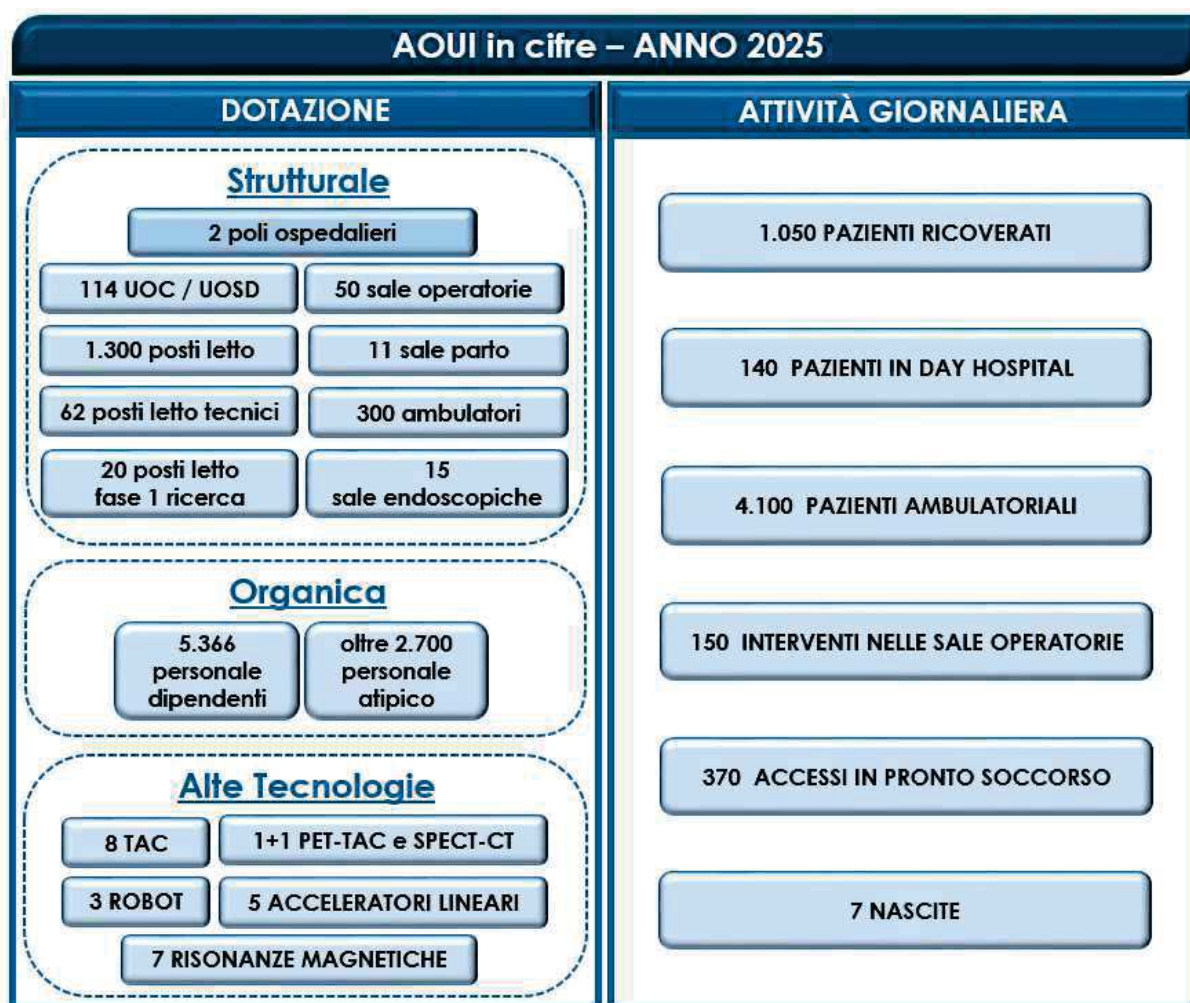
A ciò si aggiunge il problema già noto da tempo delle lunghe liste di attesa per l'accesso ai servizi sanitari, sia ambulatoriali che di ricovero.

Tali criticità, acuitesi nel periodo di ripresa post Covid-19, hanno spinto il Governo ad intervenire, concedendo alle Regioni e alle Aziende del SSN di avvalersi di fondi aggiuntivi volti all'abbattimento delle liste di attesa.

Si auspica pertanto che le risorse mobilitate a livello nazionale ed europeo e i potenziali investimenti anche a tutela della salute ridiano lo slancio necessario ad un rapido recupero e possano dare nuove opportunità per garantire il diritto universale della salute dei cittadini, rimuovendo le potenziali disuguaglianze economiche, sociali e territoriali.

⁹ Dato Istat.

1.2. L'assistenza ospedaliera, specialistica e distrettuale



1.2.1 Ricoveri

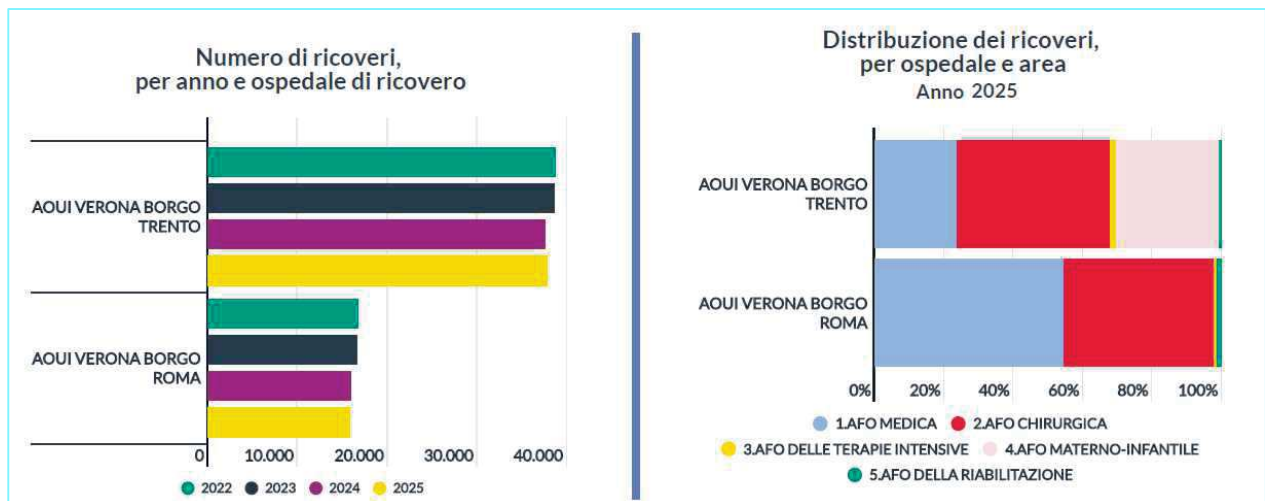
**RICOVERI
OSPEDALIERI**
Anno 2025


53.642

I dati preconsuntivi 2025¹⁰, comprensivi di ricovero ordinario e diurno (escluso DRG 391 "neonato normale"), sono sostanzialmente in linea con l'anno precedente.

L'attività di ricovero ordinario incide per circa il 75% rispetto al totale dei ricoveri con un valore medio del DRG pari a circa 6.000€; il 49% dell'attività è inoltre effettuata in urgenza. La distribuzione dei ricoveri per area relativamente all'anno 2025, conferma la vocazione principalmente chirurgica di AOUI con un'incidenza di circa il 45%; seguono l'area medica (33%) e l'area materno-infantile (21%).

¹⁰ I dati sono riferiti al periodo gennaio-novembre 2025 con rolling del mese di dicembre 2024.

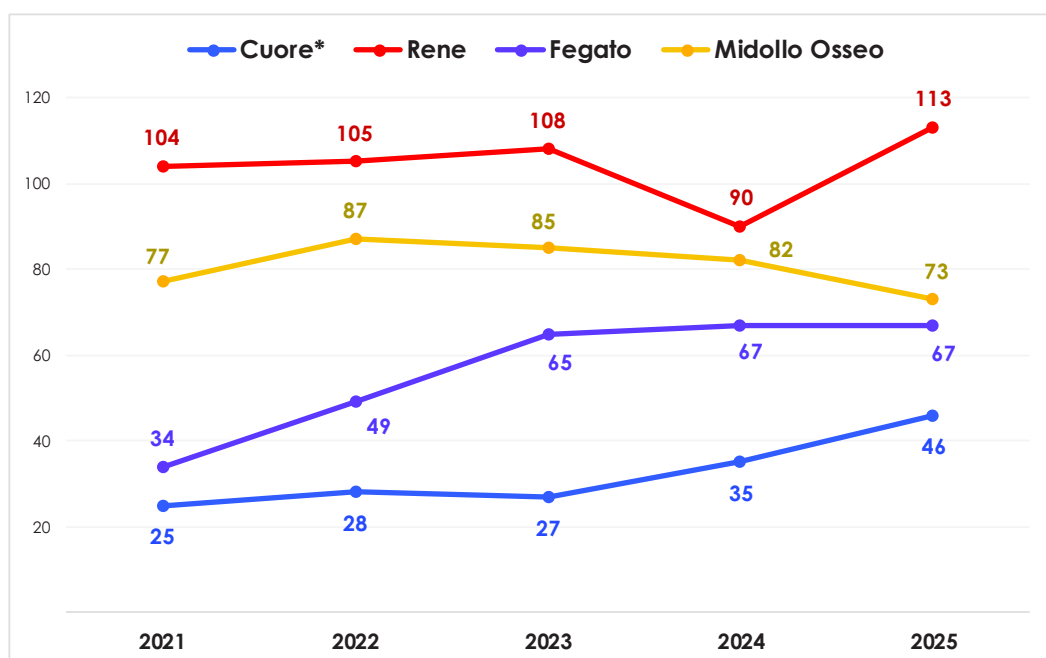


Nel 2025 risultano sostanzialmente in linea i pazienti di alta complessità rispetto agli anni precedenti (circa 7.000 pazienti/anno)

Inoltre, rimane in linea con gli ultimi anni l'attività extra-regionale con un tasso di attrattività del 17% con circa 9.350 pazienti.

Infine si segnala che la degenza media si attesta su 8,2 giornate, sostanzialmente in linea con gli anni precedenti.

Per quanto concerne l'attività trapiantologica in AOUI, il trend del programma di trapianti d'organo e di tessuto è rappresentato nel grafico a seguire.



*nel trapianto di cuore sono incluse le inserzioni di sistema di assistenza cardiaca impiantabile VAD (di cui 1 paracorporeo pediatrico) e 1 cuore artificiale totale

Nel 2025 si è registrato un significativo aumento dell'attività di trapianto di rene (+23 pazienti, +26% rispetto al 2024) e di trapianto di cuore (+11 pazienti, +31% rispetto al 2024); si segnala che dal 2023 è stata avviata anche l'attività di donazione di organi da cadavere a cuore fermo (2 donazioni nel 2023, 6 nel 2024 e 8 nel 2025). Inoltre, nel corso dell'anno 2025 AOUI ha effettuato un impianto di cuore artificiale, primo caso in Veneto, e quarto in Italia, dopo

Napoli, Roma e Milano. Si tratta di un dispositivo meccanico di ultima generazione che riproduce esattamente la funzione del cuore e che è salvavita nel caso di persone con insufficienza cardiaca avanzata.

Va precisato che, per il trapianto di rene, è andata consolidandosi l'attribuzione dei trapianti in modo indipendente dal singolo Centro Trapianti, con l'istituzione di una lista unica sovra-regionale nell'ambito del Nord Italian Transplant (NITp), mentre per il trapianto di fegato la Regione Veneto ha introdotto una lista unica regionale con assegnazione di un tetto di attività diversificato per i singoli Centri Trapianto.

L'AOUI è sede di un Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche che coinvolge, in maniera congiunta, tutte le unità cliniche e di raccolta/processazione afferenti alle unità operative di Ematologia, Oncoematologia Pediatrica e Medicina TrASFusionale, che negli anni hanno consolidato anche l'attività di trapianto di midollo osseo, volta sia a pazienti adulti che pediatrici.

È inoltre in fase di consolidamento l'attività di trapianto delle isole pancreatiche, avviato nel 2023, con 6 interventi per l'anno 2025.

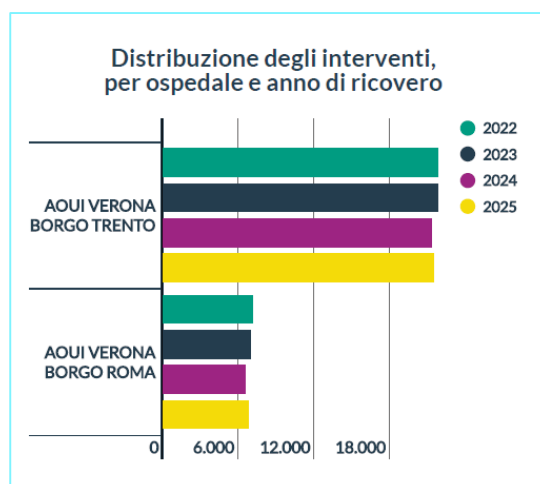
Rilevanti le azioni disegnate da AOUI con un modello organizzativo a sostegno dell'attività di donazione, e conseguentemente di trapianto, nel contesto di una visione che colloca la donazione quale processo trasversale e strategico per l'Azienda.

1.2.2 Interventi chirurgici



I dati preconsuntivi 2025¹¹, relativi a pazienti dimessi con DRG chirurgico, registrano un incremento del 1,5% rispetto all'anno precedente.

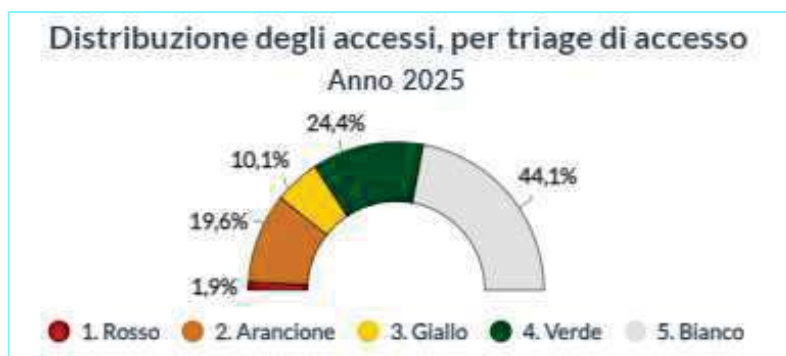
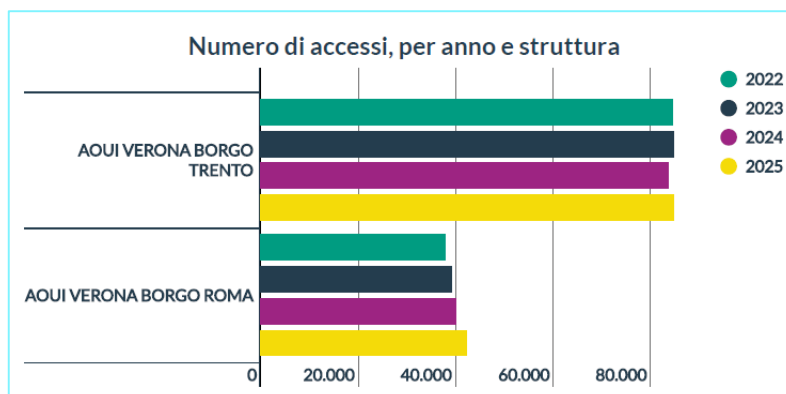
Il trend registrato nel periodo 2022-2025 non evidenzia variazioni significative sia con riferimento al totale complessivo, sia rispetto alla distribuzione tra le due sedi ospedaliere.



¹¹ I dati sono riferiti al periodo gennaio-novembre 2025 con rolling del mese di dicembre 2024.

1.2.3 Pronto soccorso

Dopo il calo che era stato registrato durante l'emergenza sanitaria, il trend degli accessi in pronto soccorso è risultato nuovamente in crescita. I dati preconsuntivi del 2025¹², dopo un l'apparente arresto del 2024, segnalano una conferma della tendenza con un aumento del 2,5% rispetto all'anno precedente (oltre 3.100 accessi in più).



Il 31,5% degli accessi del 2025 ha riguardato pazienti entrati in pronto soccorso con codice rosso, arancione e giallo, registrando un incremento della complessità (+9% rispetto all'anno precedente; +3.300 pazienti).

1.2.4 Specialistica ambulatoriale



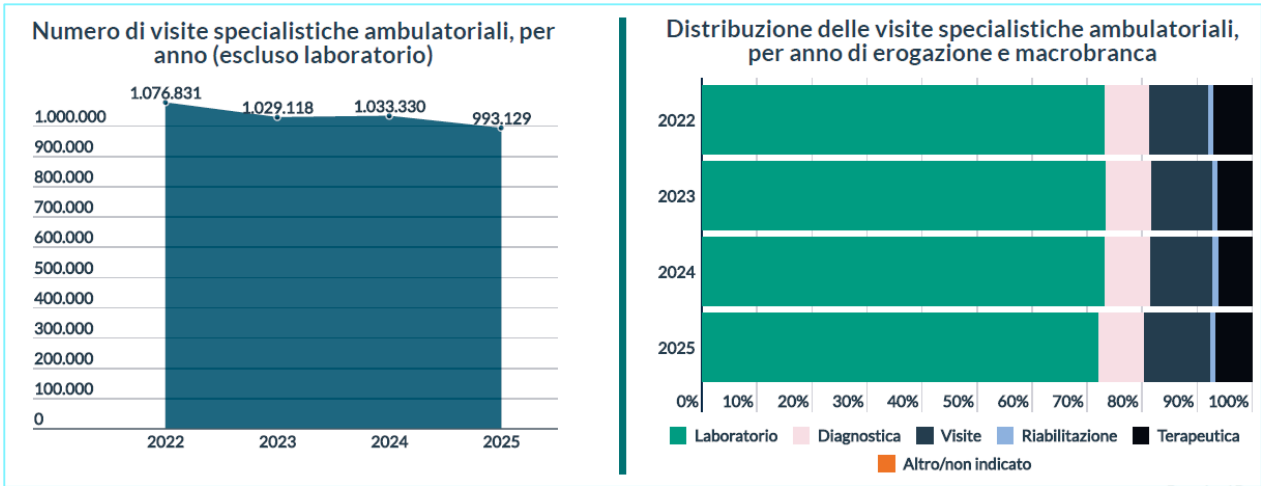
I dati preconsuntivi 2025¹³ registrano un incremento del 1,7% del numero di prestazioni erogate in regime ambulatoriale rispetto all'anno precedente.

Si tenga comunque conto che tali dati sono ancora provvisori; la complessa attività di verifica e recupero già avviata consentirà di disporre in fase di rendicontazione finale di dati più completi.

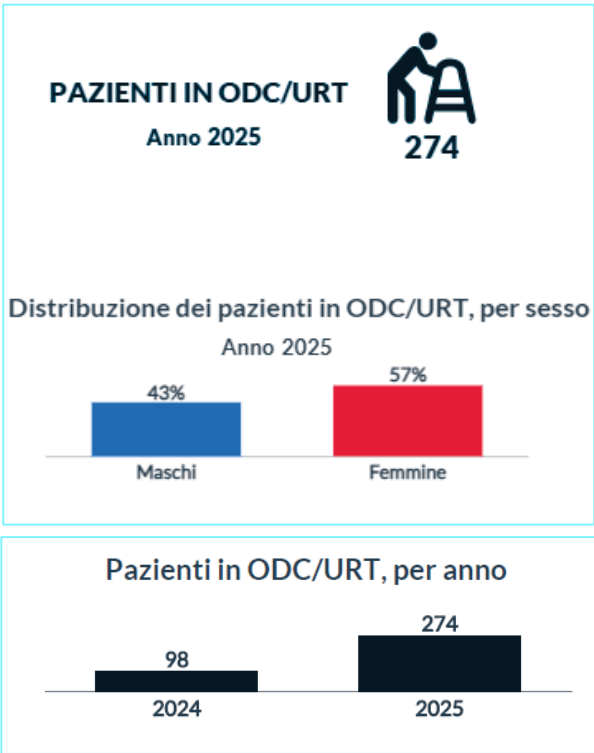
¹² I dati sono riferiti al periodo gennaio-novembre 2025 con rolling del mese di dicembre 2024.

¹³ I dati sono riferiti al periodo gennaio-novembre 2025 con rolling del mese di dicembre 2024.

Oltre il 70% dell'attività di specialistica ambulatoriale, in termini di numerosità di prestazioni, è rappresentato dalla branca di laboratorio, seguita dalle branche a visita con un'incidenza del 12%.



1.2.5 Ospedale di comunità



Le strutture assistenziali intermedie sono tipiche delle aziende territoriali, tuttavia anche per AOUI le ultime schede di dotazione ospedaliera hanno previsto l'attivazione di un Ospedale di Comunità; tale struttura, avviata nel giugno 2024, dispone attualmente di 30 posti accreditati presso la sede di Borgo Roma. Il dato preconsuntivo 2025¹⁴ registra 274 pazienti con una prevalenza di genere femminile.

1.3 Farmaci, dispositivi medici e dispositivi diagnostici in vitro (IVD)

La spesa dei beni sanitari è aumentata complessivamente del 4% rispetto all'anno precedente; più specificatamente la spesa per farmaci, sebbene in crescita (+5,4 milioni di euro), non ha registrato il marcato aumento evidenziato l'anno precedente (+13 milioni di

¹⁴ dati sono riferiti al periodo gennaio-ottobre 2025 con rolling dei mesi di novembre e dicembre 2024.

euro). In particolare, l'incremento riguarda l'ambito oncologico e oncoematologico (i pazienti trattati con Car-T sono stati 21 rispetto ai 18 acquistati nell'anno precedente e agli 8 del 2023) e per farmaci relativi al trattamento delle malattie rare. Per quanto riguarda i dispositivi medici gli incrementi maggiori riguardano l'attività endoscopica e di chirurgia mini-invasiva, le valvole cardiache e l'attività per angiografia ed emodinamica, soprattutto in ambito cardiaco, di chirurgia vascolare e di attività interventistica della radiologia e neuroradiologia. Inoltre, nel corso dell'anno 2025, AOUI ha effettuato un impianto di cuore artificiale, primo caso in Veneto, e quarto in Italia, del valore di 200 mila euro.

Costi per farmaci, dispositivi medici e IVD

	2021	2022	2023	2024	2025*
Farmaci	€ 127.711.095	€ 135.389.902	€ 141.799.811	€ 154.831.295	€ 160.232.639
Dispositivi Medici comprensivi di IVD	€ 83.688.048	€ 88.148.249	€ 95.150.246	€ 92.676.301	€ 96.366.300
Totale	€ 211.399.143	€ 223.538.151	€ 236.950.058	€ 247.507.597	€ 256.598.939

Si fa inoltre presente che, dai dati di consuntivo 2025, tutti i tetti di spesa sono stati rispettati.

Voce di Costo	Limite di Costo	Preconsuntivo 2025*	Differenza
Prodotti Farmaceutici	163.008.999	160.232.639	-2.776.360
Dispositivi Medici	78.474.526	78.464.168	-10.358
Dispositivi Diagnostici in Vitro (IVD)	19.339.368	17.902.133	-1.437.235

* I dati comprendono la variazione delle rimanenze

1.4 Il personale

In AOUI operano circa 5.400 dipendenti tra medici ospedalieri e universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale ed amministrativo. Inoltre, contribuiscono all'attività dell'Azienda più di 2.700 collaboratori "atipici" (medici in formazione specialistica, borse di studio e ricerca, contratti libero-professionali...).

A fine 2025, la consistenza del personale tra figure ospedaliere ed universitarie e tra dirigenza e comparto è rappresentata nella tabella che segue:

La tabella sintetizza la consistenza del personale dipendente al 31.12.2025		Personale Ospedaliero	Personale Universitario in convenzione
	Dirigenti	939	192
	Personale non dirigente	4.208	27
	totale	5.147	219

Di seguito il trend di raffronto con gli anni precedenti:

	2021	2022	2023	2024	2025
Unità effettive	5.478	5.559	5.484	5.459	5.366

1.5 Quadro economico ed investimenti

1.5.1 Sintesi dell'andamento dei risultati economici

Al fine di delineare il contesto economico-finanziario in cui AOUI si trova ad operare, si fornisce nel seguito una sintesi del Conto Economico Consuntivo 2024, ultimo rendiconto approvato e disponibile:

	Consuntivo 2023	Consuntivo 2024
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE A)	705.019.793	686.485.712
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE B)	741.660.879	772.028.491
Proventi e oneri finanziari (C)	-422.086	-207.088
Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-	86.342
Proventi e oneri straordinari (E)	-2.377.007	-349.528
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B +/- C +/- D +/- E)	-39.440.178	-86.013.054
Imposte e tasse (IRAP e IRES)	20.286.308	20.677.488
RISULTATO D'ESERCIZIO	-59.726.486	-106.690.542

Il Bilancio consuntivo 2024 presenta una perdita pari ad € -106.690.541,50, generata da un Valore della produzione pari ad € 686,485 ml di euro, da Costi della produzione per 772,028 ml di euro, oltre a Proventi ed oneri finanziari per 0,207 ml di euro, Rettifiche di valore di attività finanziarie per 0,086 ml di euro, Proventi ed oneri straordinari per – 0,349 ml di euro ed Imposte e Tasse per 20,677 ml di euro.

Tale risultato è migliorativo rispetto al risultato atteso (-€ 119,46 milioni secondo l'aggiornamento del Bilancio Preventivo approvato con deliberazione n. 1017 del 27/09/2024), ma in peggioramento significativo rispetto al consuntivo 2023.

Si segnala in particolare la diminuzione dei contributi da Regione (voce A.1)) rispetto all'esercizio 2023 (- 26,442 ml di euro, circa il 4% dell'aggregato), e più in generale il mancato finanziamento di voci specifiche ed individuate, tra le quali si cita la mancata copertura di alcune funzioni aziendali quali il Centro anti-veleni e il Centro per i grandi ustionati, attività per le quali non è previsto un finanziamento a funzione, oltre al Centro Regionale per la Fibrosi Cistica, per il quale il finanziamento vincolato ministeriale e la tariffa delle prestazioni non sono sufficienti alla copertura dei costi.

Sul fronte del Valore della Produzione si segnalano, inoltre la diminuzione di altri ricavi e proventi (-€ 15,8 milioni), compensata solo parzialmente dall'incremento dei ricavi per prestazioni sanitarie (+€ 6 milioni) e dei concorsi, recuperi e rimborsi (+€ 3,7 milioni).

Dal lato dei costi, si segnala un incremento di +€ 18 milioni rispetto al 2023 per la voce "Acquisti di beni sanitari e non sanitari", e un superamento dei limiti di costosità regionali. Dalla Relazione sulla Gestione si evince che tale superamento è imputabile al maggiore utilizzo di farmaci per patologie rare, fibrosi cistica e farmaci innovativi; per questi ultimi è tuttavia prevista una copertura tramite fondi dedicati già allocati nel Valore della Produzione.

Con riferimento al Costo del Personale, il tetto di spesa assegnato per il personale risulta rispettato, pur registrando un incremento rispetto all'anno 2023 pari a +€ 8,36 milioni; tale incremento si giustifica anche a causa del pagamento, avvenuto in corso di esercizio, dell'emolumento indennità vacanza contrattuale incrementato di 6,7 volte il relativo valore annuale erogato nel 2023, previsto dall'articolo 3 del Decreto Legge n. 145 del 18 ottobre 2023 (convertito con Legge n. 191 del 15/12/2023). Questo ha comportato un aumento del costo del personale anno 2024 rispetto all'anno 2023 pari ad € 5.054.384,01, ai quali si devono aggiungere gli oneri a carico ente.

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovi contrattuali, come da indicazioni di Azienda Zero fornite con le istruzioni contabili al Bilancio Consuntivo, nelle more della sottoscrizione dei CCNL 2022-2024 sono stati appostati accantonamenti per € 8.603.757,07.

1.5.2 Il piano investimenti

La consistenza del patrimonio di AOUI, così come risultante dalla fotografia scattata in sede di redazione del Bilancio consuntivo 2024, è esposta nel seguito:

	Valore Storico	Fondo Ammortamento	Valore Residuo
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	€ 14.178.454,91	€ 12.445.371,89	€ 1.733.083,02
IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	€ 988.991.695,67	€ 639.937.266,30	€ 349.054.429,37
IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE	€ 609.703,55	-	€ 609.703,55
Totale	€ 1.003.779.854,13	€ 652.382.638,19	€ 351.397.215,94

L'analisi dei principali indicatori elaborati in sede di redazione del Consuntivo 2024 evidenzia come il patrimonio aziendale necessiti di maggiori risorse per consentire di mantenere l'elevato standard assistenziale e di performance.

Le strategie di programmazione sul fronte degli investimenti aziendali, tendenti all'introduzione di nuove tecnologie garantendo al contempo l'efficacia e l'efficienza del patrimonio immobiliare e tecnologico esistente, vanno necessariamente inserite nel già ricordato contesto economico-finanziario, caratterizzato da una contrazione nella disponibilità di risorse pubbliche, causata da un lato dalla congiuntura economica sfavorevole e, dall'altro, dalle dinamiche inflattive, circostanze solo parzialmente controbilanciate dall'accentramento in CRITE delle assegnazioni dei finanziamenti a copertura degli investimenti nella stessa sede autorizzati.

Ciò impone alle aziende di definire con particolare attenzione il proprio piano di investimenti, tenendo conto da un lato dell'obsolescenza dei cespiti e dall'altro dell'evoluzione delle tecnologie sanitarie ed informatiche, ponendo al contempo la massima attenzione alle necessità di adeguamento normativo rispetto agli standard di sicurezza (antisismica, antincendio ed efficientamento energetico).

Nell'esercizio 2025, così come avvenuto nel 2024, AOUI è risultata assegnataria di risorse in c/capitale da parte della Regione per € 6.502.000,00, cui in corso d'anno sono stati aggiunti € 953.904,00, per un totale a disposizione di € 7.455.904,00.

Con tali fondi, vincolati al mero *mantenimento* del patrimonio aziendale, l'Azienda ha realizzato nell'esercizio 2025 alcune importanti linee di investimento, tra cui, per rilevanza, si citano:

- un'apparecchiatura per CEC (circolazione extracorporea) per €. 2.071.560,00
- due archi a C di cui uno con tavolo radiotrasparente per €. 248.500,58 e l'altro per €. 156.656,00
- due gruppi frigo per acqua refrigerata per €. 249.892,60
- telecamere, sistemi di videosorveglianza e impianti di allarme per aggressioni al personale sanitario nei PS per circa 300.000,00 euro
- sostituzioni PC, monitor e stampanti per circa 400.000,00 euro.

A fine esercizio sono inoltre state avviate le procedure per l'acquisto di:

- una TAC di fascia 1 per €. 1.158.670,00
- due neuronavigatori per €. 683.200.

Con fondi PNRR, in overbooking rispetto all'assegnazione originaria, è stata acquistata una TAC PET per €. 2.415.850,00.

Per l'esercizio 2026, è stata comunicata l'assegnazione di € 8.087.000, in aumento di 630 mila euro rispetto a quanto assegnato a tale titolo nel 2025. Azienda Zero ha precisato che ogni eventuale fabbisogno finanziario aggiuntivo dovrà trovare la correlata copertura con altre risorse di natura non regionale (art. 20, donazioni, alienazioni, contributi da privato, ecc.) o con eventuali accantonamenti pregressi.

Con riguardo a tali somme, sono in corso incontri tra le unità operative e la Direzione Strategica volti a definire fabbisogni e priorità e ad assegnare le somme a disposizione tra i diversi utilizzatori. In siffatto contesto, infatti, la pianificazione dei fabbisogni aziendali diventa attività da svolgere con la massima precisione e tenendo ben presenti i vincoli finanziari, al fine di definire le priorità e le migliori strategie di utilizzo dei finanziamenti a disposizione.

Per le esigenze di potenziamento del patrimonio esistente, il sistema regionale prevede la richiesta di autorizzazione a CRITE e l'ottenimento della correlata copertura finanziaria, strada che AOUI percorre regolarmente nell'ambito dei propri programmi di sviluppo e potenziamento.

Ogni altro eventuale fabbisogno aggiuntivo e ulteriore deve trovare idonea copertura con risorse di natura non regionale (art. 20, donazioni, alienazioni, contributi da privato, ecc.) o con eventuali accantonamenti pregressi, se disponibili.

Le priorità principali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona per l'anno 2026 sono state individuate ed elencate nelle tabelle di dettaglio del Piano Investimenti previsionale, e saranno oggetto di aggiornamento in corso d'anno.

Il Piano triennale investimenti 2026-2028 presenta un valore complessivo programmato pari ad € 89.606.690,45; di questi, solo il 44,5% è correlabile a specifica fonte di finanziamento.

Nel dettaglio, gli investimenti programmati per conto patrimoniale:

Conto di capitalizzazione	Totale
A.I.5.a Concessioni, licenze, marchi e diritti simili	€ 10.304.616,80
A.II.2.b.1.a Fabbricati strumentali (indisponibili	€ 39.431.623,40
A.II.3.a.2 Impianti e macchinari - altro	€ 12.372.473,00
A.II.4.a Attrezzature sanitarie e scientifiche	€ 19.827.928,51
A.II.5.a Mobili e arredi	€ 1.297.398,74
A.II.8.a.1 Macchine d'ufficio	€ 6.062.190,00
A.II.8.a.2 Altre immobilizzazioni materiali (altri beni)	€ 310.460,00
Totale complessivo	€ 89.606.690,45

Si riportano a seguire le tipologie di finanziamento relative agli investimenti per i quali è già prevista copertura finanziaria:

- contributi in conto capitale statali o privati per euro 22.196.680,20
- utili dell'esercizio per euro 1.006.000
- fondo per il finanziamento degli investimenti – potenziamento per euro 7.709.773,90
- fondo per il finanziamento degli investimenti – mantenimento (budget aziendale) per euro 8.197.932,75
- rettifiche già apportate in anni precedenti e contributi vincolati destinati ad investimenti per euro 841.979,57.

Con riferimento agli investimenti previsti, suddivisi per area, si segnala quanto segue:

Area tecnologie sanitarie ed informatiche

Per quanto riguarda gli investimenti in tecnologia sanitaria, si rende sempre più improcrastinabile la sostituzione delle attrezzature obsolete (ad es. navigatori per l'Otorino e per la Neurochirurgia, EEG ed EMG per la Neurologia, ecografi per varie UU.OO., per fare solo alcuni esempi).

Gli investimenti più importanti del 2026 sono rappresentati dalle 2 TAC (una per la Radiologia finanziata con il c/capitale e una per la Neuroradiologia finanziata con il Fondo economie aziendali) e 4 neuronavigatori, di cui 2 in "mantenimento" finanziati con il c/capitale e 2 in "potenziamento", per i quali è stata richiesta l'assegnazione di un finanziamento regionale dedicato.

Con riguardo agli investimenti della parte informatica, questi sono ancora fortemente orientati all'aspetto della sicurezza; tra gli altri progetti di maggior rilievo, privi però di un finanziamento dedicato, si prevedono quelli per la dematerializzazione, per l'intelligenza artificiale e la sostituzione del sistema amministrativo contabile, divenuto ormai inadeguato, per il quale si chiederà un finanziamento regionale per la parte di potenziamento.

Edilizia

I principali investimenti in Edilizia nell'esercizio 2026, oltre ai lavori funzionali all'installazione delle 2 TAC di cui sopra, interesseranno prevalentemente il presidio di Borgo Roma con la realizzazione del progetto di messa in sicurezza antisismica, la riorganizzazione degli spazi di Terapia Intensiva Neonatale presso l'Ospedale della Donna e del Bambino e l'avvio delle procedure finalizzate alla realizzazione della sede del Comune di Verona per l'attivazione del NUE (numero di emergenza unico europeo 112).

È programmata anche la realizzazione di una sala multimediale presso il Centro Culturale "Marani", per la quale l'Azienda ha ricevuto un'erogazione liberale dell'importo di 400 mila euro.

1.5.3 Il Bilancio Economico Preventivo

Il vincolo di congruità per il Bilancio Preventivo 2026, fissato dalla Regione con propria nota prot. 639896 del 25/11/2025 (prot. gen. 68352 del 25/11/2025), consiste per AOUI Verona in una perdita d'esercizio massima stimata in € -104.600.000,00; diversamente dagli esercizi precedenti, Regione non ha posto, per l'esercizio in esame, vincoli di costosità, ma un limite alla perdita d'esercizio realizzabile.

Tale obiettivo prevede che l'Azienda, rispetto al preconsuntivo atteso per l'anno 2025, riduca la perdita di oltre 14 ml di €; tuttavia va ricordato che, per effetto di dinamiche previste e quantificate da Azienda Zero, è stato necessario appostare maggiori costi per il personale e per i rinnovi contrattuali pari ad oltre 13 ml di euro, con un impatto complessivo su maggiori ricavi/minori costi, che ammonta complessivamente ad oltre 27 milioni di euro.

Nello specifico, dal confronto con il Preventivo 2025 aggiornato al III^ trimestre 2025 si evince la seguente situazione:

	BEP 2025 aggiornato al III trimestre 2025	BEP 2026 Delibera n. 1415 del 31.12.2025
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE A)	682.683.276,49	695.415.419,35
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE B)	780.729.131,52	778.997.394,35
Proventi e oneri finanziari (C)		
Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)		
Proventi e oneri straordinari (E)	429.120,74	488.415,00
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B +/- C +/- D +/- E)	-97.616.734,29	-83.093.560,00
Imposte e tasse (IRAP e IRES)	21.280.440,00	21.506.440,00
RISULTATO D'ESERCIZIO	-118.897.174,29	-104.600.000,00

Il Bilancio Economico Preventivo 2026 espone un Valore della produzione pari ad € 695.415.419,35 a fronte di Costi della Produzione pari ad € 778.997.394,35, un risultato positivo della gestione straordinaria per € 488.415,00 (dovuto a ricavi valorizzati per Poste R, come da indicazioni di Azienda Zero), oltre ad Imposte e tasse per € 21.506.440,00.

Il documento di previsione si inserisce nel quadro programmatico definito dalla Regione con la nota sopracitata e con le istruzioni contabili impartite da Azienda Zero con nota prot. 0032742 del 25/11/2025 (prot. gen. 68522 del 26/11/2025).

Come sopra ricordato, è stato necessario includere i seguenti maggiori costi, comunicati da Azienda Zero:

- Maggiori costi del Personale (rispetto al III^ trimestre): € 7.751.303,38
- Maggiori costi per accantonamenti rinnovi contrattuali: € 5.307.338,62

per un totale, non coperto da finanziamento aggiuntivo, pari ad euro 13.058.642.

Con riferimento alle altre voci di ricavo e di costo, sono stati valutati i fattori di contesto e le azioni da porre in essere per il raggiungimento dell'obiettivo di risultato fissato per AOUI Verona dalla Regione Veneto, anche in coerenza con le azioni previste nella nota prot. 62872 del 29/10/2025 e volte ad un aumento all'aumento della produttività.

La realizzazione delle attività ivi previste, unitamente allo sforzo di aumentare l'efficienza in ogni ambito, potranno consentire di rispettare il vincolo di bilancio stabilito per AOUI Verona, così come sopra definito.

Dal lato dei ricavi, stante la rigidità nell'importo dei contributi il cui valore è precompilato nel portale Planning, è stata operata un'attenta valutazione sullo sviluppo futuro dell'attività, che ha portato ad ipotizzare un importante recupero nell'area dei ricoveri, sia intra che extraregionali.

Con riferimento invece alle altre entrate diverse, sono stati stimati aumenti legati al nuovo tariffario dell'attività specialistica ed ipotizzati recuperi sia per rimborsi da privati che per l'incremento dell'attività libero professionale.

È tuttavia necessario, dal lato dei costi, per rispondere all'istanza di rispetto del vincolo posto da Regione, e avendo basato la costruzione del conto economico a partire dalla costosità 2025, applicare una rigorosa pianificazione con le UU.OO. a prescindere dalle richieste iniziali formulate delle Unità Operative.

Con riferimento ai conti legati a tetto, la previsione di spesa 2026 si attesta largamente sotto al vincolo con riferimento ai farmaci e ai dispositivi medici IVD, mentre è stata ipotizzato un lieve aumento nell'area dei dispositivi medici, necessario per dar corso agli ipotizzati aumenti nei volumi di attività. Nell'area dei costi del personale, si è ritenuto di indicare il tetto di costo fissato da Regione, poiché la risorsa strategica del personale è cruciale per la parallela crescita della produttività e per l'obiettivo di riduzione delle liste d'attesa.

L'obiettivo che l'Azienda si propone di raggiungere per l'anno 2026 è ambizioso, e passa da un radicale recupero di efficienza in ogni area.

Il raggiungimento del risultato non può essere tuttavia ottenuto, da un lato, senza la rivisitazione della struttura tariffaria dei DRG e la valorizzazione economica di alcune peculiarità aziendali (si vedano le richieste già inoltrate volte al riconoscimento della maggior costosità indotta dalla presenza di centri regionali quali la Fibrosi Cistica e il Centro Antiveleni), e, dall'altro, senza la continua attenzione all'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, alla definizione di accordi con l'Azienda territoriale di riferimento (in particolare sulla distribuzione di farmaci effettuata per i residenti), al monitoraggio continuo dei fabbisogni manifestati dai Clinici che devono essere coerenti con la programmazione aziendale.

Il rispetto dell'obiettivo di risultato, gli eventuali scostamenti e la definizione di azioni correttive, laddove necessarie, saranno oggetto di costante monitoraggio negli incontri mensili con la Direzione Strategica e le UU.OO e nelle rendicontazioni trimestrali per la Regione.

Indicatori di efficienza finanziaria

L'indicatore di tempestività dei pagamenti viene calcolato secondo quanto previsto dal DPCM del 22 settembre 2014 recante *“Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni”* ed è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture relative agli acquisti di beni, servizi e forniture.

In termini operativi, per ciascuna fattura ricevuta a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, vengono moltiplicati gli importi dovuti (al netto IVA) per i giorni intercorrenti tra la data di scadenza (calcolata a 60 giorni dalla data di arrivo della fattura elettronica dal Sistema di Interscambio) e la data di emissione del mandato di pagamento, rapportando il prodotto così ottenuto alla somma degli importi pagati (al netto IVA) nel periodo di

riferimento, così come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti forniti da RGS e MEF, da ultimo con circolare 1/2024. Sono escluse dal calcolo le partite riferite a debiti non commerciali, quali ad esempio i pagamenti di retribuzioni, le spese per contenzioso, le spese legali; le transazioni inter company (cd Poste R) sono conteggiate senza indicazione di ritardo o anticipo, attesa la loro particolare natura e la compensazione finanziaria operata a livello centrale da Azienda Zero.

Si rappresenta nel seguito l'andamento trimestrale dell'indicatore di Tempestività dei Pagamenti (ITP) aggiornato al mese di settembre 2025:

	2025
indicatore primo trimestre	-22,60
indicatore secondo trimestre	-23,85
indicatore terzo trimestre	-22,09
indicatore quarto trimestre	n.d.
Indicatore tempestività dei pagamenti (annuale)	-22,77

- L'indicatore passa dal valore di -22,60 del primo trimestre al -22,09 del terzo trimestre, rimanendo pertanto sostanzialmente invariato e nei limiti di legge.
- Il valore indica che l'Azienda ha pagato i propri debiti commerciali in circa 38 giorni.
- Con riferimento ai pagamenti effettuati oltre la scadenza dei termini previsti dal D.Lgs. n. 231/2002, si riporta l'andamento dei primi tre trimestri del 2025:

2025	Importo pagato oltre scadenza	Importo totale pagato	% pagato oltre termini su pagato totale
I^ Trimestre 2025	1.827.840,04	109.921.454,54	1,66%
II^ Trimestre 2025	461.706,21	95.254.537,94	0,48%
III^ Trimestre 2025	611.375,38	126.116.279,25	0,48%
IV^ Trimestre 2025	Non ancora rilevato		
Totale 2025	2.900.921,63	331.292.271,73	0,88%

I pagamenti oltre termini sono di una fattispecie purtroppo esistente, stante anche l'importante volume di fatture movimentato (nel solo anno 2024: circa 74.000 documenti, circa 3.000 in più rispetto al 2023), ma fortemente attenzionata dagli uffici competenti. In tal senso si segnala il progressivo miglioramento dell'indicatore, che a fine 2024 era del 2,43%.

Rimane comunque alta l'attività di sensibilizzazione e vigilanza sugli uffici liquidatori rispetto all'importanza – anche in aderenza alla normativa comunitaria di settore e alle azioni poste in essere contro i ritardi nei pagamenti delle PPAA - del rispetto dei tempi di pagamento a partire dalle situazioni più datate.

SEZIONE 2 – Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore Pubblico

Il significato proprio di “Valore Pubblico”, ampiamente discusso in ambito scientifico internazionale, deve essere interpretato alla luce dell'evoluzione delle Pubbliche Amministrazioni nel tempo.

Già a partire dagli anni Novanta, l'introduzione di logiche manageriali all'interno della pubblica amministrazione derivate dal New Public Management, ha fatto emergere quanto il concetto tradizionale di performance risultasse ormai obsoleto: il cittadino non è più il mero destinatario dei servizi ma assume un ruolo centrale, orientando così l'amministrazione verso una performance “di risultato” anziché una performance di “adempimento burocratico”.

Si è assistito successivamente ad un'ulteriore evoluzione del concetto che, in linea con il noto “triangolo strategico” di Moore (1995), ha assunto progressivamente il significato di “creazione di valore pubblico”, divenendo in tal modo un vero e proprio volano per lo sviluppo e il successo dell'azione pubblica nel contesto socio-economico di riferimento.

Al fine di poter governare tale processo risulta tuttavia necessario giungere al dinamico sistema che il concetto di valore sottende. Per tale motivo si richiama la definizione fornita dalle Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica ove viene inteso come *“espressione poliedrica della capacità di migliorare il livello di benessere economico, socio-sanitario e ambientale percepito dagli stakeholders”*. Indipendentemente dalla destinazione del valore creato, ogni Azienda deve perciò tendere all'incessante generazione di valore in modo da garantire nel tempo la soddisfazione dei bisogni; tale orientamento si riflette inevitabilmente sulle scelte gestionali dell'Azienda.

La creazione di valore non può infatti prescindere da una gestione basata sui principi di efficienza, efficacia ed economicità ancor di più in un contesto sempre maggiormente caratterizzato da una carenza di risorse. L'operare in armonia con i principi economico-aziendali e utilizzare le risorse in maniera razionale assicura una migliore qualità del servizio oltre che una maggior sicurezza ed una più intensa soddisfazione da parte dell'intera collettività.

La visione strategica dell'azienda consiste dunque nell'essere parte di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dei progressi in campo scientifico e tecnologico.

I risultati in termini di soddisfazione dei bisogni di salute rappresentano il valore pubblico, per il cui raggiungimento l'azienda è dunque chiamata a dotarsi di strumenti manageriali per il governo delle strategie e delle performance, in risposta ai bisogni di un ambiente esterno caratterizzato da dinamismo epidemiologico, demografico, sociale, tecnologico ed economico. In tale prospettiva, la pandemia da Covid-19 ha comportato suo malgrado un'eccezionale accelerazione verso il cambiamento mettendo in evidenza come la sanità sia un'area che richieda un significativo aggiornamento in termini organizzativi, gestionali, ma soprattutto digitali.

A tal proposito, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) costituisce una straordinaria opportunità destinando risorse ingenti allo sviluppo della telemedicina e digitalizzazione dei processi in genere ed investendo nell'accrescimento delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del settore sanitario.

Va inoltre ricordato come l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2015 abbia adottato l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile nella quale si delineano le direttrici delle attività per

i successivi 15 anni. I 17 Sustainable Development Goals che compongono l'Agenda 2030 rappresentano il piano di azione globale per sradicare la povertà, proteggere il pianeta e garantire la prosperità per tutti.

Sustainable Development Goals - Agenda 2030



Indicatori Goal 3 – Salute e Benessere

SDGs e TARGET ONU	INDICATORI ONU	
Goal 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età 	3.2.1 - Tasso di mortalità sotto i 5 anni	3.7.1 - Percentuale di donne in età riproduttiva (15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni
	3.2.2 - Tasso di mortalità neonatale	3.7.2 - Quozienti specifici di fecondità per età per 1000 donne tra i 10 e i 14 anni e tra i 15 e i 19 anni
	3.3.1 - Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione	3.8.1 - Copertura dei servizi sanitari essenziali
	3.3.2 - Incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti	3.8.2 - Percentuale della popolazione con una proporzione elevata di spesa delle famiglie per la salute rispetto alla spesa totale delle famiglie o del reddito
	3.3.4 - Incidenza della epatite B per 100.000 abitanti	3.9.3 - Tasso di mortalità attribuita ad avvelenamento accidentale
	3.4.1 - Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche	3.a.1 - Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età
	3.4.2 - Tasso di mortalità per suicidio	3.b.1 - Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale
	3.5.2 - Consumo alcol pro capite (per la popolazione di età compresa tra 15 anni e più) in un anno in litri di alcol puro	3.b.2 - Assistenza totale netta ufficiale allo sviluppo per la ricerca medica e settori della sanità di base
	3.6.1 - Tasso di mortalità per incidenti stradali	3.c.1 - Densità e distribuzione dei professionisti sanitari

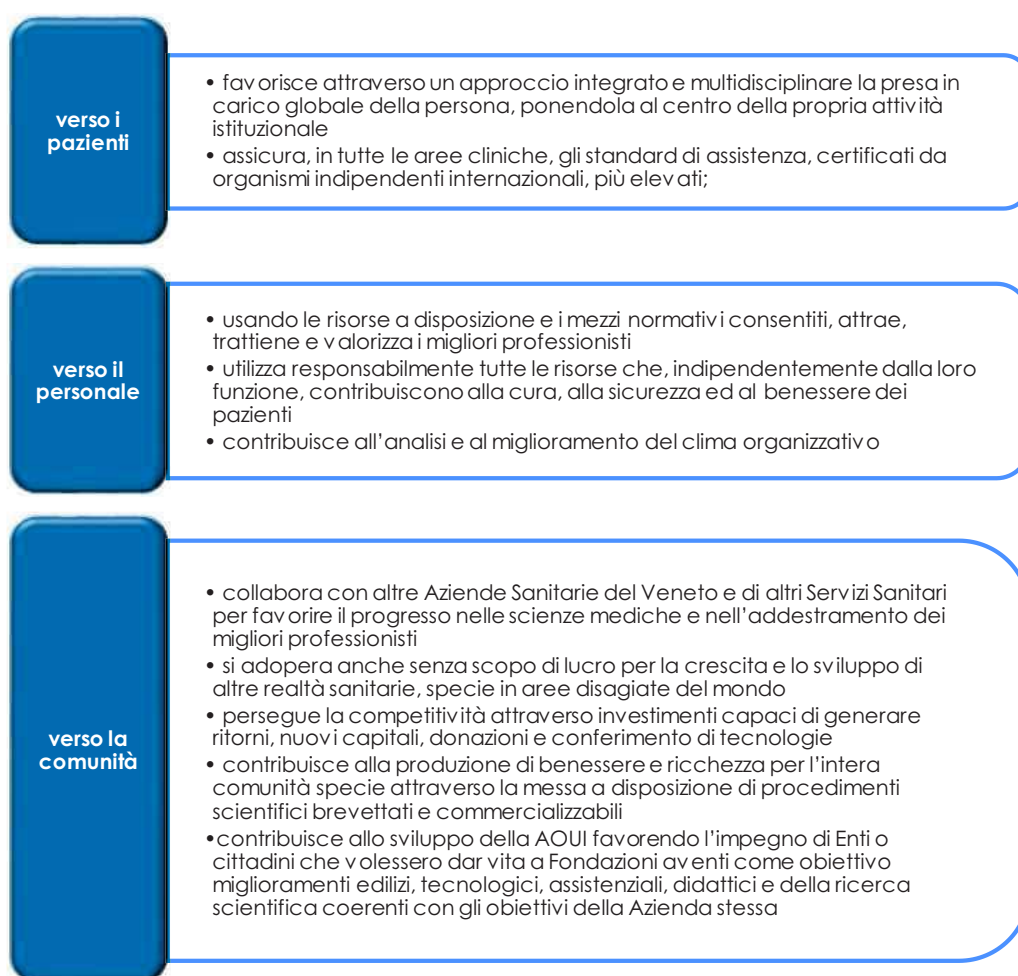
Sulla scia di tali obiettivi, la Regione Veneto ha adottato, il 20 luglio 2020, la Strategia Regionale per lo Sviluppo Sostenibile (SRSvS), mirata ad individuare i principali strumenti per contribuire al raggiungimento degli obiettivi della Strategia Nazionale per lo Sviluppo

sostenibile (SNSvS) – approvata nel dicembre 2017 – nonché ai goals e ai target contenuti nella suddetta “Agenda 2030”.

In particolare, il principale goal delle Aziende Sanitarie è assicurare la salute ed il benessere per tutti e per tutte le età; AOUI, in quanto azienda ospedaliera di produzione e non di erogazione è chiamata a supportare le aziende territoriali in tale direzione.

La missione istituzionale di AOUI, pertanto, è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica e psichica, in un processo che includa in modo inscindibile la *didattica*, intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione, e la *ricerca* volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche, biomediche e organizzative.

In particolare l'AOUI:



L'AOUI fa propri i principi e gli strumenti del **governo clinico** come elementi strategici del proprio modello di funzionamento: la pratica professionale e clinica devono essere guidate dalle più aggiornate tecniche e procedure, per le quali si disponga di provata evidenza, al fine di assicurare gli standard più elevati secondo criteri di appropriatezza e nel rispetto del principio della corretta gestione delle risorse a disposizione.

Secondo quanto stabilito dalla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 e perseguendo obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, l'AOUI contribuisce, coordinandosi con l'Ente di Governance della Sanità Regionale Veneta denominato “Azienda per il Governo della

Sanità della Regione Veneto - Azienda Zero" nell'ambito delle linee guida e coordinamento regionale, alla realizzazione della programmazione concertata.

Strategia di creazione di valore pubblico AOUI

Macro-area di intervento		Finalità perseguite	Azioni programmate
a)	Governo clinico	soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini, attraverso un approccio integrato in grado di favorire l'eccellenza clinica	- Favorire l'accessibilità ad un percorso di cura sicuro e di qualità; - Garantire adeguati standard quali-quantitativi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA); - Potenziare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA); - Assicurare alti livelli di formazione e aggiornamento dei professionisti sanitari; - Consolidare le attività di sperimentazione e ricerca clinica; - Favorire l'integrazione Ospedale-Territorio; - Favorire l'appropriato utilizzo e il governo delle risorse.
b)	PNRR e innovazione organizzativa e tecnologica	modernizzare, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l'accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari	attuazione delle progettualità previste nell'ambito del PNRR e altri interventi
c)	Valorizzazione del personale	sostegno dei processi di cambiamento e del benessere organizzativo	- favorire la formazione e sviluppo delle competenze individuali - favorire il benessere organizzativo attraverso indagini sul clima e l'attuazione di iniziative per una migliore valorizzazione e soddisfazione del personale
d)	Trasparenza e anticorruzione	obiettivi di equità nell'amministrazione ed accountability	attuazione dei piani di contrasto alla corruzione e rispetto dei principi di trasparenza

a) Governo clinico e b) PNRR e innovazione organizzativa e tecnologica

Con riferimento ai punti a) e b) al fine di favorire la creazione e la protezione del valore pubblico atteso verrà assegnata prioritaria importanza **al governo delle liste di attesa** – peraltro in linea con gli indirizzi strategici nazionali e regionali – ponendo in essere azioni fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni; l'obiettivo è di tutelare e assicurare un elevato grado di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili.

In particolare AOUI intende individuare azioni migliorative sul sistema di prenotazione, sulla capacità di erogazione e sul sistema di monitoraggio dei tempi d'attesa al fine di facilitare l'accesso alle cure, incrementare la flessibilità dell'offerta e razionalizzare le risorse.

Si affianca poi la dimensione della **digitalizzazione** per realizzare la **piena accessibilità**, fisica e digitale (mediante sito web istituzionale, app...), in particolare a favore dei **cittadini ultra sessantacinquenni** e dei cittadini con disabilità; andranno favorite le azioni volte alla semplificazione e reingegnerizzazione dei processi e delle procedure aziendali. Si tratta di

obiettivi prioritari tra l'altro promossi dalla Regione Veneto attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi alle Aziende del sistema sanitario regionale.

L'accessibilità deve conformarsi ad un modello universale di progettazione, fondato su sette principi fondamentali, volto alla semplificazione e alla chiarezza per gli utenti che accedono all'ospedale quale proxy del benessere del cittadino:



c) Valorizzazione del personale

Per il punto c) va sottolineato che la creazione e la salvaguardia del valore pubblico si perseguono con azioni di **miglioramento della salute organizzativa**, con strategie pianificate e metodologie di lavoro agile e della salute professionale nonché mediante reclutamento di profili con competenze adeguate e periodicamente aggiornate. A tal proposito, sulla base degli esiti dell'indagine di Clima Organizzativo, verranno implementate iniziative volte alla valorizzazione del personale, anche volte al miglioramento del benessere psico-fisico.

d) Trasparenza e anticorruzione

Per il punto d) il valore pubblico si esplicita attraverso la programmazione di misure di trasparenza e di gestione dei rischi – e relativi indicatori – sia specifiche che generali. Tali misure sono funzionali al miglior andamento dell'attività amministrativa e alla percezione della qualità dei servizi da parte della collettività in termini di efficienza e imparzialità. Gli strumenti di trasparenza, come ad esempio la pubblicazione delle informazioni all'utente, consentono ai cittadini e agli altri stakeholders di conoscere a fondo l'operato dell'Amministrazione.

Misurazione del valore pubblico

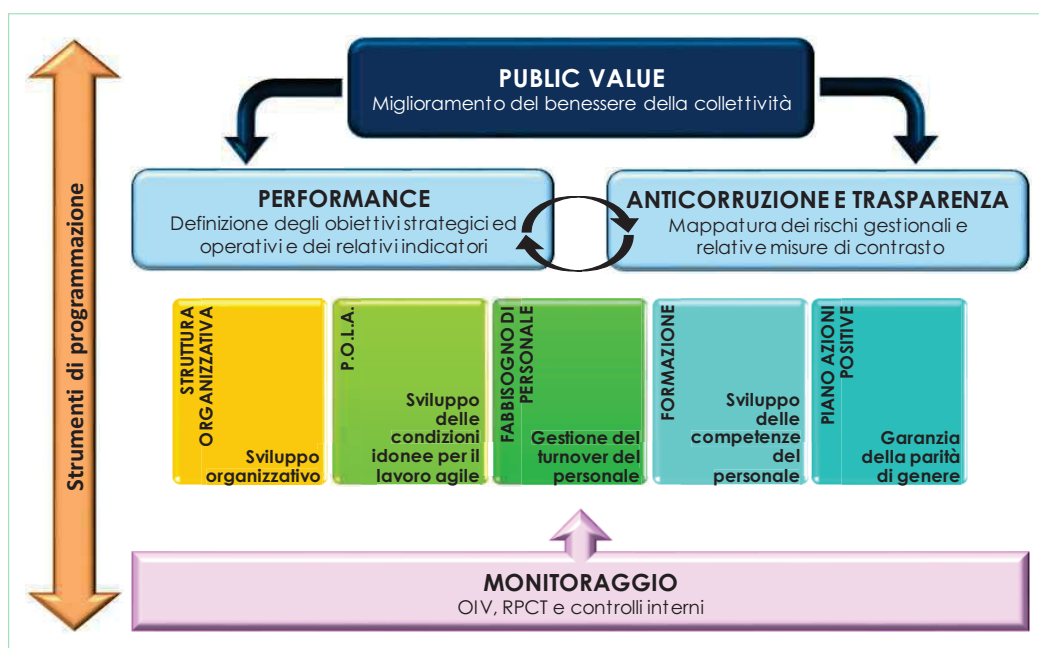
Il valore pubblico si realizza, quindi, mediante una combinazione bilanciata tra economicità e socialità, con particolare attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui la l'Azienda riesce a gestire le proprie risorse in modo efficiente ed efficace.

La **misurazione del valore pubblico** viene effettuata mediante un confronto tra status quo, target preventivo e risultato consuntivo, facendo riferimento agli indicatori di impatto e di esito della Performance e delle fonti di verifica della soddisfazione degli utenti. Il valore pubblico è tanto maggiore quanto più alta è la capacità dell'azienda di trovare un compromesso complessivamente migliorativo tra le diverse prospettive del benessere.

Calcolare la misura sintetica del valore pubblico, per quanto relativa, consente di mettere a sistema e governare i diversi indicatori di impatto, intervenendo in maniera selettiva in caso di scostamenti tra consuntivo e preventivo.

Pertanto, partendo dalla concezione di valore pubblico il presente Piano intende sviluppare gli obiettivi strategici ed operativi della performance, mappare i rischi gestionali e le misure di contrasto dell'anticorruzione e trasparenza nonché sviluppare l'area dell'organizzazione e del capitale umano con i relativi monitoraggi.

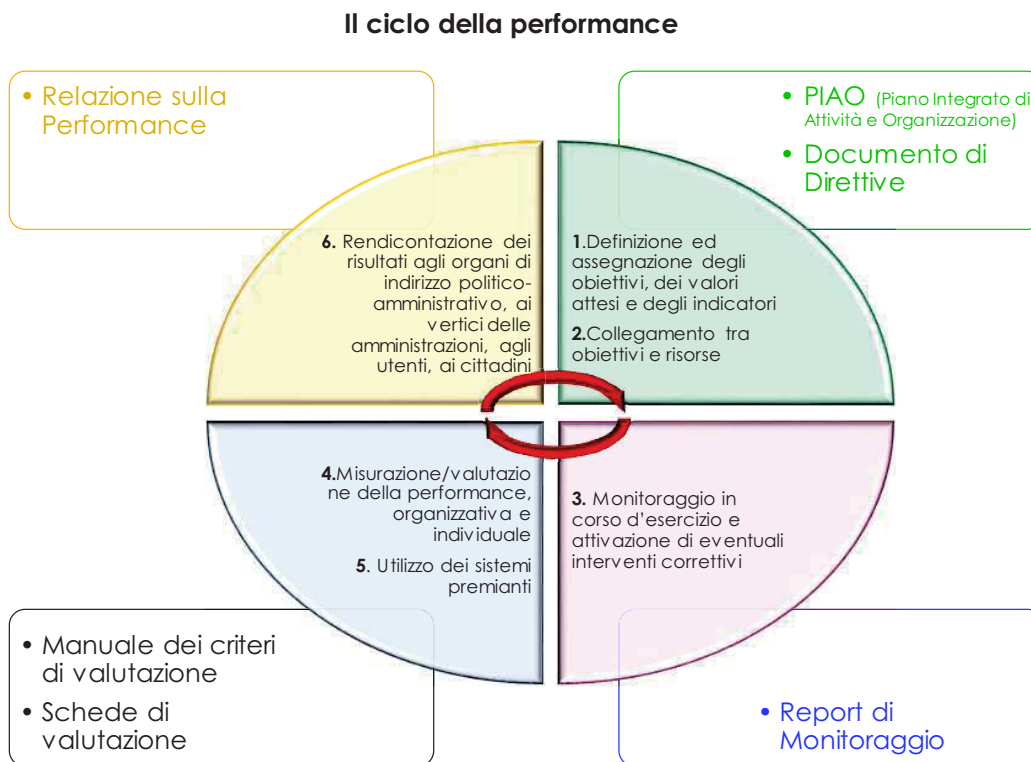
Processo di creazione del valore pubblico



2.2 Performance

2.2.1 Il Ciclo di gestione della performance

Come previsto dalla normativa vigente – D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e DGRV n. 140 del 16.02.2016 – il ciclo di gestione della performance di AOUI si articola nelle fasi della metodica di budget, rappresentate di seguito.



Si descrivono brevemente le singole fasi.

Programmazione	Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, ricomprendendo in esso i diversi documenti di programmazione precedentemente in vigore per le PA, nel tentativo di rendere più organica la fase di pianificazione interna alle Aziende. L'Azienda, facendo parte di un articolato contesto istituzionale, recepisce ed integra la programmazione regionale e nazionale. La Regione, infatti, assegna annualmente alle Aziende Obiettivi di Salute e di Funzionamento specifici e dettagliati, che vengono recepiti con deliberazione del Direttore Generale individuando le strutture aziendali referenti aventi il compito di coordinare tutte le iniziative utili al perseguimento degli obiettivi stessi. La programmazione annuale della performance prende avvio con il Documento di Directive/Linee Operative per il Budget che rappresenta il punto di riferimento in termini di obiettivi, linee guida e criteri per la formulazione del budget. Tale documento viene inviato ai Direttori di unità operativa complessa, ai Responsabili di unità operativa semplice e a valenza dipartimentale ed ai Coordinatori dei moduli di attività al fine di darne massima diffusione. L'avvio del processo di budget, con la relativa documentazione inerente al Ciclo della Performance, viene comunicato tempestivamente all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'AOUI, che ha il compito istituzionale di vigilare sull'intero processo.
-----------------------	---

Formulazione del Budget	Il Controllo di Gestione, sulla base del Documento di Directive/Linee Operative per il Budget, predispone la Scheda di Budget che contiene gli obiettivi da perseguire, le azioni e gli indicatori di verifica nonché il peso assegnato agli stessi (la somma dei pesi deve risultare pari a 100); per ciascun indicatore viene inoltre individuato il soggetto "valutatore" (Unità Operativa o Gruppo di Lavoro competente) in funzione dell'area in cui l'obiettivo si colloca, e a cui spetta il compito di proporre – in fase di valutazione – il grado di raggiungimento del target prefissato. L'insieme dei valutatori individuati costituisce il Comitato di Valutazione degli obiettivi di budget. Le Schede di Budget recepiscono gli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione e sono altresì integrate con obiettivi aziendali; le stesse sono quindi trasmesse ai Direttori, ai Responsabili ed ai Coordinatori. Prende dunque avvio la fase di diffusione e discussione degli obiettivi: la Direzione Aziendale organizza incontri dipartimentali con i Direttori, i Responsabili ed i Coordinatori – che possono essere coadiuvati da propri Collaboratori – con lo scopo di concordare un sistema condiviso di obiettivi. Partendo dalle Schede di Budget si raccolgono contestualmente eventuali proposte di integrazione, modifica e rettifica, che vengono successivamente recepite subordinatamente alla validazione della Direzione Aziendale. Il Controllo di Gestione svolge funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formulazione degli obiettivi specifici; in qualità di Struttura Tecnica Permanente aggiorna l'OIV sullo stato dell'arte dell'intero processo. I Direttori, i Responsabili ed i Coordinatori hanno l'obbligo di informare i propri Collaboratori in merito agli obiettivi assegnati, col fine di diffondere al personale i contenuti della programmazione di AOUI, gli obiettivi assegnati alla struttura, gli indicatori ed i risultati attesi, che saranno poi utilizzati per la misurazione e la valutazione della performance organizzativa. La diffusione delle informazioni all'interno delle strutture aziendali deve avvenire all'insegna della massima trasparenza e con modalità strutturate e verificabili mediante stesura di un verbale che attesti l'avvenuta condivisione e quale evidenza in caso di eventuali contestazioni.
Monitoraggio	L'attività di monitoraggio rappresenta una fase fondamentale per il funzionamento dell'intero sistema, poiché consente di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi assegnati ed i risultati attesi e, se necessario, adottare le misure correttive. La misurazione delle attività svolte, degli indicatori e delle risorse utilizzate si basa sui dati provenienti dai sistemi informativi aziendali e regionali. A tal proposito negli ultimi anni la Regione Veneto ha progressivamente consolidato l'attività di monitoraggio anche attraverso l'implementazione di un Datawarehouse regionale; inoltre organizza incontri periodici con le Aziende Sanitarie per la verifica dello stato di avanzamento degli obiettivi assegnati. Il Controllo di Gestione predispone e mette a disposizione, della Direzione strategica e degli altri attori del processo di budget, la reportistica finalizzata al monitoraggio periodico (Report di Monitoraggio). La reportistica standard può essere integrata da analisi di dettaglio per indagare ed approfondire ambiti e situazioni critiche. Nel caso di eventi non prevedibili, adeguatamente documentati, che possono rendere difficile la realizzazione di uno o più obiettivi, si procede alla revisione del budget. A fronte di situazioni di previsto squilibrio economico-finanziario o di nuove indicazioni regionali, il Direttore Generale può procedere alla revisione del budget generale. A cadenza periodica, il Controllo di Gestione – in qualità di struttura permanente – aggiorna l'OIV sullo stato di avanzamento del Ciclo della Performance. Per maggiori dettagli si rimanda alla sezione 4 del presente Piano.
Valutazione della Performance Organizzativa	Il sistema di misurazione e di valutazione dei risultati (performance) è rivolto a tutto il personale dipendente dell'AOUI, dato che i processi di misurazione

	e di valutazione riguardano sia la performance organizzativa che quella individuale. La valutazione della performance organizzativa si realizza, con riferimento alla singola struttura operativa (UOC, USD, MdA), utilizzando il sistema di misurazione legato agli obiettivi di budget, al set di indicatori prestabilito ed ai valori degli stessi a consuntivo, con riferimento ai target attesi. La valutazione viene condotta dal Direttore Sanitario e dai soggetti di volta in volta competenti (per i DAI e per i Servizi in Staff afferenti alla Direzione Sanitaria) e dal Direttore Amministrativo per le strutture tecnico-amministrative, col supporto del Controllo di Gestione. Il sistema di valutazione della performance organizzativa vigente in AOUI prevede che i Direttori/Responsabili/Coordinatori delle strutture aziendali possano presentare eventuali controdeduzioni in relazione alla valutazione ottenuta, entro 20 giorni dal ricevimento della stessa. Le richieste di revisione della valutazione, presentate sotto forma di relazione ed inviate al Controllo di Gestione, vengono analizzate dalla Direzione Aziendale: qualora accolte, danno luogo alla revisione del punteggio assegnato. Il raggiungimento degli obiettivi di budget costituisce il requisito per accedere alla retribuzione di risultato. Il sistema prevede che un parziale raggiungimento degli obiettivi, non giustificabile da fattori contingenti ed imprevedibili intervenuti in corso d'anno, comporti una proporzionale e limitata erogazione dell'incentivo: il mancato ed immotivato raggiungimento dei risultati concordati, oltre a determinare gli effetti giuridici indicati dai CCNL delle aree dirigenziali, comporta la mancata attribuzione dell'incentivo ed il recupero dell'eventuale quota corrisposta per lo stato di avanzamento.
Valutazione della Performance Individuale	Per quanto concerne la performance individuale, la funzione di misurazione e valutazione è individuata nel ruolo del valutatore che, ai diversi livelli ed in conformità a quanto previsto dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti, si sviluppa in senso gerarchico, in relazione ai compiti ricoperti ed in conformità con l'assetto organizzativo definito dall'Atto Aziendale. La performance individuale, volta a misurare il contributo del singolo al raggiungimento degli obiettivi aziendali, oltre a fattori relazionali/comportamentali, viene misurata annualmente dal diretto responsabile gerarchico attraverso apposite schede di valutazione in applicazione dei vigenti CC.CC.NN.LL e delle intese tra Amministrazione ed Organizzazioni Sindacali riferite alle diverse aree contrattuali: Dirigenza Area Sanità – Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa e Comparto.
Valutazione della Performance Individuale: Area Sanità	I criteri di valutazione dei dirigenti appartenenti all'Area Sanità sono stati stabiliti nell'accordo integrativo sottoscritto in data 25.07.2022. Esiste una differenziazione del valutatore in base al tipo di incarico posseduto dal Dirigente: - i Dirigenti con incarico di Struttura Complessa, di Struttura Semplice Dipartimentale e di Altissima Professionalità dipartimentale sono valutati dal Direttore di Dipartimento; - tutti gli altri Dirigenti saranno valutati dai rispettivi Direttori di Unità Operativa Complessa o dai Responsabili di Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale in base all'afferenza. Verrà utilizzato il "modulo di assegnazione degli obiettivi" per attribuire al singolo gli obiettivi individuali e il relativo peso, per evidenziare gli indicatori ed in fase finale per valutare i risultati raggiunti da ogni Dirigente. Gli obiettivi assegnati ai Dirigenti e indicati nel modulo dovranno rispettare le seguenti peculiarità: ▪ essere prestazionali per tutti i Dirigenti; ▪ per i Direttori/Responsabili di Struttura devono essere previsti anche obiettivi di tipo gestionale; ▪ essere oggettivamente raggiungibili; ▪ avere indicatori di risultato definiti e oggettivi; ▪ essere misurabili in modo oggettivo; ▪ essere coerenti alla posizione funzionale assegnata e al grado di responsabilità delegato;

	La quota di retribuzione di risultato viene riconosciuta al Dirigente in proporzione al livello di raggiungimento degli obiettivi individuali conseguiti. Il punteggio ottenuto dovrà essere poi ponderato con un coefficiente di maggiorazione corrispondente all'incarico individuale posseduto dal singolo dirigente: - 1,2 per i direttori di struttura complessa; - 1,1 per i dirigenti responsabili di struttura semplice dipartimentale e non e i dirigenti con incarico di altissima professionalità dipartimentale e non; - 1 per tutti gli altri dirigenti; La somma dei punteggi raggiunti da tutti i Dirigenti (obiettivi raggiunti) verrà utilizzata quale divisore nel rapporto di suddivisione del fondo. Tale quoziente verrà utilizzato come moltiplicatore del valore degli obiettivi raggiunti da ogni singolo Dirigente al fine di individuare il corrispettivo economico. Sarà attribuito al 5% dei Dirigenti che hanno ottenuto le performance più elevate una maggiorazione del 30% rispetto al valore individuale complessivo conseguito.
--	--

Valutazione della Performance Individuale: Dirigenza PTA	I criteri di valutazione dei dirigenti appartenenti al ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo sono stati stabiliti nell'accordo integrativo sottoscritto in data 22.03.2022 Esiste una differenziazione in base al tipo di incarico conferito: A. Dirigente con incarico di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale: la valutazione viene effettuata a cura del Direttore di Dipartimento, sentito il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo (secondo l'area di appartenenza) sulla base del livello di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa) assegnati all'Unità Operativa nell'anno di riferimento; B. altri Dirigenti: la valutazione avviene a cura dei rispettivi Direttori di Unità Operativa di afferenza, attraverso la scheda di valutazione individuale, che considera 5 parametri: • qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura (U.O.) • grado di conseguimento di specifici obiettivi individuali (grado attuazione compiti affidati) • grado di competenza professionale (e manageriale – solo per i Direttori di Struttura) dimostrata nel perseguire il raggiungimento degli obiettivi • capacità di valutare i propri collaboratori rendendoli partecipi al conseguimento degli obiettivi. Capacità di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività • grado di adesione ai valori aziendali, tra cui trasparenza, onestà, coerenza, orientamento all'utenza, rispetto delle persone e delle cose, valorizzazione dei collaboratori, qualità e impegno, responsabilità, apertura al cambiamento. I punteggi dei singoli item della scheda possono assumere i seguenti valori: 2-8-16-18-20. Il metodo di calcolo per l'assegnazione della retribuzione individuale di risultato si basa sulla somma dei punteggi attribuiti aggregando poi i punteggi per range: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fascia di punteggio</th><th>Quota spettante</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Da 10 a 30</td><td>0%</td></tr> <tr> <td>Da 31 a 47</td><td>30%</td></tr> <tr> <td>Da 48 a 67</td><td>60%</td></tr> <tr> <td>Da 68 a 80</td><td>80%</td></tr> <tr> <td>>81</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table> Il risultato così conseguito viene infine moltiplicato per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi riferiti all'Unità Operativa di appartenenza (performance organizzativa), così come certificato dal Controllo di Gestione, e parametrato ai giorni di presenza. La scheda di valutazione individuale costituisce, con riferimento all'anno precedente, non solo la valutazione ai fini dell'assegnazione della	Fascia di punteggio	Quota spettante	Da 10 a 30	0%	Da 31 a 47	30%	Da 48 a 67	60%	Da 68 a 80	80%	>81	100%
Fascia di punteggio	Quota spettante												
Da 10 a 30	0%												
Da 31 a 47	30%												
Da 48 a 67	60%												
Da 68 a 80	80%												
>81	100%												

	retribuzione di risultato ma, al termine dell'incarico conferito, per la sola Dirigenza Medica viene utilizzata dal Collegio Tecnico di valutazione di II istanza per la valutazione relativa all'attività professionale ed ai risultati raggiunti, al fine della conferma o revoca dell'incarico. Serve altresì per la verifica riconducibile all'applicazione di eventuali ulteriori istituti contrattuali. Al fine di documentare l'avvenuta informativa sugli elementi costitutivi del processo di valutazione, si prevede che il Direttore valutatore richieda al Dirigente valutato di apporre la propria firma per presa visione sulla scheda, con eventuali osservazioni del valutato stesso e la data in cui è avvenuto l'incontro. Sarà attribuito al 10% dei Dirigenti PTA che hanno ottenuto le performance più elevate una maggiorazione del 30% rispetto al valore medio pro-capite delle risorse destinate alla retribuzione di risultato.
Valutazione della Performance Individuale: Comparto	I criteri di valutazione del personale del comparto sono stati stabiliti nell'accordo integrativo sottoscritto in data 27.12.2018. Il collegamento tra performance individuale e performance organizzativa, storicamente più strutturato per la dirigenza, per il personale del Comparto ha trovato realizzazione negli ultimi accordi integrativi siglati con le Organizzazioni Sindacali di categoria, che prevedono che il fondo della produttività individuale, al netto delle quote destinate a premiare particolari obiettivi strategici (fondo Direttore Generale) e di quelle volte al riconoscimento di maggiori responsabilità, venga suddiviso in due percorsi distinti nelle percentuali del 60% e 40%. La quota relativa al primo percorso (quota A), collegata agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto al Direttore Generale dell'AOUI, viene integralmente erogata qualora la valutazione della performance aziendale complessiva dell'anno di riferimento sia non inferiore al 75% del punteggio messo a disposizione dalla Regione per la sua misurazione: in caso contrario viene proporzionalmente ridotta. La quota relativa al secondo percorso (quota B) è invece destinata a premiare le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi specifici di singole équipe, Moduli di Attività, Unità Operative e viene corrisposta sulla base delle schede di valutazione individuale; a titolo di esempio si riportano i parametri utilizzati per la valutazione del personale del Comparto: 1) grado di partecipazione individuale al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'équipe 2) relazione con utenti – colleghi – superiori 3) integrazione nel gruppo 4) coinvolgimento nei cambiamenti organizzativi 5) iniziativa personale e proposta di soluzioni innovative/migliorative 6) orientamento al risultato e al miglioramento continuo 7) capacità di organizzare autonomamente la propria attività lavorativa 8) capacità di utilizzo e/o gestione delle risorse assegnate. Per ciascun item è prevista una valorizzazione che per il punto 1) va da 1 a 30, mentre per gli altri punti va da 1 a 10, per un totale massimo di punti 100. In relazione al punteggio raggiunto viene erogata una quota individuale proporzionale che rappresenta una parte dell'importo complessivo della produttività spettante. Il valore degli incentivi viene ovviamente messo in relazione coi giorni di presenza al lavoro e all'eventuale part-time; la quota è attribuita tenendo conto dei diversi coefficienti risultanti, rapportando la retribuzione tabellare delle categorie con il livello iniziale ed è distribuita mensilmente, a titolo di acconto, previa verifica periodica dello stato di avanzamento dei progetti e/o conseguimento degli obiettivi e comunque fatta salva verifica finale, a consuntivo, del raggiungimento degli obiettivi stessi. Sarà attribuito al personale del comparto che abbia ottenuto le performance più elevate, fino a concorrenza della somma destinata, una maggiorazione del 30% rispetto alla quota incentivante dei singoli dipendenti.

Il ciclo della performance si svolge secondo uno schema logico-temporale sinteticamente rappresentato nel cronoprogramma riportato di seguito, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da specifiche attività.

Cronoprogramma 2026-2028

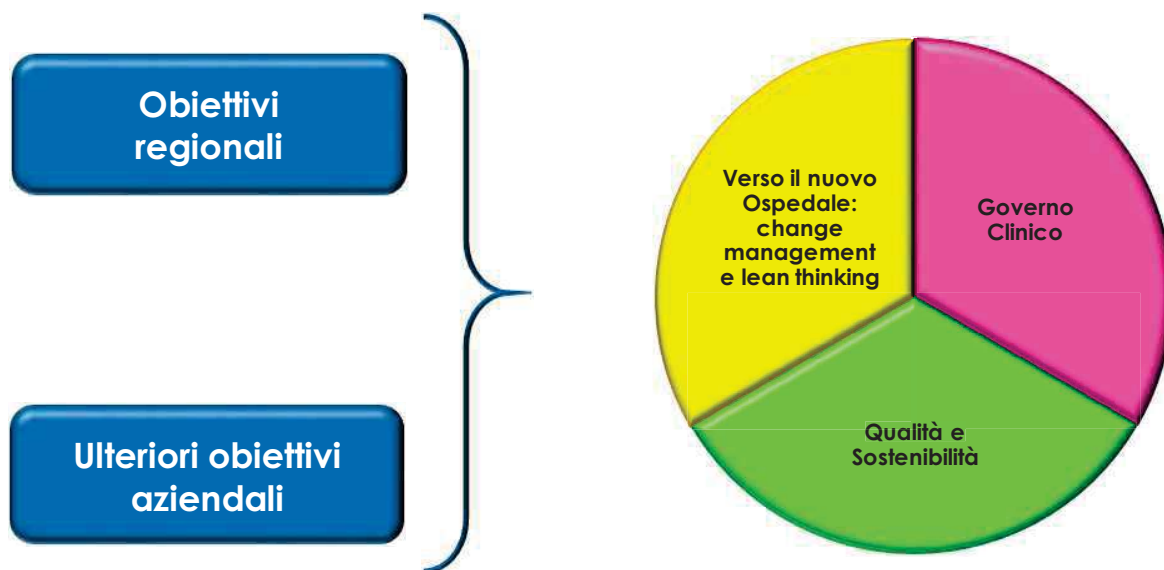
	anno 2026												anno 2027												anno 2028															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Elaborazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione e relativa pubblicazione	■									■	■	■	■										■	■	■	■														
Elaborazione del Documento di Direttive/Linee Operative per il Budget		■	■	■										■	■	■										■	■	■												
Elaborazione, diffusione e discussione delle Schede di Budget		■	■	■										■	■	■										■	■	■												
Eventuale integrazione delle Schede di Budget					■	■	■	■	■							■	■	■	■	■								■	■	■	■	■								
Monitoraggio degli obiettivi per la Direzione e le Unità Operative	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Valutazione della performance organizzativa anno precedente		■	■	■	■	■								■	■	■	■	■								■	■	■	■	■										
Valutazione performance individuale anno precedente					■	■	■											■	■	■									■	■	■									
Redazione della Relazione sulla Performance anno precedente					■	■												■	■										■	■										
Validazione da parte dell'OIV				■						■						■							■					■						■						
Erogazione delle premialità										■	■												■	■										■	■					

2.2.2 La programmazione regionale ed aziendale

L'Azienda opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce e integra le prescrizioni e le indicazioni provenienti da diversi livelli, in primo luogo dalla Regione.

Quest'ultima assegna annualmente alle Aziende Obiettivi di Salute e di Funzionamento specifici e dettagliati. Gli obiettivi definitivi per l'anno 2026, che guideranno le strategie aziendali non sono al momento ancora disponibili. Nelle more di questi, la Regione Veneto ha comunque anticipato – con DGR n. 1524 del 11.12.2025 – che i temi di valutazione per l'anno 2026, in continuità con gli obiettivi già individuati per il 2025, verteranno in particolare sugli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, sul perseguimento PNRR Missione 6 e sulla sostenibilità economica del miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie. Inoltre, non sono al momento disponibili gli obiettivi 2026 da parte del Consiglio Regionale.

A tali obiettivi si affiancano quelli aziendali che in parte riprendono e in parte integrano quelli definiti a livello regionale, che sono stati articolati all'interno di tre dimensioni:



2.2.2.1 Verso il nuovo Ospedale: change management e lean thinking¹⁵

2.2.2.1.1 Riorganizzazione e transizione digitale: il paziente al centro

La riorganizzazione logistica e strutturale: masterplan

Il Master Plan rappresenta il documento di programmazione di AOUI volto alla riorganizzazione delle due sedi ospedaliere di Borgo Trento e Borgo Roma ed è il risultato di una serie di consultazioni che la Direzione Aziendale ha effettuato con il Collegio di Direzione e Università.

L'assetto aziendale consta in un modello organizzativo costituito da un unico Ospedale, articolato su due sedi secondo una logica di intensità di cura e di centralità del paziente oltre che di riconoscimento del valore di integrazione con il contesto urbano.

In tal senso, il programma degli interventi contenuto nel presente Documento descrive una serie di opere edilizie e tecnologiche che interessano ambedue le sedi, talune già avviate, in una visione organica ed unitaria, perfettamente integrate con quelle già realizzate in passato.

Il Programma tiene naturalmente in considerazione l'imprescindibile esigenza di continuità nell'erogazione del servizio ed è supportato da un'attenta analisi di redistribuzione delle funzioni su ambedue le sedi e di pianificazione delle necessarie operazioni di trasferimento dei servizi.

I principi cardine che, negli ultimi anni, hanno guidato la programmazione degli interventi strutturali di AOUI sono:

- *localizzazione strategica* (integrazione ed interattività con il contesto urbano e facilità di accesso)
- *organizzazione integrata* (interrelazione assistenza-ricerca-didattica e collegamento ospedale-territorio-domicilio)

¹⁵ Il presente paragrafo è stato redatto a cura dei referenti individuati per area di competenza.

- *appropriatezza* (sicurezza del paziente, gestione multidisciplinare delle complessità cliniche, sviluppo di modelli organizzativo-assistenziali avanzati e terapie innovative)
- *innovazione tecnologica* (potenziamento dell'ICT, sperimentazione ed utilizzo di attrezzature sanitarie avanzate, affidabilità edilizia e tecnologica, sostenibilità ambientale)
- *didattica avanzata* (formazione superiore in ambito medico e sanitario, sviluppo di tecniche e metodi di addestramento simulato, potenziamento di spazi per la congressualità)
- *personalizzazione delle cure ed accoglienza* (empowerment del paziente, tutela della privacy e rispetto dell'individualità, percorsi dedicati inpatient e outpatient, sviluppo della telemedicina, comfort degli spazi)
- *accreditamento* (eccellenza dei servizi e dei risultati, certificazione di eccellenza internazionale).

La riorganizzazione delle sedi ospedaliere di AOUI descritta nel Master Plan si pone in continuità con tali principi ispiratori che, di fatto, trovano sintesi nel duplice obiettivo della missione 6, relativa alla "Salute", del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR):

1. favorire l'integrazione tra servizi sanitari e territoriali, anche attraverso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedale di Comunità)
2. valorizzare gli investimenti nel "sistema salute" in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici attraverso:
 - ammodernamento del parco tecnologico e digitale
 - la realizzazione di un ospedale sicuro e sostenibile
 - la valorizzazione ed il potenziamento della ricerca biomedica del SSN
 - lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Si riepilogano qui di seguito gli interventi sostenuti e quelli in programma da sostenere, in linea con l'ultima versione del MasterPlan presentata in settembre 2023 alla Regione Veneto:

INTERVENTI CONCLUSI PRESSO IL PRESIDIO DI BORGO TRENTO

- **Pronto Soccorso:** installazione sistema antiaggressione;
- **Alte Energie:** Collaudo RM-Linac;
- **Alte energie:** realizzazione tunnel di collegamento antincendio e completamento installazione ascensori per adeguamento antincendio e percorsi verticali;
- **Padiglione 3-4:** completamento rifacimento tetto;
- **Pad. 12:** trasferimento della Nefrologia presso il primo piano;
- **Ristrutturazione cucina:** passando dal regime fresco caldo al cook&chill;
- **Realizzazioni percorsi dedicati per i pazienti della Gamma Knife;**
- **Polo corridoio esterno blocco operatorio:** rifacimento parziale della pavimentazione con pavimentazione adatta a carichi pesanti, rifacimento parziale dei rivestimenti con installazione di protezioni murali;
- **Attrezzature PNRR installate:** sostituzione di n. 1 Tac Pet presso la Medicina Nucleare, concludendo di fatto la Missione 6 C2 I 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero - sostituzione grandi apparecchiature;

INTERVENTI PREVISTI PER IL 2026 PRESSO IL PRESIDIO DI BORGO TRENTO

- **Realizzazione nuova mensa presso il Padiglione 5:** Importo stimato 2.000.000 euro;
- **NUE 112:** progettazione per la realizzazione del nuovo NUE 112 (finanziamento Regione Veneto € 5 milioni);
- **Realizzazione sala multimediale presso il Pad. 11** (finanziamento da privati per € 400.000 e autorizzazione CRITE concessa);
- **Completamento Pad. 23** piano rialzato per la Medicina Nucleare;
- **Sistemazione area esterna Padiglione 12;**
- **Trasferimento della Riabilitazione funzionale** presso il piano rialzato del Padiglione 12;
- **Installazione Tac 256 strati;**
- **Lavori TAC 64 Strati Neuroradiologia BT.**

Inoltre il Servizio Tecnico in collaborazione con la DMO ha avviato una serie di sopralluoghi presso il "Geriatrico", con l'obiettivo di procedere al recupero e alla conoscenza degli spazi interni attualmente presenti.

Le attività di sopralluogo sono finalizzate alla realizzazione di un censimento completo di tutti i locali dell'edificio, attraverso la rilevazione puntuale della destinazione d'uso e dello stato di utilizzo di ciascun ambiente. Tale lavoro consente di ottenere una mappatura dettagliata degli spazi disponibili e rappresenta una fase propedeutica alle successive valutazioni tecniche e organizzative finalizzate al recupero e alla riorganizzazione funzionale dei locali. Alla data odierna, le attività di identificazione e catalogazione hanno interessato circa il 50% dei locali dell'edificio, soprattutto lato Adige.

Nel 2025 è stato affidato il servizio di rendering del Master Plan alla ditta Alpening srl.

INTERVENTI CONCLUSI PRESSO IL PRESIDIO DI BORGO ROMA

- **CTMO:** trasferimento del reparto a luglio 2025;
- **Attivazione ascensori 7-8-9;**
- **Riabilitazione:** apertura nuovo reparto con n. 20 + 10 posti di degenza presso l'ottavo piano corpi C e D ca 1.500 mq;
- **Attivazione dell'Ospedale di Comunità;**
- **Trasferimento supporti dipartimentali della Medicina Interna al 6° piano corpo N;**
- **ADEGUAMENTO SISMICO MONOBLOCCO BR:** lavorazioni in corso con la realizzazione delle torri T15, T16 e T17, le torri T12 e T14 sono in costruzione, sono state eseguite le opere di fondazione nelle aree di cantiere B1, B2 e B3, è stata demolita la mensa;
- **Realizzazione del nuovo tunnel al piano seminterrato del Monoblocco** per consentire i lavori dell'adeguamento antisismico e la separazione dei percorsi della consegna pasti con gli accessi degli utenti;
- **Installazione della Tac n. 4** per il progetto di eccellenza dell'Università;

INTERVENTI PREVISTI PER IL 2026 PRESSO IL PRESIDIO DI BORGO ROMA

- **Completamento installazione ascensori 10-11-12;**
- **Adeguamento sismico e ristrutturazione del PS di BR:** sono stati predisposti il progetto esecutivo per l'adeguamento sismico e lo studio di fattibilità per la ristrutturazione;
- **Adeguamento Sismico Monoblocco BR:** prosecuzione delle lavorazioni come da cronoprogramma;
- **Attivazione del nuovo sistema di posta pneumatica** per la riduzione delle tempistiche e la distribuzione capillare nei nuovi reparti;

- **Sistemazione muro di cinta su Via delle Menegone.**

Riorganizzazione ed efficientamento dei processi in ottica Lean

In un contesto caratterizzato da vincoli di bilancio, ma allo stesso tempo da una forte necessità di miglioramento delle performance del sistema, la creazione di valore, attraverso la razionalizzazione e riorganizzazione dei processi, è imprescindibile.

Per l'AOUI, l'adozione del "Lean Management" e la diffusione del "Lean Thinking" esteso a tutti i livelli aziendali sono fondamentali per innescare un cambiamento di mentalità e una rivoluzione di pensiero nelle azioni di miglioramento continuo dei processi, come *modus operandi* che tenga costantemente al centro le esigenze dell'utenza sia esterna (pazienti e utenti) sia interna (operatori).

I principi del Lean Thinking sono il VALUE (identificazione del valore con focus in primis sull'utente finale), il Value Stream (mappatura del flusso delle attività), il flow (garanzia dello scorrimento continuo del flusso), il pull (logica del flusso "tirato", dal paziente/utente) e la perfection (tensione continua al miglioramento).

Al fine di diffondere e consolidare il Lean Management come cultura aziendale, l'AOUI ha avviato dal 2025 un programma biennale di formazione per la riorganizzazione dei processi in ottica lean, esteso a tutto il personale, sia sanitario sia amministrativo, del Comparto e della Dirigenza. In particolare, verranno formati gruppi di utenti che applicheranno tale metodologia "sul campo" a processi aziendali particolarmente rilevanti.

Il programma di formazione prevede la selezione di un primo gruppo di "Lean Leaders", partendo da un numero più esteso di operatori individuati da AOUI, attraverso questionari e colloqui individuali che verifichino le skills necessari per il successo dell'iniziativa, con lo scopo di fornire gli strumenti LEAN necessari a sviluppare in modo autonomo programmi di miglioramento continuo dei processi operativi e gestionali.

I Lean Leaders otterranno una certificazione riconosciuta di "Lean Practitioner" con l'obiettivo di formare a loro volta altri operatori, con ulteriori analisi di processi con tale metodologia, così da rendere via via il pensiero Lean sempre più trasversale nella revisione e riorganizzazione aziendale.

I primi processi che saranno affrontati durante la formazione e applicati sul campo sono: il percorso del paziente con frattura di femore, al fine di migliorare la tempestività degli interventi, la dimissione del paziente in area medica, per diminuire la degenza media, la gestione del pre-operatorio nei pazienti chirurgici per rendere più lineare ed efficiente il percorso e l'accoglienza del paziente ambulatoriale, al fine di facilitare agli utenti l'accesso alle visite e agli esami diagnostici.

Lean e Digital Twin

Per agire in modo efficace sull'innovazione del sistema è fondamentale che Innovazione gestionale e digitale procedano di pari passo.

A supporto di questa sinergia, l'analisi dei processi attraverso il Digital Twin (o Gemello Digitale) costituisce un efficiente strumento per la riorganizzazione dei processi in ottica Lean.

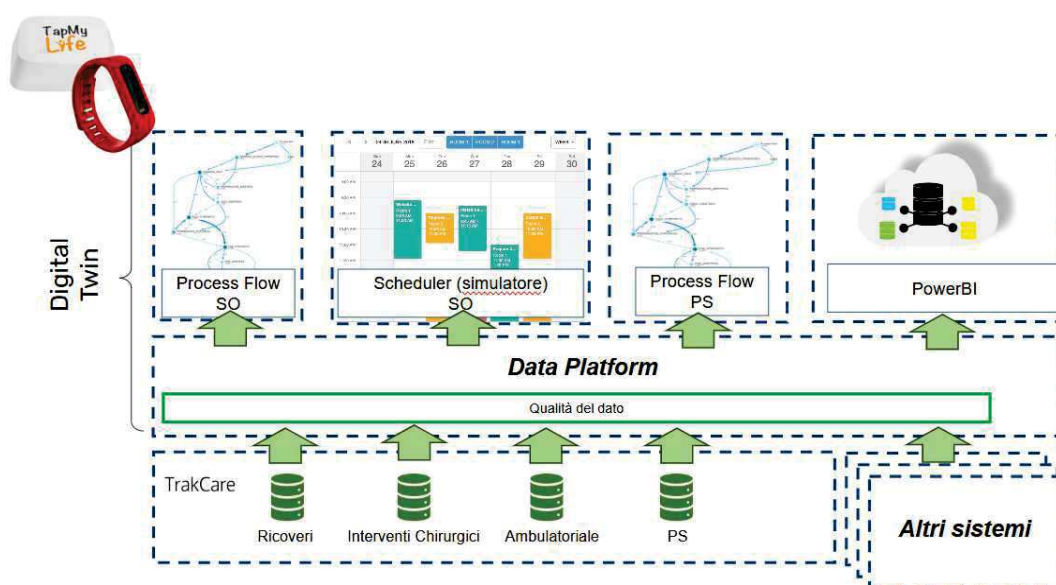
Il Digital Twin, rappresenta una replica virtuale di un sistema o processo fisico e consente di creare una rappresentazione digitale dell'intera struttura o di specifici processi operativi, anche attraverso la metodologia di process mining, facilitando l'analisi continua, il monitoraggio e l'implementazione di soluzioni volte a migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi.

L'analisi dei processi mediante Digital Twin era già stata iniziata nel 2022, ma successivamente sospesa a seguito dell'introduzione del nuovo SIO; nel 2025 è stata ripresa e continuerà nei prossimi anni focalizzandosi sui percorsi chirurgico, ambulatoriale e di pronto soccorso.

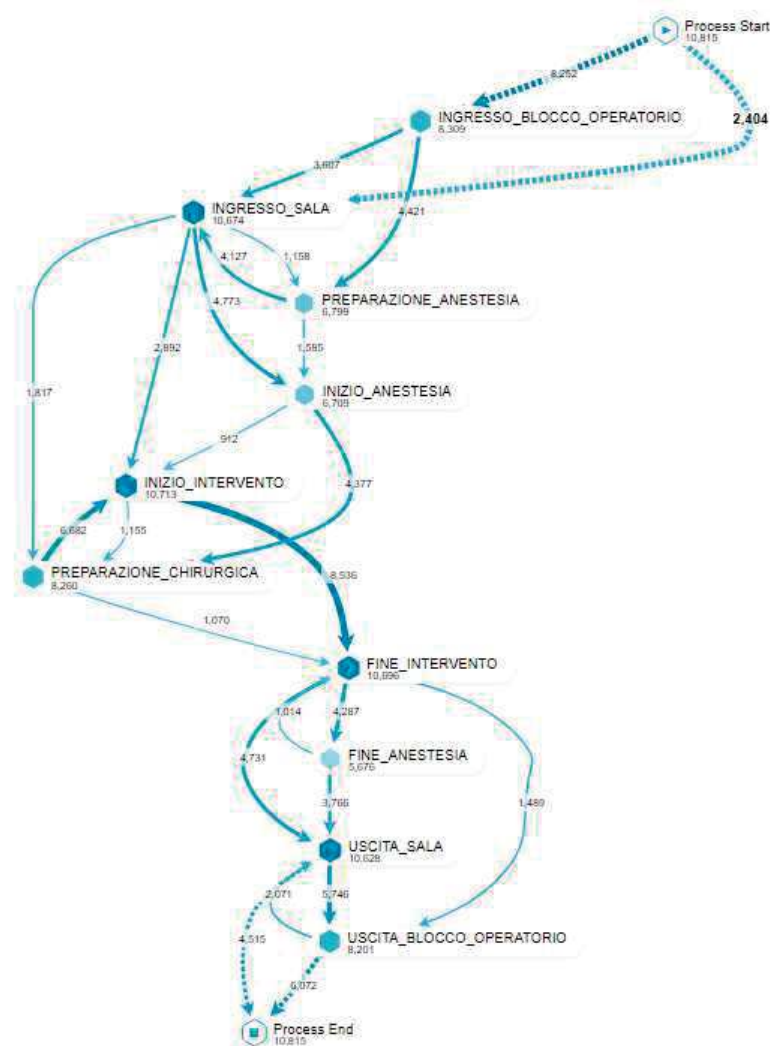
A supporto del gemello digitale in ambito chirurgico, nel corso del 2026 è prevista l'introduzione di una piattaforma IoT, sviluppata da TapMyLife, per ottimizzare i processi di gestione interni e migliorare l'accessibilità dei cittadini. Tale soluzione prevede la rilevazione automatica dei tempi logistici del paziente chirurgico (es. ingresso/uscita sala operatoria), fornendo dati certi a supporto della pianificazione e della gestione operativa.

Per quanto riguarda il percorso ambulatoriale, l'applicazione Digital Twin supporterà l'ottimizzazione dell'analisi, della gestione e dell'ottimizzazione delle agende di prenotazione, al fine di migliorare i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali.

Infine, nell'ambito del percorso pronto soccorso, il Digital Twin consentirà una visione dinamica e in tempo reale del flusso di lavoro, essenziale per snellire i processi e ridurre i tempi di attraversamento e di attesa.



Il Digital Twin, inoltre, è uno strumento estremamente efficace ed efficiente per l'individuazione degli sprechi, il monitoraggio del sistema in ottica Lean e il controllo e la verifica delle azioni da intraprendere e intraprese per un miglioramento continuo, facilitando la comunicazione tra i diversi attori dei processi.



Attraverso questo strumento, verrà realizzato un set di Key Performance Indicators (KPIs), indicatori chiave di prestazione, cioè metriche misurabili utilizzate per valutare l'efficacia di un'azienda, monitorando i progressi, identificando aree di miglioramento e supportando decisioni informate. I KPIs verranno sviluppati su Power BI, una piattaforma di Business Intelligence di Microsoft, che permette di connettere, analizzare e visualizzare dati provenienti da fonti diverse in modo interattivo, creando report e dashboard intuitivi, e saranno selezionati sulla base di incontri congiunti con personale ospedaliero dei vari percorsi di assistenza (Percorso Operatorio/Chirurgico, Pronto Soccorso, Ambulatoriale).

Automazione work-flow documentale e firma grafometrica

Nel 2025 è stato avviato un progetto di dematerializzazione dei processi documentali, sia in ambito clinico che amministrativo. L'obiettivo è migliorare efficienza, sicurezza e tracciabilità delle informazioni, automatizzando i flussi di lavoro per una gestione paperless delle pratiche e offrire un servizio più rapido e preciso orientato all'utente.

Il progetto prevede l'utilizzo di strumenti come la firma digitale e la firma grafometrica per la sottoscrizione digitale dei documenti clinico-sanitari e amministrativi. I principali vantaggi includono: un alleggerimento dei carichi di lavoro amministrativi per il personale e una

maggiore trasparenza verso il paziente, che potrà verificare elettronicamente i documenti prima della sottoscrizione digitale.

L'avvio a pieno regime della digitalizzazione di questi processi proseguirà nel 2026, coinvolgendo le seguenti aree:

- 1) Qualità: digitalizzazione dei processi di produzione, distribuzione e consultazione dei documenti del Sistema Qualità (PDTA, Procedure Aziendali e di UUOO etc.);
- 2) Consenso: digitalizzazione dei processi relativi alla raccolta del consenso informato da parte dei pazienti;
- 3) Gestione del Personale: gestione digitale dei documenti che compongono il Fascicolo del Personale (contratto di assunzione, aspettative, richiesta di I.104 etc.);
- 4) Amministrativa: digitalizzazione e sottoscrizione delle convenzioni tra enti della Pubblica Amministrazione e con le Associazioni di Volontariato.

Riorganizzazione del Sistema di Accoglienza del Paziente

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) ha condotto, nel corso del 2025, un'analisi integrata e approfondita del proprio sistema di accoglienza del paziente, focalizzandosi in particolare sui processi di prenotazione, pagamento, accettazione e ritiro referti. Tale studio ha evidenziato aree di inefficienza, individuando al contempo i principali ambiti di intervento che saranno oggetto di attuazione nel prossimo biennio.

Attualmente, il sistema di prenotazione si caratterizza per un'eccessiva parcellizzazione. Se da un lato esistono canali a CUP standardizzati (Call Center, Sportello Multi-funzione, DSE AOUI in modalità asincrona, APP Regionale), dall'altro le prenotazioni per prime visite e controlli gestite direttamente da MDA e segreterie di reparto tramite agende interne coinvolgono profili professionali eterogenei (Medici, Infermieri e Amministrativi). Questa eterogeneità non favorisce l'omogeneità della formazione del personale e determina un servizio all'utenza non sempre ottimale. L'obiettivo primario di razionalizzazione è pertanto quello di centralizzare tutte le prime visite e prestazioni sulle agende a CUP, demandando ai reparti la gestione potenziata della presa in carico e la prenotazione esclusiva dei controlli.

Analoghe criticità sono state riscontrate nell'accettazione dei pazienti, la quale viene svolta con modalità non omogenee. Il processo richiede una razionalizzazione delle attività del personale, in primis tramite l'implementazione di una verifica preventiva sistematica del pagamento della prestazione, volta a snellire il percorso del paziente e migliorare la performance amministrativa aziendale.

Per quanto concerne il pagamento delle prestazioni e il ritiro referti, il paziente dispone di diverse modalità, tra cui sportelli multifunzionali, riscuotitrici automatiche per il solo pagamento, il DSE AOUI - sezione cassa, il portale regionale My Pay con Pago Pa e l'APP Io con Pago Pa. Tuttavia, si registra che il 42,6% degli utenti continua ad accedere fisicamente agli sportelli per eseguire il pagamento. Da qui è emersa la necessità ineludibile di una razionalizzazione dei processi, associata a una maggiore automazione e al lancio di una mirata campagna informativa per incentivare l'utilizzo degli strumenti automatici.

A tale scopo, è stata effettuata un'analisi dettagliata riguardante sia l'acquisizione di nuova strumentazione che la riorganizzazione delle attività in entrambe le sedi (Borgo Trento e Borgo Roma). In collaborazione con MAPS HEALTHCARE (ex ARTEXE), fornitore di AOUI per casse automatiche e sistemi "Taglia-coda", con comprovata esperienza nella trasformazione digitale verso modelli di "connected care", si è avviato un progetto strategico volto a una

maggiore digitalizzazione delle interazioni tra struttura e pazienti, con l'obiettivo di offrire un servizio più continuo, accessibile e personalizzato.

Il piano di rinnovamento tecnologico prevede l'acquisizione di macchine integrate che consentiranno oltre al pagamento delle prestazioni, anche la Self-Accettazione (integrata con il SIO con modifica automatica dello stato della prestazione in Trakcare) e il ritiro dei referti. Sostituendo e incrementando gli attuali 13 KIOSK con le nuove macchine, estendendo tale informatizzazione (accettazione/pagamento/referti) anche alle aree poliambulatoriali e alle UOC ad alto flusso di pazienti, come ad esempio l'UOC Oculistica.

Questo significativo investimento in innovazione tecnologica, unito alla completa implementazione del nuovo SIO, non si limita al solo aspetto informatico, ma è destinato a produrre un profondo impatto organizzativo. I benefici attesi includono la possibilità per l'AOUI di utilizzare un minor numero di risorse umane incrementando la sicurezza e la accuratezza degli aspetti amministrativi e sanitari, e per i pazienti di avere un percorso semplificato e più fluido. L'operazione permetterà, inoltre, nuove razionalizzazioni e riorganizzazioni di portata più ampia, quali la graduale razionalizzazione dei punti di prenotazione interne attraverso la creazione di MINI CUP e la riorganizzazione progressiva delle segreterie di direzione/reparto, garantendo percorsi sempre più agili per l'utenza.

Completamento del progetto regionale di riorganizzazione dei sistemi informativi c.d. "Sette Sorelle"

Nell'ambito della Missione 6 – Componente 2 – Investimento 1.1 «Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero», sono state intraprese diverse iniziative di digitalizzazione coordinate da Azienda Zero, note come le "7 sorelle", con l'obiettivo di accrescere il grado di maturità digitale dell'ecosistema sanitario veneto e migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi.

Le iniziative PNRR hanno generato benefici condivisi per tutto il sistema sanitario regionale:

- Cloud – Le soluzioni PNRR sono installate su piattaforma cloud per garantire efficienza, sicurezza, resilienza e scalabilità, in linea con la strategia nazionale Cloud Italia.
- Omogeneità regionale – L'adozione di soluzioni e processi standardizzati assicura uniformità organizzativa e gestionale su scala regionale, favorendo un modello a rete condiviso.
- Interoperabilità – La condivisione dei dati clinici e gestionali permette la continuità di cura e l'integrazione dei processi intra ed extra-aziendali, abilitando il monitoraggio in tempo reale.

Nell'ambito del triennio 2026-2028 verranno portati a compimento i seguenti tre progetti.

Micrologistica

Tra questi vi è l'adozione dell'applicativo innovativo per la gestione della Micrologistica.

Il nuovo applicativo, Logical, ha l'obiettivo di semplificare la gestione dei materiali all'interno dei reparti/uffici, riducendo le attività "non a valore".

Il nuovo software verrà implementato in 4 fasi distinte:

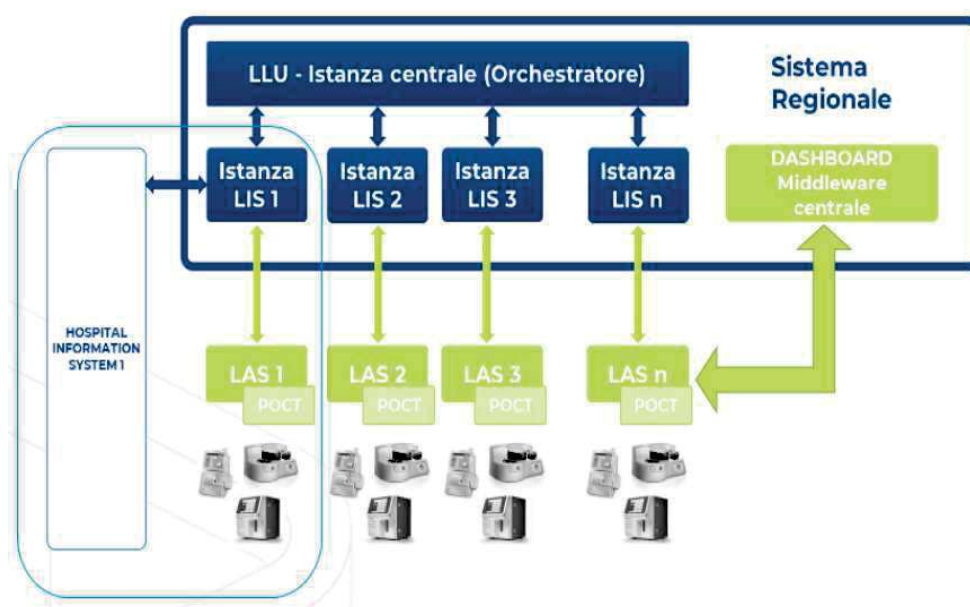
1. gestione delle richieste: questo modulo è stato attivato per tutti i reparti dell'Azienda da gennaio 2025. Il modulo prevede inserimento dei prodotti richiesti indipendentemente dal magazzino di destinazione. Logical, grazie all'integrazione con il software amministrativo

contabile dell'Azienda, smista in automatico le richieste verso i magazzini/uffici di competenza con la priorità configurata durante la generazione.

2. gestione magazzino di reparto: questo modulo è in uso presso alcuni reparti pilota con un gruppo ristretto di prodotti.
3. integrazione con il nuovo SIO (per recepire le prescrizioni/ somministrazioni): l'integrazione con il software Trakcare sarà un obiettivo per il 2026
4. gestione del conto deposito (semplificazione processo amministrativo e ottimizzazione tracciabilità): questo modulo sarà attivato nel corso del 2026.

LIS

Il progetto LIS, che prevede l'avvio nel 2026, fa riferimento al nuovo sistema regionale per la gestione dei Laboratori Analisi e di Genetica, due moduli denominati rispettivamente IVLIS e HALIA, e sarà costituito tecnicamente come un Laboratorio Logico Unico: basato su 12 istanze IVLIS (11 Enti Sanitari + Azienda Zero).



Il nuovo software andrà quindi a sostituire quelli già esistenti presenti in AOUI Verona per la gestione informatizzata delle richieste di esami per i laboratori analisi, di genetica e microbiologia.

L'avvio del progetto richiede un importante impegno da parte di AOUIVR ed il coinvolgimento di diverse aree aziendali, le quali collaboreranno attivamente nella gestione dei flussi operativi che sarà divisa in due fasi :

- Fase 1: Analisi dei flussi e procedure operative presso i vari laboratori.
- Fase 2: Proposta implementativa di quanto definito nella fase 1, che permetterà di:
 - valutare l'impatto sull'operatività del personale
 - verificare la copertura funzionale da parte dell'applicativo

AOUI coglierà inoltre l'opportunità anche di integrare sotto un unico applicativo quei laboratori che attualmente non vengono gestiti da un software specifico per la gestione delle analisi cliniche, garantendo quindi sicurezza, interoperabilità e maggiore gestione dei dati.

Un'altra attività importante connessa al progetto è quella della revisione del catalogo erogabile delle prestazioni da parte di ciascun laboratorio, che porterà ad una ottimizzazione

ed uniformazione delle codifiche e dei processi. Particolare attenzione infine, verrà posta sulle integrazioni con le quali il nuovo software dovrà interfacciarsi:

- strumentazioni dei laboratori
- SIO regionale

Quest'ultima integrazione verrà formalizzata prima dell'avvio del software in produzione tramite opportune sessioni di test ("projectathon") riguardanti casi d'uso operativo.

L'avvio in produzione, verrà eseguito a step, prima su laboratori più piccoli e successivamente su quelli principali.

In sintesi, il nuovo LIS trasformerà la complessità dei singoli laboratori in un sistema armonizzato e tecnologicamente avanzato, ponendo le basi per una sanità più efficiente, sicura e orientata alla qualità del dato clinico.

RIS

Il progetto RIS prevede l'avvio nel 2026 della nuova gestione RIS PACS attraverso la piattaforma regionale Synapse Value di Fujifilm, che offre una serie di vantaggi strategici e operativi volti a ottimizzare l'efficienza clinica e la sicurezza dei dati. Di seguito una sintesi dei principali punti di forza del progetto:

Efficienza Operativa e Usabilità

- **Interfaccia Intuitiva e Studiata:** L'interfaccia grafica è progettata per minimizzare i click e le operazioni manuali, facilitando la navigazione tramite una struttura a tab e fornendo all'utente tutte le informazioni necessarie in un'unica vista.
- **Automatismi e Barcode:** Il sistema integra l'uso di codici a barre per velocizzare la ricerca di studi e pazienti, oltre all'esecuzione di operazioni massive come l'accettazione, la firma dei referti e la creazione di CD.
- **Refertazione Avanzata:** Include il salvataggio automatico del testo, il supporto alla refertazione vocale integrata e generazione di referti strutturati secondo quanto previsto dal fascicolo nazionale FSE 2.0 con recupero automatico delle informazioni dal sistema RIS PACS.

Flessibilità e Integrazione

- **Tecnologia Web-Native e ZeroFootPrint:** Essendo un applicativo interamente web (HTML5), non richiede installazioni locali, semplificando la gestione IT e permettendo la refertazione remota da qualsiasi postazione.
- **Integrazione Nativa con Synapse PACS:** Il modulo di refertazione può essere richiamato direttamente dall'interfaccia del PACS, garantendo un'esperienza d'uso fluida e riducendo i tempi di apprendimento.
- **Multidisciplinarietà:** Oltre alla radiologia, il sistema gestisce i flussi di Medicina Nucleare, Screening Mammografico e Radiologia Interventistica.

Scalabilità e Continuità Operativa

- **Architettura Moderna:** La tecnologia utilizzata garantisce elevata scalabilità e supporta scenari di Business Continuity, rendendo il sistema adatto sia a singole strutture che a reti multisito o regionali.
- **Adattabilità:** Il sistema è configurabile per adattarsi a workflow sia PACS Driven che RIS Driven, evolvendo nel tempo per supportare diverse figure professionali.

Sicurezza, Privacy e Controllo

- **Standard Elevati:** Il processo di sviluppo è certificato ISO 27001 e l'accesso utente è garantito dall'integrazione con un provider di identità (IdP) attendibile e integrato con l'Identity Management System aziendale, migliorando la sicurezza e l'esperienza utente tramite protocolli standard e riducendo la gestione delle password.
- **Auditing Completo:** Ogni operazione è tracciata e storicizzata in tempo reale per monitorare le attività e prevenire problematiche, garantendo il rispetto della privacy e la sicurezza del dato sensibile.
- **Business Intelligence:** Il modulo opzionale di BI permette analisi statistiche e monitoraggio delle performance in tempo reale, supportando il management nelle decisioni organizzative.

Collaborazione e Servizio al Paziente

- **Teleconsulto e Second Opinion:** Attraverso la piattaforma SeePatient, è possibile condividere casi clinici in sicurezza, favorendo la collaborazione multidisciplinare e riducendo gli spostamenti del paziente.
- **Servizi Self-Service:** Il sistema supporta l'integrazione con portali paziente e kiosk per l'accesso autonomo ai referti da parte del paziente.

Robotica

L'attività chirurgica robotica si inserisce in un contesto di attività interventistica consolidata all'interno dell'AOU. L'utilizzo di tecniche robot-assistite, avviato inizialmente in ambito urologico, si è sviluppato notevolmente in virtù dell'espansione delle indicazioni urologiche e non, includendo pienamente specialità che precedentemente non utilizzavano questo approccio, quali la Ginecologia e le Chirurgie Generali (esofagea, epato-biliare, pancreatico, colo-rettale) ed alle chirurgie specialistiche (Chirurgia senologica, Otorinolaringoiatria), con un trend di costante crescita, dettagliato nella seguente tabella.

Trend interventi in chirurgia robotica

Disciplina	Numero Schede						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Cardiochirurgia							6
Chirurgia toracica	7	6	6	3			
Chirurgia Generale					24	43	22
Chirurgia generale dell'esofago e dello stomaco	6	39	42	51	71	103	85
Chirurgia del pancreas	38	27	15	28	36	108	110
Chirurgia generale ed epatobiliare	4		16	7	15	142	130
Chirurgia Pediatrica						1	1
Chirurgia Senologica					1	3	12
Urologia	196	278	287	339	385	424	435
Ostetricia e ginecologia	7	11	9	6	13	91	6
Ostetricia e ginecologia B	2	23	29	21	10	58	22
Otorinolaringoiatria						28	35
Chirurgia dei Trapianti di Rene							17
Chirurgia proctologica e del perineo						2	11
Trapianti Epatici					4	1	1
Chirurgia Toracica Mini-Invasiva e Robotica							50
Totale	260	384	404	455	559	1.004	943

*dato pre-consuntivo

Come riportato in Tabella, tra il 2019 e il 2025 si è assistito ad un incremento del numero di casi significativo, passando da 260 a circa 1000 procedure annue realizzate nell'ultimo biennio, evidenziando un consolidamento, nella pratica clinica, degli interventi condotti mediante l'ausilio della tecnologia robotica. Il trend dell'attività robotica ha registrato un incremento significativo, favorito dalla realizzazione degli studi COMPAR, conclusi nelle diverse specialità tra la fine del 2024 e l'inizio del 2025. Inoltre, si è rilevata una crescita rilevante dei programmi di chirurgia epato-bilio-pancreatica e di otorinolaringoiatria ad alta complessità presso il polo ospedaliero di Borgo Roma. È prevedibile che nel 2026 si possa assistere anche ad un ampliamento degli ambiti di applicazione come nel caso della cardiocirurgia, o ad un incremento delle indicazioni come nel caso della chirurgia senologica.

La sperimentazione robotica mediante l'utilizzo delle tre piattaforme (Da Vinci, Versius, Hugo), che ha beneficiato del supporto della Regione Veneto, avviata nel marzo 2023 con l'Urologia, ha visto un successivo ampliamento ad altre specialità chirurgiche al fine di poter offrire un giudizio sulle prestazioni tecnologiche delle piattaforme in tutti gli ambiti chirurgici (ginecologico, epatico, pancreatico e della chirurgia generale).

Nel 2025 come già anticipato tutte le valutazioni comparative si sono concluse ed i primi risultati sono stati pubblicati mostrando una sostanziale fattibilità della maggior parte delle procedure mediante l'utilizzo di ciascuna delle differenti piattaforme, con una variabilità tra le diverse spesso non significativa.

Nel 2026 si ipotizza una prosecuzione, rielaborazione, della sperimentazione con ulteriori obiettivi:

- l'ampliamento delle indicazioni chirurgiche, analizzando l'impatto della chirurgia robotica su patologie complesse e validandone l'efficacia rispetto agli approcci tradizionali;
- l'inclusione di nuove specialità, valutando l'applicabilità della chirurgia robotica in specialità e procedure finora non considerate, come la chirurgia funzionale dell'esofago, della parete addominale e altre aree a elevata complessità;
- la creazione di percorsi formativi standardizzati e il potenziamento della formazione chirurgica, ottimizzando la formazione di nuovi chirurghi e riducendo la curva di apprendimento;
- l'introduzione nella valutazione comparativa e di efficacia, di ulteriori piattaforme attualmente presenti sul mercato.

Lo scopo ultimo, oltre a incrementare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti e a potenziare l'accessibilità a trattamenti basati su tecnologie avanzate, consiste nell'acquisizione di dati strutturati e affidabili a supporto della definizione e implementazione di processi valutativi di HTA (Health Technology Assessment). L'avvento sul mercato di un numero crescente di competitors e di tecnologie emergenti rende infatti necessaria un'attenzione particolarmente rigorosa a questo ambito valutativo, al fine di garantire decisioni informate e sostenibili.

Intelligenza artificiale

Il 2025 è stato caratterizzato dall'avvio delle attività del team aziendale per l'implementazione dell'intelligenza artificiale nei processi aziendali (team IA). Le prime azioni sono state, in sintesi:

- ricognizione degli ambiti e delle attività in cui metodi basati su intelligenza artificiale sono già utilizzati in AOUI;

- individuazione dei possibili ambiti di intervento del team IA;
- organizzazione della prima giornata di studio di AOUI sul tema dell'intelligenza artificiale, svoltasi lo scorso 19 novembre.

La ricognizione ha evidenziato numerose esperienze già in atto in ambito sanitario/assistenziale, per lo più a livello di ricerca scientifica. In totale sono stati censiti 53 ambiti di applicazione, comprensivi di progetti di ricerca e di sistemi certificati impiegati in ambito assistenziale e amministrativo. È emerso, tuttavia, che le implementazioni nel workflow assistenziale sono in numero minore rispetto alle esperienze legate a progetti di ricerca (per un rapporto di circa 1:10); analoga situazione è stata osservata per quanto riguarda le applicazioni in ambito amministrativo.

In un'ottica evolutiva rispetto all'attività finora condotta, si individua pertanto la necessità di potenziare l'introduzione di sistemi basati su intelligenza artificiale negli ambiti amministrativo e assistenziale, favorendone l'adozione in modo coordinato e sicuro. Particolare attenzione andrà posta all'aspetto normativo, soprattutto dopo l'entrata in vigore della legge n. 132 del 23 settembre 2025 e nel rispetto del regolamento europeo (AI act). Altri settori che necessitano di una speciale attenzione includono i temi della sicurezza e della formazione.

Le azioni proposte per il triennio 2026-2028 si possono riassumere in:

- adozione di un regolamento aziendale sull'introduzione, controllo e coordinamento di sistemi basati su intelligenza artificiale;
- azioni mirate di formazione ("alfabetizzazione") in tema di IA;
- potenziamento della funzione consultiva alla Direzione strategica per l'ingresso di nuovi sistemi di IA in Azienda, con particolare riguardo a risorse condivise (ad esempio piattaforme comuni e risorse di calcolo);
- potenziamento di sistemi trasversali a più strutture aziendali per favorire la standardizzazione e la garanzia della sicurezza, sia in termini di sicurezza dei dati sia per la garanzia di mantenimento delle prestazioni;
- continuazione della funzione di supporto anche per sistemi "verticali" dedicati a strutture specifiche (ad esempio introduzione di moduli di IA nei sistemi RIS-PACS, LIS e di Digital Pathology);
- continuazione della funzione di supporto per progetti di ricerca basati su sistemi di IA;
- attivazione dei sottogruppi tematici previsti dalla deliberazione n. 275 del 20/03/2025 in seno al team IA;
- azioni finalizzate alla valorizzazione del patrimonio di dati sanitari e amministrativi gestiti dall'Azienda (data lake), con particolare riguardo al tema della qualità del dato;
- avvio di sperimentazione sulla gestione della sicurezza dei sistemi basati su IA sia in campo clinico-assistenziale sia in campo amministrativo, con particolare riguardo all'uso di algoritmi generativi;
- continuazione delle azioni di confronto e scambio intra-aziendale, ad esempio con l'organizzazione di una seconda giornata di studio a distanza di 12-18 mesi dalla prima edizione, e contemporanea apertura a momenti di confronto e scambio con l'esterno, ad esempio con eventi inter-aziendali in ambito regionale e/o di dimensione nazionale.

Telemedicina

La telemedicina è una modalità di erogazione dei servizi sanitari che utilizza le tecnologie informatiche e di comunicazione (ICT) per consentire l'interazione tra professionisti sanitari e pazienti, o tra professionisti, anche quando non si trovano nella stessa località. Dopo la forte

accelerazione determinata dalla pandemia, la telemedicina si sta consolidando come strumento strutturale per l'erogazione delle prestazioni sanitarie. La Missione 6 del PNRR la identifica tra i pilastri della riorganizzazione del sistema sanitario, in particolare nel modello della "casa come primo luogo di cura", favorendo la continuità assistenziale sul territorio e la revisione dei processi di cura. La telemedicina supporta l'interazione tra i diversi professionisti sanitari e con l'assistito nelle fasi di valutazione del bisogno, erogazione delle prestazioni e monitoraggio delle cure, facilitando lo scambio di informazioni e la collaborazione multi-professionale e multidisciplinare. Tra i principali obiettivi della telemedicina vi sono il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie, la maggiore tempestività ed efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici, la riduzione degli spostamenti non necessari e dei rischi correlati, nonché l'ottimizzazione delle risorse e dei tempi assistenziali, con un potenziale impatto sul contenimento della spesa sanitaria. Il potenziamento dei percorsi di telemedicina favorisce la presa in carico, in particolare delle condizioni croniche, contribuendo alla deospedalizzazione e al rafforzamento delle cure di prossimità. In ambito regionale, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario Regionale, i servizi di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio sono riconosciuti come elementi strutturali della rete territoriale, finalizzati a garantire l'equità di accesso, la qualità delle cure e l'inclusione dei pazienti. La telemedicina si inserisce infine nel più ampio ambito della *digital health* (*e-health*), definita dall'OMS come l'uso delle tecnologie ICT a beneficio della salute in tutti i contesti assistenziali, e rappresenta uno strumento strategico per lo sviluppo di una medicina sempre più integrata, digitale e centrata sulla persona. La telemedicina è una modalità di erogazione dei servizi sanitari che utilizza le tecnologie informatiche e di comunicazione (ICT) per consentire l'interazione tra professionisti sanitari e pazienti, o tra professionisti, anche quando non si trovano nella stessa località.

Attività realizzate in AOUI nel biennio 2024–2025

Nel corso del biennio 2024–2025 AOUI Verona ha avviato e consolidato un percorso strutturato di sviluppo della telemedicina, ponendo le basi organizzative, cliniche e tecnologiche per una successiva implementazione sistemica.

In particolare, è stato avviato il monitoraggio delle attività di telemedicina già erogate, comprendenti televisite, telemonitoraggio e prime esperienze di teleriabilitazione, al fine di valutarne volumi, ambiti di applicazione e potenziali benefici organizzativi e clinici.

AOUI ha inoltre partecipato attivamente alle riunioni del gruppo regionale per l'implementazione della piattaforma regionale di telemedicina, garantendo un allineamento costante con le indicazioni regionali e con gli sviluppi del progetto PNRR.

Inoltre, nell'ambito degli obiettivi di budget aziendali relativi alla riorganizzazione e alla transizione digitale, è stata promossa un'attività orientata alla centralità del paziente attraverso l'erogazione di prestazioni in telemedicina (televisita, telemonitoraggio, teleconsulto), in continuità con quanto già avviato nel 2024 e con adesione alle linee di indirizzo nazionali e regionali.

L'elemento qualificante del periodo è stato la costituzione del Team Aziendale per l'implementazione della progettualità di Telemedicina, formalizzata con Deliberazione n. 457 del 09/05/2025. Il Team, ha il compito di supervisionare i progetti di telemedicina, promuovere la formazione, definire indicatori di monitoraggio e garantire il raccordo con la Direzione Strategica e con il livello regionale.

Nel medesimo periodo sono state poste le basi per progetti pilota con dispositivi wearable, in particolare presso le Unità Operative di Pneumologia, Geriatria e Neuroriabilitazione, per il

monitoraggio di parametri respiratori e cardiovascolari e per l'esecuzione di esercizi respiratori con videofeedback. Tali progetti prevedono l'utilizzo dei dispositivi durante la degenza e nei primi giorni successivi al rientro a domicilio, con l'obiettivo di ridurre i ricoveri e migliorare la continuità assistenziale.

Parallelamente, sono state avviate le attività preliminari per lo sviluppo di progetti di teleriabilitazione, sia in ambito neurologico sia in ambito ortopedico, come naturale estensione dei percorsi riabilitativi tradizionali.

Nel 2026 AOUI si pone i seguenti obiettivi operativi:

- identificare un responsabile dell'attività di telemedicina per ciascuna unità operativa complessa, al fine di garantire governance clinica e organizzativa;
- implementare in modo strutturato le attività di telemedicina in sinergia con la piattaforma regionale, assicurando interoperabilità e tracciabilità;
- sviluppare un programma di formazione aziendale sulla telemedicina, rivolto ai referenti delle unità operative e ai professionisti coinvolti;
- avviare e consolidare i progetti pilota con dispositivi wearable e i percorsi di teleriabilitazione, valutandone l'efficacia e la sostenibilità.

Sviluppi evolutivi nel triennio 2026–2028

Nel triennio 2026–2028 la telemedicina sarà progressivamente integrata come modalità ordinaria di erogazione delle prestazioni, con particolare attenzione alla sinergia con il territorio e alla gestione delle patologie croniche. AOUI intende rafforzare il raccordo con i servizi territoriali per favorire modelli di presa in carico condivisi, continui e personalizzati.

L'implementazione strutturata della telemedicina determinerà:

- un incremento progressivo dei volumi di attività in telemedicina;
- una riduzione delle liste di attesa, in particolare per il follow-up delle patologie croniche;
- un miglioramento dell'appropriatezza degli accessi e della continuità assistenziale;
- una riduzione dei ricoveri evitabili e dei ri-ricoveri precoci.

In sintesi, la telemedicina rappresenta per AOUI Verona una leva strategica per l'innovazione organizzativa e clinica, capace di integrare ospedale e territorio, migliorare l'accessibilità ai servizi e rispondere in modo efficace ai bisogni complessi dei pazienti, in un'ottica di sostenibilità e qualità delle cure.

Sicurezza informatica

La sicurezza informatica rappresenta una priorità strategica per AOUI che si colloca in un contesto altamente digitalizzato e in continua evoluzione. L'espansione delle infrastrutture tecnologiche e l'aumento delle minacce cyber rendono essenziale un approccio integrato e proattivo per garantire la protezione dei dati e dei sistemi critici, tutelando al contempo la continuità operativa e la fiducia di pazienti, personale e partner.

La strategia di sicurezza di AOUI è costruita su solide basi tecniche e organizzative, arricchite da un impegno costante verso il miglioramento e l'innovazione. Al centro di questa strategia vi è l'obiettivo di garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità delle informazioni, nonché la resilienza dei sistemi digitali, in un'ottica di prevenzione e risposta rapida alle minacce informatiche.

Valutazione dei rischi

Un elemento cruciale per costruire una difesa efficace è la comprensione dei rischi associati alle attività digitali e a tal fine con il supporto di Regione Veneto AOUI ha effettuato un Assessment di sicurezza per la valutazione dei rischi cyber. L'approccio sviluppato da AOUI parte dalla mappatura delle risorse digitali e prosegue con l'analisi dei principali vettori di attacco, come phishing, ransomware e intrusioni nelle reti. Strumenti avanzati e audit regolari consentono di identificare e mitigare vulnerabilità, assicurando una protezione continua delle infrastrutture e dei dati sensibili.

Protezione dei sistemi e delle infrastrutture

La protezione delle infrastrutture IT rappresenta una priorità assoluta. AOUI effettua la segmentazione delle reti avvalendosi di tecnologie avanzate, come firewall di nuova generazione e sistemi di rilevazione delle intrusioni. Le strumentazioni elettromedicali vengono protette da specifici firewall con SW dedicato alla rilevazione delle minacce IoT. La protezione perimetrale è assicurata da firewall e Web Application Firewall. Tali strumenti sono dedicati al monitoraggio e al blocco di attività sospette in tempo reale.

L'accesso alla rete aziendale è gestito da Network Access Control (NAC) ed è presente un sistema di gestione degli utenti privilegiati PAM. L'introduzione di strumenti come l'Endpoint Detection and Response (EDR) ha migliorato significativamente la capacità di identificare e neutralizzare minacce complesse, mentre il Patch Management assicura che tutti i sistemi siano aggiornati con le ultime protezioni disponibili. Un approccio innovativo è rappresentato dall'adozione del modello *Zero Trust*, che elimina qualsiasi presunzione di fiducia e richiede verifiche continue delle identità e delle autorizzazioni per accedere a sistemi e dati. Questo modello si integra perfettamente con il sistema di autenticazione a più fattori (MFA), già implementato per garantire un accesso sicuro.

Formazione e sensibilizzazione

La consapevolezza del personale è un aspetto fondamentale della strategia di sicurezza. AOUI ha avviato programmi di formazione continua, che includono sessioni pratiche per insegnare a riconoscere e affrontare minacce comuni, come email di phishing o link sospetti. Questi programmi sono rafforzati da simulazioni periodiche che aiutano il personale a reagire prontamente in situazioni reali. Inoltre, linee guida chiare e materiali di supporto vengono messi a disposizione per garantire che tutti abbiano accesso alle informazioni necessarie.

Gestione delle emergenze e continuità operativa

Prepararsi a eventi imprevisti è essenziale per garantire la resilienza operativa. AOUI ha sviluppato piani strutturati di *Disaster Recovery* e *Business Continuity*, che includono backup regolari dei dati critici, conservati in posizioni sicure anche offline. Questi piani vengono testati periodicamente attraverso simulazioni di scenari di crisi, per garantire una risposta tempestiva ed efficace.

Il monitoraggio continuo delle attività IT, tramite strumenti avanzati di analisi dei log e del traffico di rete, consente di rilevare tempestivamente anomalie e attivare procedure di risposta agli incidenti. Un team dedicato, supportato dal SOC (Security Operations Center) regionale e da un SOC di II livello, è pronto a intervenire per contenere e risolvere eventuali minacce oltre ad occuparsi delle notifiche previste dalla legge.

Conformità e miglioramento continuo

AOUI opera nel rispetto delle normative nazionali ed europee garantendo la conformità agli standard internazionali di sicurezza. Le attività di sicurezza sono documentate con precisione

per audit e verifiche periodiche, mentre la strategia globale viene riesaminata regolarmente per adattarsi alle nuove sfide e opportunità tecnologiche.

Innovazione e futuri sviluppi

Tra i progetti strategici in corso vi è lo sviluppo di un *Digital Twin Ospedaliero*, che integra modelli digitali per simulare scenari di sicurezza in tempo reale, e l'implementazione di soluzioni innovative attraverso i fondi del PNRR. Particolare attenzione è rivolta alla protezione dei dati nei sistemi di telemedicina, per garantire la privacy dei pazienti e la sicurezza delle comunicazioni digitali.

Protezione dei dati personali

Le misure di sicurezza implementate e da implementare e le iniziative sopra descritte sono coerenti con quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali, che annovera fra i principi applicabili al trattamento dei dati quello di "integrità e riservatezza", per cui i dati personali devono essere trattati "in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali".

Alla sicurezza del trattamento è dedicato l'art. 32 del GDPR che impone al titolare del trattamento di mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, tenendo conto di tutta una serie di fattori, quali lo stato dell'arte e i costi di attuazione, nonché la natura, l'oggetto, il contesto e le finalità del trattamento, come anche il rischio di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

L'art. 32 contiene poi un elenco non esaustivo di misure specifiche, fra cui la capacità di assicurare su base permanente la riservatezza, l'integrità, la disponibilità e la resilienza dei sistemi e dei servizi di trattamento; la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati personali in caso di incidente fisico o tecnico; procedure per testare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento, tutte misure che ritroviamo fra quelle già attivate o in corso di attivazione da parte di questa Azienda. Ad esse si aggiungono le iniziative di formazione e sensibilizzazione del personale sulle tematiche di cybersecurity, che rappresentano anch'esse una importante misura di sicurezza, come conferma la previsione dell'ultimo paragrafo del citato art. 32, secondo cui il titolare del trattamento fa sì che chiunque agisca sotto la sua autorità e abbia accesso a dati personali non tratti tali dati se non è istruito in tal senso.

Conclusione

La sicurezza informatica di AOUI non è un semplice insieme di misure tecniche, ma un processo dinamico e continuo che coinvolge persone, tecnologie e processi. Grazie a una visione strategica e a un impegno costante verso l'innovazione, l'Azienda è pronta ad affrontare le sfide del futuro, proteggendo le proprie risorse e garantendo la qualità e la fiducia nei propri servizi.

2.2.2.2 Governo Clinico¹⁶

Per "Governo clinico" si intende un approccio integrato tra vari elementi che concorrono allo sviluppo del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza nel contempo il ruolo e la responsabilità degli operatori sanitari. Al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l'integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica dell'impatto sulla salute e l'Health Technology Assessment (HTA).

2.2.2.2.1 Garanzia e Qualità dei LEA

L'offerta di prestazioni sanitarie: eccellenza ospedaliera e ruolo strategico di attrazione

La missione di un'Azienda Ospedaliera di rilevanza nazionale, fortemente integrata con l'Università e nella quale sono presenti molte alte specialità e punte di eccellenza clinica, è quella di agire all'interno della rete ospedaliera regionale e dei servizi territoriali per contribuire alla continuità assistenziale, senza però dimenticare la valorizzazione del ruolo della didattica e della ricerca scientifica.

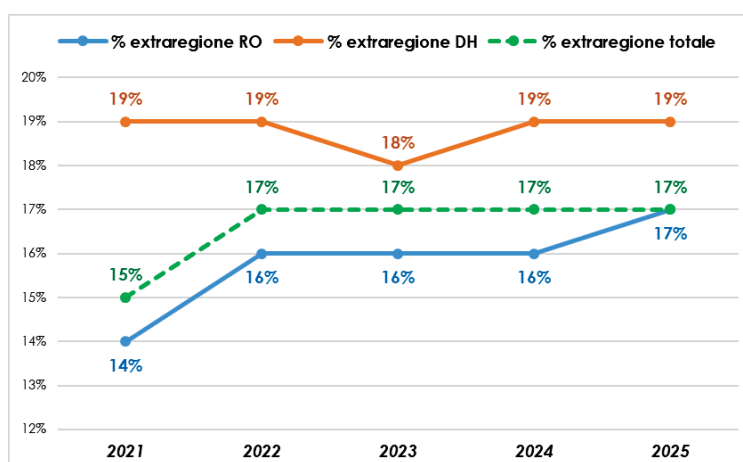
L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona con i suoi 1.300 posti letto attuali costituisce l'unico ospedale pubblico del comune di Verona riconoscendo di fatto tale area come suo bacino di utenza naturale; la popolazione al 31.12.2024 era di circa 255.000 abitanti.

L'Azienda Ospedaliera funge pertanto sia da ospedale di riferimento per i residenti afferenti al territorio di riferimento (il 50% circa dei ricoveri avvengono in urgenza), ma soprattutto è riconosciuta come centro di eccellenza per numerose alte specialità, che attraggono pazienti da tutte le Regioni.

Nel 2025 sono stati ricoverati presso strutture di AOUI circa 9.350 pazienti provenienti da fuori regione corrispondenti al 17% del totale, con punte del 61% in Chirurgia del Pancreas, del 40 % in Neurochirurgia e Fibrosi Cistica, del 33% in Oculistica e del 31% in Chirurgia Vertebrale.

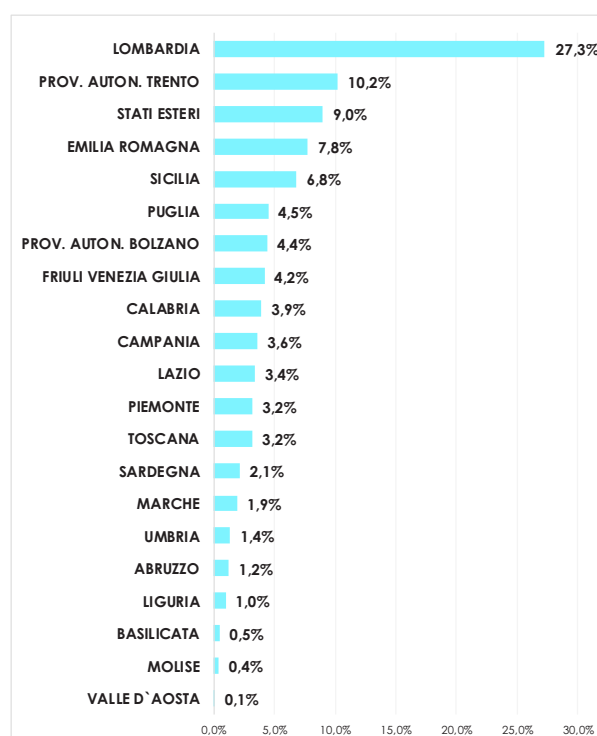
¹⁶ Il presente paragrafo è stato redatto a cura dei referenti individuati per area di competenza.

Trend % ricoveri Extraregione, periodo 2021-2025



I pazienti extraregione provengono nel 37% dei casi dalle regioni del nord Italia, più specificatamente dalla Lombardia (27%) e dalla Provincia Autonoma di Trento (10%). Significativa è anche la quota di pazienti provenienti da sud ed isole con un'incidenza di circa il 23%.

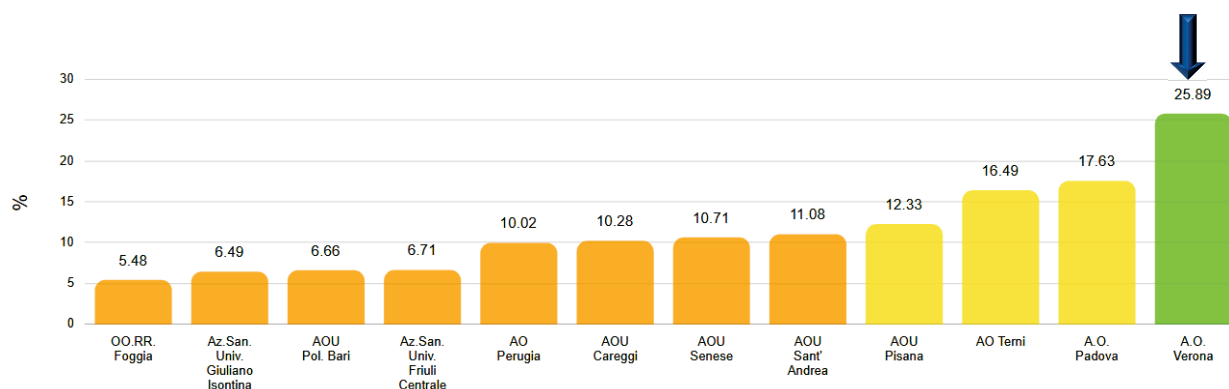
% provenienza Extraregione



Nel grafico sottostante, elaborato dal Laboratorio MeS Sant'Anna di Pisa, appare evidente come AOUI risulti al primo posto per capacità di attrazione, in particolare per i DRG di alta complessità: circa il 26% della casistica infatti è rappresentato da pazienti che provengono da regioni diverse dal Veneto o dall'estero.

Percentuale di attrazioni extra-regione – DRG alta complessità

Focus AOU – Anno 2024



In tale contesto, AOUI ha promosso una serie di interventi volti a migliorare ulteriormente l'accessibilità e la qualità dei servizi offerti.

Area Chirurgica

Va ricordato come AOUI sia un polo di riferimento con 50 sale operatorie e raggiunga annualmente circa 35.000 interventi in regime ordinario e day surgery.

Nel corso del 2026 AOUI intende potenziare l'attività chirurgica sia in ambito altamente specialistico, sia in ambito di chirurgia generale. In particolare, si prevede di potenziare l'ambito cardiocirurgico, neurochirurgico e della chirurgia epatobiliare e del pancreas (aumento atteso di circa 400 casi). Inoltre, grazie all'efficientamento delle sedute operatorie sarà possibile incrementare attività di chirurgia vascolare, plastica, mano e chirurgia generale.

Ulteriori sviluppi sono attesi anche in ambito di chirurgia dei trapianti di rene e in chirurgia robotica che riveste un valore strategico anche sotto il profilo formativo e accademico.

Area Medico-Riabilitativa

Nel corso degli ultimi anni, AOUI ha sostenuto una serie di interventi volti alla riorganizzazione dell'area medico-riabilitativa anche attraverso il trasferimento di unità operative. Ciò ha consentito, da un lato, di elevare gli standard alberghieri e funzionali e, dall'altro, di attivare nuovi posti letto.

L'attivazione dei nuovi posti letto, previo potenziamento della dotazione infermieristica dedicata, permetterà di aumentare l'offerta in tali ambiti e di perseguire una maggiore appropriatezza dei percorsi di cura dei pazienti che, una volta stabilizzati, troverebbero una più rapida ed adeguata risposta in ambito riabilitativo o nell'Ospedale di Comunità.

UOC COINVOLTA/E	AZIONI
Medicina d'Urgenza, Medicina Generale B, Medicina Generale C, Liver unit, Geriatria B, Nefrologia	Attivazione progressiva della piena dotazione di posti letto previsti dalla programmazione (+13 posti letto)
Recupero e Riabilitazione Funzionale Neuroriabilitazione	Attivazione progressiva della piena dotazione di posti letto previsti dalla programmazione (+23 posti letto)
Ospedale di Comunità	Attivazione degli ulteriori 6 posti letto già realizzati
UOC che effettuano dimissioni protette	Rafforzamento di percorsi integrati ospedale-territorio con ricaduta positiva sulla degenza media
<i>Subordinato al reperimento di nuovo personale infermieristico per il ripristino della dotazione (36 infermieri)</i>	

Area Materno-Infantile

Nel corso del 2025 sono state promosse una serie di azioni volte al rafforzamento delle attività del punto nascita e, in particolare, l'attivazione di un percorso per le Gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), la realizzazione della vasca per il travaglio e il parto in acqua, la possibilità di usufruire a pagamento di stanze ad uso singolo nonché l'allestimento di un'area "spazio famiglie" dedicata all'accoglienza dei familiari durante il ricovero.

Inoltre, è stato potenziato il percorso Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), con investimenti su spazi, tecnologie e competenze professionali, in stretta integrazione con i percorsi ostetrico-ginecologici.

Parallelamente AOUI ha realizzato, negli ultimi anni, un articolato programma di valorizzazione delle attività pediatriche con l'obiettivo di consolidare le eccellenze cliniche già presenti. Tra di esse, si ricordano: l'attivazione dell'UOC Pronto Soccorso Pediatrico, la riorganizzazione dell'area di degenza medica e chirurgica, la riorganizzazione delle attività di anestesia pediatrica, l'attivazione di un percorso delle chirurgie pediatriche specialistiche, il potenziamento e adeguamento strutturale della Neuropsichiatria Infantile, il consolidamento del percorso assistenziale e la formalizzazione della Cardiologia Pediatrica, oltre alla riorganizzazione degli ambulatori pediatrici. L'insieme degli interventi ha perseguito finalità convergenti: assicurare percorsi dedicati ai pazienti in età evolutiva, favorire l'approccio multidisciplinare e garantire standard elevati di sicurezza, appropriatezza e umanizzazione delle cure.

Si riporta a seguire la sintesi delle attività previste per il 2026.

UOC COINVOLTA/E	AZIONI
Neuropsichiatria Infantile	Incremento attività di Neuropsichiatria Infantile e pieno utilizzo della dotazione di posti letto di tutta l'area
Ostetricia e Ginecologia Ostetricia e Ginecologia B Trasporto Neonatale e pediatrico	Gravidanza e Parti: - Ripristino della dotazione posti letto completa della TIN - Azioni (già intraprese) finalizzate all'aumento dell'attrattività dell'ODB: percorso a basso rischio ostetrico (BRO), vasca per il travaglio e il parto, spazio famiglie, attività alberghiera a pagamento
Procreazione Medicalmente Assistita	Potenziamento dell'attività (già in forte crescita nel 2025, +20%)

Si precisa, tuttavia, che l'attuazione di tali interventi sarà subordinata all'assunzione di nuovo personale infermieristico.

Interventi chirurgici: rispetto dei tempi di attesa

AOUI Verona mantiene come priorità per il paziente il rispetto dei tempi d'attesa corrispondenti alla classe di priorità assegnata, poiché la gestione delle Liste di Attesa (LA) definisce le strategie per un governo efficiente dei gruppi operatori, elemento essenziale per un'Azienda ad elevata vocazione ed attrattività chirurgica. Un Gruppo di Lavoro composto dal personale della Direzione Medica Ospedaliera (DMO), dall'UOC Controllo di Gestione e dai Coordinatori Infermieristici dei prericoveri aziendali (BT e BR) supporta i Medici Chirurghi nel perseguire questo obiettivo.

Le azioni principali intraprese nel biennio precedente sono state:

- instaurata collaborazione con il referente LA per ogni UOC/USD chirurgica;
- incontri trimestrali con i referenti LA per monitorare l'andamento rispetto agli obiettivi di performance;
- messa a regime della manutenzione delle LA, con sessioni informative su pulizia e scorrimento e formalizzazione della documentazione aziendale sulla Presa in Carico (PIC, disponibile informaticamente da marzo 2025) e sulla gestione infermieristica pre e post operatoria;
- monitoraggio continuo con le UOC chirurgiche sul corretto inserimento degli interventi nelle liste operatorie e con i settori pre-operatori per segnalazioni di priorità scadute o prossime alla scadenza.

Le azioni operative e metodologiche proseguono anche per il periodo 2026-2028 per contenere il numero di pazienti con priorità scaduta; sono previsti sia interventi operativi sia di supporto procedurale.

Nel 2026 sarà proposto un sistema di segnalazione, accessibile ai Referenti LA e ai Direttori UOC/Responsabili USD, che fornirà rapidamente il trend di ciascuna Unità Chirurgica nei confronti del rispetto dei tempi d'attesa e consentirà interventi mirati, alimentato dai dati forniti periodicamente dall'UOC Controllo di Gestione.

L'istituzione di incontri con i Referenti delle Liste di Attesa (LA) chirurgiche ha permesso di consolidare e uniformare regole metodologiche aziendali per la gestione delle LA.

Parallelamente alle attività operative su classi di priorità e liste di attesa, è stata emanata l'Istruzione Aziendale Gestionale IAG 67/2025 intitolata Processo infermieristico aziendale pre-post operatorio. Il documento descrive in dettaglio le fasi gestionali dei Preoperatori Aziendali per le richieste di Presa in Carico (PIC) e le convocazioni al prericovero dei pazienti inseriti in lista d'attesa, garantendo monitoraggio e tracciabilità di tutte le fasi (chiamata, pre-anamnesi telefonica, convocazione, supporto durante gli accertamenti) e consentendo al Medico Chirurgo proponente l'intervento di interloquire direttamente con i sanitari di riferimento in qualsiasi momento del percorso perioperatorio, per eventuali integrazioni o verifiche resesi necessarie. Questo approccio rafforza la sistematizzazione delle procedure di preoperatorio e postoperatorio.

L'attività di supporto con le azioni di implementazione e sviluppo proseguirà nel triennio 2026–2028.

Specialistica ambulatoriale: rispetto dei tempi e potenziamento della presa in carico

La tematica relativa alla gestione delle liste di attesa rappresenta una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica degli ultimi anni per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale e perché i cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio.

Al fine di gestire tale annosa questione, la Regione Veneto ha approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)¹⁷, al fine di garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie che siano certi e adeguati alla situazione clinica.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa ha previsto per le Aziende alcuni adempimenti:

- nomina con deliberazione del RUA;
- aggiornamento dei Piani Attuativi Aziendali (PAA);
- individuazione presso ogni Azienda sanitaria di un team multidisciplinare che governi l'insieme dei processi che contribuiscono alla accessibilità e alla fruizione delle prestazioni di specialistica.

AOUI ha istituito il proprio Team Multidisciplinare per il governo delle Liste di Attesa ambulatoriale e nominato il Responsabile Unico Aziendale dei tempi di attesa (RUA)¹⁸.

Il gruppo di lavoro sul governo liste di attesa ambulatoriale, e il suo coordinatore, il RUA, hanno il compito fra l'altro di analizzare il fenomeno Liste di Attesa e monitorare settimanalmente i dati, proponendo soluzioni operative per garantire i tempi di erogazione, lavorare con i clinici alla appropriatezza prescrittiva, alla sostenibilità ed efficienza organizzativa.

Al fine di ottenere risultati più efficaci per la popolazione della Provincia di Verona, nell'anno 2025, in continuità con gli anni precedenti, è stato stipulato un accordo con l'Azienda Sanitaria Territoriale ULSS 9 Scaligera, come richiesto dalla Direzione Sanità e Sociale, al fine di definire i volumi e tipologia di prestazioni da garantire, per branca specialistica, agli utenti residenti nei comuni compresi nel territorio della Azienda ULSS 9 Scaligera per il governo dei tempi di attesa.

Nell'accordo, momento fondamentale di collaborazione, le due Aziende hanno individuato le tipologie di interventi prioritari per migliorare la gestione delle liste di attesa.

Per quanto riguarda la domanda di prestazioni ambulatoriali, il governo è proprio dell'azienda

¹⁷ DGRV n. 626 del 04.06.2024

¹⁸ Deliberazione del Direttore Generale n. 702 del 28.06.2024.

territorialmente competente. L'AOUI, però contribuisce con prestazioni di alta complessità e di alta specialità di cui è esclusivista e inoltre con prestazioni di I e II livello.

Per "ambito di garanzia territoriale" si intende il bacino territoriale minimo di riferimento per il cittadino entro il quale l'Azienda deve garantire l'erogazione delle richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa previsti nell'impegnativa. Entrambe le Aziende si sono impegnate a verificare l'andamento delle prestazioni in lista di pre-appuntamento, così come definite nel Piano Operativo Aziendale congiunto anche al fine di definire le azioni di riequilibrio in caso di variazione dell'andamento della domanda rispetto a quanto definito nel Piano Operativo.

Nel corso dell'anno 2025 si sono, inoltre, intensificati, gli incontri del Tavolo di confronto provinciale con i referenti dell'ULSS 9 Scaligera, a seguito dei quali sono state adottate le seguenti strategie per una migliore gestione delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale dell'intera provincia di Verona:

- offerta di prestazioni aggiuntive, effettuate da AOUI, a diretta prenotazione da parte dell'ULSS 9 Scaligera, principalmente per le prestazioni di ecografia, ecodoppler dermatologia;
- aumento di offerta delle prestazioni di area pediatrica e delle specialità per le quali AOUI è di riferimento (neurochirurgia, chirurgia della mano);
- potenziamento della presa in carico delle prestazioni di controllo per entrambe le sedi;
- supporto da parte dell'Ulss 9 Scaligera per il miglioramento della performance per le prestazioni di radiologia tradizionale in classe B.

Tali incontri del Tavolo di confronto provinciale continueranno anche nel corso dell'anno 2026, nell'ottica di approfondire le criticità tuttora presenti e al fine della stesura del nuovo accordo.

La vera integrazione tra AOUI e ULSS 9 nella gestione delle liste di attesa ambulatoriali sarà raggiunta solo con la gestione delle prenotazioni tramite un unico call center.

In tal senso, come per tutta la Regione Veneto, sono in corso in questi mesi le attività di implementazione informatica per la messa a regime del SovraCup; si tratta di un sistema CUP integrato per la gestione delle richieste di prenotazione dell'AOUI e dell'Ulss 9 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate a livello regionale.

Il sistema dovrebbe migliorare l'accessibilità per gli operatori sanitari mediante chiamata di contesto e garantire percorsi più agevoli per gli utenti.

La completa funzionalità del sistema SovraCup dovrebbe avvenire nei primi mesi dell'anno 2026.

Miglioramento del Sistema di Valutazione degli esiti e dei processi sanitari

Un aspetto peculiare del monitoraggio della qualità dell'assistenza è emerso con la messa a sistema degli indicatori di valutazione del PNE e del MeS-Sant'Anna nonché, più recentemente, del Sistema Nazionale di Garanzia. In particolare, già da anni, AOUI ha avviato un sistematico monitoraggio dell'andamento in particolare degli indicatori del PNE al fine di garantire il raggiungimento ed il mantenimento dei livelli di performance nella fascia media o alta, quando non medio-alta, per le aree Treemap soggette a variazioni in senso migliorativo o peggiorativo delle stesse di anno in anno nei due presidi ospedalieri dell'Azienda. La modalità di gestione di tale monitoraggio si è avvalsa sin dall'inizio della conduzione di specifici audit sulle casistiche ricomprese nelle aree che risultavano con performance media, bassa e molto bassa che, a partire da una verifica della appropriatezza

della codifica andassero ad identificare le ragioni della performance non ottimale al fine di identificare strategie di miglioramento.

Sulla base del monitoraggio per il 2025 e delle previsioni di andamento della performance, le attività di verifica e controllo nell'immediato futuro riguarderanno in particolare:

- *Cardiocircolatorio*
 - indicatore "Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero"
 - indicatore "Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni"
 - indicatore "Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni"
- *Nervoso*
 - indicatore "Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni"
- *Respiratorio*
 - indicatore "BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni"
- *Chirurgia generale*
 - indicatore "Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni"
- *Gravidanza e parto*
 - indicatore "% parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo"
- *Osteomuscolare*
 - indicatore "Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 gg"
 - indicatore "Frattura di femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero"
 - indicatore "Frattura tibia e perone: attesa mediana per intervento chirurgico"

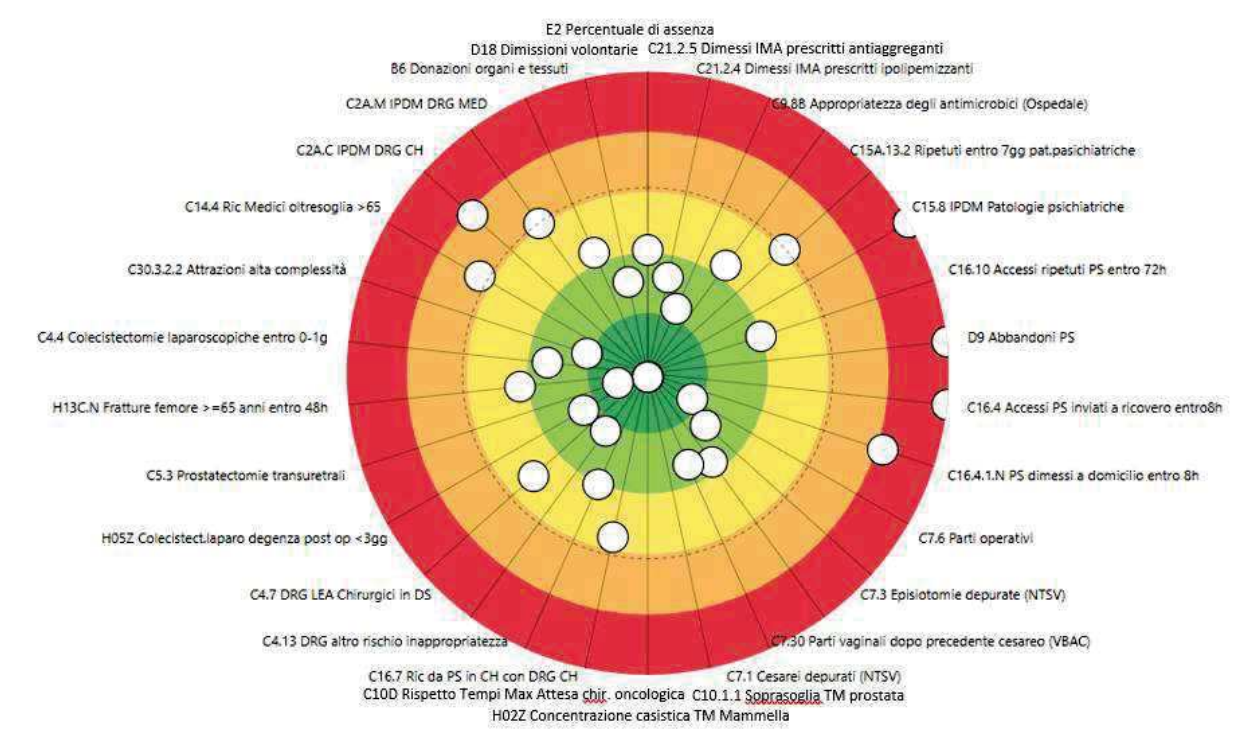
Si precisa che i dati riportati sono consuntivo PNE "adjusted".

PNE – Standard di qualità AOUI Verona

	PNE 2023			PNE 2024		
	Borgo Trento	Borgo Roma	Italia	Borgo Trento	Borgo Roma	Italia
Cardiocircolatorio						
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	5,5		7,1	6,5		6,8
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero/service	71,3		56,1	79,2		57,6
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	6,8	5,2	9,6	9,5	5,7	9,4
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,1		1,8	1,4		1,5
By-pass totale: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	248		17.275
Valvuloplastica o sostituzione valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,1		2,2	1,2		2,1
Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0,8		1,5	1,2		1,5
Nervoso						
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	8,4	1,2	9,4	7,9	5,0	9,2
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	2,7		3,0	3,4		2,8
Respiratorio						
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	7,9	6,4	9,6	11,8	9,4	9,1
Chirurgia Generale						
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	321	311	103.127
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria<3 giorni	87,8	83,7	84,7	90,2	85,4	85,9
Chirurgia Oncologica						
Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	6,5		5,6	3,7		5,1
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	317		67.442
Proporzione di interventi demolitivi per TM mammella con contestuale ricostruzione/inserzione	n.d.		n.d.	82,2		70,3
Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	97		14.709
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	non valutato (volumi sotto soglia)		0,9	0,6		0,9
Intervento chirurgico per TM colon: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	127	59	26.404
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	2,0	1,9	3,7	1,1	1,8	3,5
Gravidanza e Parto						
Parti: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	2.155		369.295
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18,7		22,7	17,1		22,2
% parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	13,0		11,6	18,2		11,8
Proporzione episiotomie in parti vaginali	5,4		10,5	5,2		9,1
Osteo-muscolare						
Frattura di femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	54,0		56,3	64,7		60,5
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	481		96.777
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	275		135.684
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30gg	2,6		3,1	4,4		3,2
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	n.d.		n.d.	138		115.976
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30gg	0,8		1,1	0,9		1,1
Nefrologia						
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30gg da ricovero	8,0	5,9	11,5	3,9		7,3

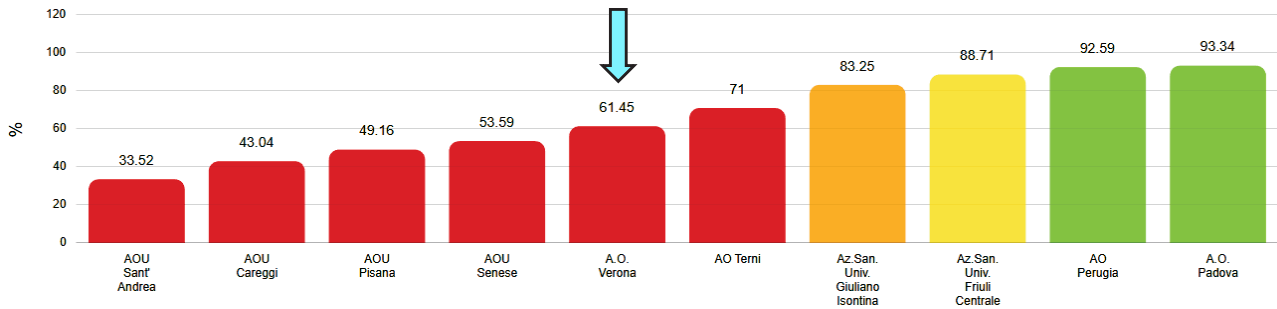
Per quanto riguarda gli indicatori del Laboratorio MeS del Sant'Anna di Pisa, gli ultimi dati pubblicati risalgono al 2024: tra gli indicatori sintetizzati nel bersaglio, 19 dei 32 considerati appaiono in zona verde (59,5%), con risultati ampiamente positivi; in particolare, ot-time performance si registrano nell'area oncologica. Dei 32 indicatori considerati solo 3 risultano ancora critici.

Bersaglio AOUIVR 2024



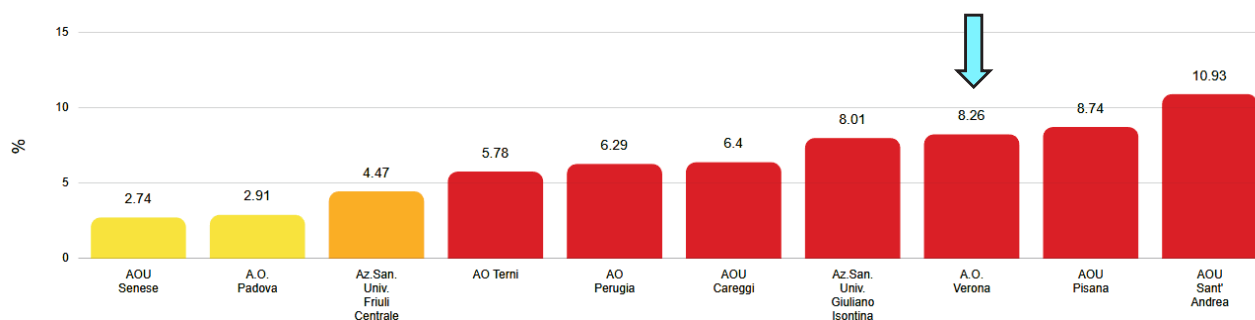
Gli indicatori che si collocano in area rossa e arancione riguardano alcuni aspetti dell'attività di pronto soccorso (tempi di attesa e abbandoni), per i quali vengono confermate alcune criticità; in particolare va segnalata la scarsa performance registrata a carico degli indicatori illustrati nei grafici sottostanti, per quanto siano migliorati rispetto all'anno precedente:

Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore
Focus AOU – Anno 2024



Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

Focus AOU – Anno 2024



Per far fronte al fenomeno dell'overcrowding del Pronto Soccorso, che peraltro caratterizza diverse realtà, AOUI ha sviluppato un modello organizzativo, maggiormente flessibile anche mediante l'implementazione del Bed Management, di un cruscotto gestionale della risorsa posto letto aziendale e con l'attivazione di percorsi snelli di presa in carico di traumi ortopedici, patologie di competenza pediatrica e geriatrica, nonché percorsi di presa in carico post-dimissione da PS per specifiche patologie valutate differibili.

Per il 2026 in considerazione della introduzione di specifici obiettivi di accessibilità dell'utente per ottenere tale trasformazione, AOUI adotta la strada del change management e del lean thinking che consentiranno di ottimizzare i processi, valorizzare le competenze interne e migliorare l'esperienza dei pazienti, per l'area del Pronto Soccorso sarà avviato uno specifico progetto. Troverà infatti applicazione la metodologia Lean Six Sigma che partendo dall'analisi dell'inappropriatezza dei codici triage assegnato agli accessi, del tasso di abbandono e dell'elevato tempo di permanenza in PS introdurrà logiche di efficientamento nella gestione degli accessi e delle tempistiche di PS.

Infine, alla luce del DM del 23 dicembre 2025, "Aggiornamento dei sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari: adozione di ICD-10-IM e CIPI" l'attività del NAC per l'anno 2026 sarà anche volta a supportare il processo di transizione al nuovo sistema nazionale di codifica delle diagnosi e procedure anche mediante il supporto di un gestionale dedicato.

Integrazione ospedale-territorio: DM 77/2022

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fin dalla sua istituzione nel 1978, si basa su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità.

Questo il dettato del DM 77 del 23 maggio 2022 che, in attuazione delle riforme previste dalla Missione 6 del PNRR, sancisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire i LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

In collaborazione con l'ULSS 9, AOUI persegue questa visione mediante attività di rafforzamento e valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare attraverso strutture quale l'Ospedale di Comunità e progetti di integrazione ospedale-territorio.

Ospedale di comunità

La Giunta Regionale del Veneto ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie, assegnando ad AOUI 30 posti letto di Ospedale di Comunità (OdC), nel contesto della sede di Borgo Roma¹⁹.

Il reparto ristrutturato per ospitare l'OdC, dopo un utilizzo emergenziale durante la pandemia COVID19, è stato reso disponibile nel corso del 2024 arrivando a attivare gli attuali 24 letti di degenza²⁰.

La disponibilità di posti letto dell'OdC ha permesso di agevolare la dimissione protetta dei pazienti ricoverati presso le unità operative successivamente alla loro stabilizzazione, intervenendo positivamente sull'appropriatezza dell'utilizzo dei posti letti per acuti e potenzialmente sulla durata della degenza media generale.

Coerentemente con quanto stabilito dal DM 77/2022, l'OdC rappresenta la più idonea destinazione per tutti quei pazienti clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa per un periodo prestabilito prima del rientro a domicilio:

- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi e che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio;
- pazienti fragili e/o cronici, provenienti da Pronto Soccorso o domicilio, in caso di riacutizzazione di condizione clinica preesistente o insorgenza di un quadro imprevisto, nei quali il ricovero in ospedale risulti inappropriato.

La dotazione di posti letto dell'OdC, una volta completato l'arruolamento del personale del comparto, verrà integrata per mezzo della realizzazione di ulteriori 6 stanze singole allo scopo di permettere il raggiungimento del numero di posti letto previsti dalla programmazione regionale (30 PL).

Telemedicina

Modalità organizzativa e progettualità riguardanti la telemedicina sono approfondite in altra sezione del presente documento, tuttavia va qui rimarcato come la maggior diffusione della telemedicina a livello ospedaliero e territoriale sta consentendo una miglior coordinazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, nonché una più efficace collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e territoriali, mediante il teleconsulto, in particolare per quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

Dipartimento Intraziendale di Continuità Assistenziale (DICA)

Nel 2024 è stato attivato un nuovo dipartimento funzionale di Continuità assistenziale, individuandone il Coordinatore Responsabile.

¹⁹ DGRV n. 614 del 14.05.2019

²⁰ Decreto Dirigenziale n. 470 del 7 dicembre 2023 di Autorizzazione all'Esercizio di Azienda Zero.

Gli obiettivi del DICA riguardano la continuità della cura all'interno dell'azienda in particolare in un nucleo di Unità Operative operanti prevalentemente in Borgo Trento. Tuttavia l'attività coinvolge, oltre alla Direzione Medica di AOUI, anche altre unità operative aziendali interessate da progetti organizzativi nel campo della continuità assistenziale di pazienti, sia internistici che chirurgici, complessi, cronici o comunque dopo la fase acuta. Per sua vocazione il DICA interagisce inoltre con realtà extraaziendali come l'Azienda ULSS9 Scaligera, i servizi sociali comunali, l'OMCeO della Provincia di Verona, le Associazioni del terzo settore, al fine di garantire una presa in carico efficace e tempestiva dei pazienti, sia in uscita dall'AOUI che in entrata dal territorio.

Target specifici di interesse per il DICA sono:

- dimissioni protette di pazienti fragili;
- presa in carico di pazienti con patologie croniche con frequenti ospedalizzazioni per riacutizzazione (Scompenso Cardiaco, BPCO...);
- percorsi di diagnosi e cura di pazienti chirurgici (in particolare ortopedici) con necessità di stabilizzazione internistica e riabilitativa;
- percorsi di diagnosi e cura di pazienti con necessità di cure palliative (in collaborazione con il Gruppo Interdisciplinare di Cure Palliative Ospedaliere (GI-HELP)

Obiettivi del DICA sono:

- integrazione organizzativa dipartimentale per la cura e l'assistenza del paziente fragile nel passaggio fra i diversi livelli di intensità di cura e le diverse attività specialistiche aziendali e nel passaggio al territorio. Sono per questo organizzati incontri per valutare le problematiche che frenano una continuità assistenziale appropriata, e per progettare dei percorsi dedicati alle transizioni assistenziali.
- promozione e diffusione di linee guida e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche per il paziente con patologie croniche, mediante incontri formativi con didattica frontale e con eventi residenziali promossi dal DICA in collaborazione con ULSS Scaligera e l'OMCeO Verona.
- messa a punto di modalità organizzative in ottica di transizione digitale e sviluppo degli strumenti di telemedicina. Obiettivo è l'integrazione fra sistemi informatici ospedalieri e territoriali per le dimissioni protette di pazienti fragili anche attraverso lo sviluppo di attività assistenziale in telemedicina, in particolare per i pazienti con patologie croniche con frequenti riacutizzazioni
- supporto alla creazione di un clima favorevole ad una alleanza terapeutica fra sanitari pazienti e famiglie con la messa a punto modalità precoci di comunicazione circa le modalità di percorso dal ricovero alla dimissione con particolare focus sulle problematiche legate alle opzioni di dimissione protetta con coinvolgimento del MMG.

Ulteriori progetti di Integrazione ospedale-territorio

L'integrazione ospedale-territorio per un'Azienda Ospedaliera passa principalmente attraverso la problematica legata alla continuità assistenziale all'atto della dimissione, in particolare nei casi di pazienti fragili.

Tra AOUI e l'Azienda ex ULSS 20, già dal 2011 è stato istituito un gruppo interaziendale e multidisciplinare responsabile del "Progetto interaziendale continuità assistenziale ospedale territorio". Nel 2022, la Regione ha istituito²¹ un "Gruppo di Lavoro per la definizione del processo condiviso a livello regionale di dimissione ospedaliera", il cui esito ha prodotto il

21 DDR 18/2022.

"Percorso Unico Regionale per la dimissione ospedaliera protetta" che ha definito il percorso da implementare²².

A fine luglio 2023, l'ULSS 9 e AOUI Verona, in modalità congiunta, hanno prodotto una procedura condivisa per descrivere un percorso delineato e strutturato in differenti fasi temporali, con l'intento di creare percorsi condivisi per la presa in carico del paziente fragile, di qualsiasi età, in dimissione dalle strutture aziendali ospedaliere, con la regia e il monitoraggio da parte della Centrale Operativa Territoriale.

Da una analisi dei reparti che maggiormente hanno attivato percorsi di dimissione protetta è emerso che i reparti di area medica risultano essere i maggiori richiedenti di attivazioni di percorsi di dimissione protetta domiciliare, ma è ovvio che l'invecchiamento della popolazione e l'aumentare della poli-patologia nell'anziano fanno sì che tutte le varie destinazioni di dimissione siano monitorate e valutate.

In riferimento agli obiettivi ed ai bisogni assistenziali, alla gestione ordinaria e alla negoziazione di budget diventa necessario realizzare modelli organizzativi-assistenziali innovativi:

- integrazione con il territorio, per rispondere ai bisogni assistenziali emergenti legati in particolare alla cronicità;
- pianificazione, organizzazione e gestione dei percorsi di emergenza e urgenza, sia in ospedale sia nel territorio;
- risposta ai bisogni assistenziali emergenti della diade donna-bambino in integrazione con il territorio.

La complessità organizzativa dei percorsi assistenziali, richiede una regia con personale esperto, che supporti il team di cura nelle decisioni per garantire la dimissione del paziente inserendolo nel giusto setting assistenziale. A tale proposito il Servizio per le Professioni Sanitarie ha avviato già dal 2023 un progetto chiamato "Infermiere di percorso" che ha coinvolto alcuni reparti di medicina e che troverà ulteriore sviluppo nei prossimi anni. Il progetto è stato affidato a due Infermieri Coordinatori esperti con incarico di "Referente di percorso medico BT e BR", che afferiscono alla Direzione delle Professioni Sanitarie. Le linee di attività principali riguardano:

- la realizzazione e la continuità del processo di assistenza infermieristica, tecnico sanitaria e della riabilitazione tra i diversi MdA che intervengono sul percorso dei pazienti
- il monitoraggio dei posti letto nei singoli MdA dell'Area, supportando il team di cura nella tempestiva dimissione dei pazienti;
- la costruzione ed il mantenimento di una rete di relazioni costruttive tra tutto il personale coinvolto e i referenti della rete territoriale.

Per migliorare e potenziare l'interazione fra AOUI e strutture del territorio è stato ripreso e allargato il tavolo interaziendale con la partecipazione della Direzione Medica, del Servizio Professioni Sanitarie e del responsabile del DICA di AOUI che con i responsabili delle COT, del SPPS e Cure Primarie della AULSS 9 Scaligera si confronta sulle criticità della rete e sui possibili interventi correttivi. Nelle riunioni si è ripresa in particolare la dinamica delle dimissioni protette per i pazienti fragili dall'ospedale al domicilio o verso strutture residenziali/riabilitative, allargando l'intervento a tutti i distretti della provincia. Il gruppo di lavoro sta a questo fine lavorando perché si ottenga entro il 2026 una piena integrazione fra i sistemi informatici differenti presenti in AOUI (Trakcare) e sul territorio (Advenias), in modo da facilitare un passaggio di informazioni meno macchinoso e soggetto ad errori e ritardi di quello attuale.

²² DGR n. 31 del 03.04.2023.

Un intervento riguarda poi la ricerca di una più diffusa presa in carico di pazienti dimessi con ancora una bassa o nulla richiesta assistenziale domiciliare, ma a rischio di fragilità perché affetti da diabete, BPCO, scompenso cardiaco cronico, demenza. Intercettare precocemente questo tipo di pazienti permetterebbe un intervento più efficace in termini di prevenzione secondaria, con possibilità di ridurre gli accessi ospedalieri.

Dal 2025 è stato allargato il confronto con il coinvolgimento dei servizi sociali sia delle due aziende sanitarie che del comune di Verona per un utile intervento sulle necessità assistenziali di tipo sociale presenti nella fascia della popolazione più anziana e nelle persone senza fissa dimora. Un potenziamento della rete sociale permette anche la riduzione degli accessi inappropriati alle strutture ospedaliere e una più efficace presa in carico domiciliare dei pazienti da parte degli operatori sanitari in ADI e della rete delle cure palliative.

Le dinamiche di interazione fra Ospedale e territorio sono anche oggetto del lavoro del "Tavolo Ospedale-Territorio" istituito dall'Ordine dei Medici della provincia di Verona, allargando la partecipazione anche a rappresentanti delle strutture provinciali pubbliche e private e a rappresentanti del terzo settore. La possibilità di accesso diretto dei medici di medicina generale all'OMCeO ha permesso di rilevare criticità di relazione fra le varie figure interessate alla presa in carico del paziente in transito fra strutture sanitarie e domicilio. In passato ad esempio si è intervenuti sulle lettere di dimissione ospedaliere per renderle omogenee e più facilmente fruibili. Si sta lavorando ad un più appropriato utilizzo delle risorse diagnostiche, anche per ridurre le liste di attesa. Sono stati messi a punto documenti disponibili a tutti gli operatori per la diffusione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT). L'attività del tavolo è ripresa nel 2025 con le nuove nomine coerenti con il recente rinnovo degli organi direttivi dell'OMCeO.

Prevenzione, controllo e sorveglianza ICA. Contrasto Antimicrobicoresistenza e Programmi di Antimicrobial-stewardship

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano un importante problema di salute pubblica per l'elevata frequenza e gli alti tassi di morbidità e mortalità. Le ICA comportano inoltre costi considerevoli sia a carico del paziente sia a carico della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona per l'impatto che esse hanno sulla gestione della degenza ospedaliera (prolungamento degenza, indagini diagnostiche e trattamenti) e sul contenzioso aziendale (risarcimenti).

Nell'ambito del governo clinico è fondamentale rafforzare le linee programmatiche e strategiche orientate a creare un sistema integrato di prevenzione e controllo delle ICA e di contrasto all'antimicrobico resistenza (AMR) con programmi di antimicrobial stewardship.

La strategia di AOUI recepisce gli indirizzi del Piano nazionale di contrasto dell'antibiotico resistenza 2022-2026 (PNCAR), che fornisce le linee strategiche e le indicazioni operative per affrontare l'emergenza dell'antibioticoresistenza, basate su tre pilastri verticali dedicati ai principali interventi, di cui due includono le ICA: sorveglianza e monitoraggio integrato, prevenzione delle ICA in ambito ospedaliero e comunitario.

AOUI, fin dal 1998²³ ha istituito la Commissione Ospedaliera per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (CIO) finalizzata a garantire sistematicità e regolarità nelle azioni di prevenzione delle ICA. La CIO, avvalendosi delle diverse competenze che caratterizzano la

²³ Deliberazione del Direttore Generale n. 864 del 07.05.1998 e s.m.i.

propria multidisciplinarietà, cura l'attuazione del Programma aziendale per il contrasto alle ICA e all'antimicrobico resistenza (AMR) svolgendo le azioni di coordinamento e verifica, con particolare attenzione agli ambiti di intervento annualmente pianificati. La CIO si avvale del "Gruppo Operativo per le Infezioni Ospedaliere" (GIO) che ne traduce in pratica gli indirizzi. Il piano di prevenzione per il contrasto delle ICA e dell'antimicrobico resistenza di AOUI è elaborato annualmente sulla base della normativa regionale di riferimento ed aggiornato sulla base della situazione epidemiologica locale, della disponibilità di nuove evidenze scientifiche e delle revisioni delle raccomandazioni regionali.

La strategia adottata prevede la convergenza con il risk management aziendale, sia dal punto di vista degli strumenti e dei metodi sia dal punto di vista degli obiettivi di cambiamento organizzativo.

La documentazione aziendale di indirizzo per le attività di prevenzione e controllo delle ICA è oggetto di sistematica revisione, al fine di promuoverne il costante aggiornamento sulla base delle evidenze scientifiche, e la verifica del grado di implementazione. AOUI intende così perseguire gli obiettivi di prevenzione e controllo delle ICA in linea con i recenti orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità.

AOUI ha attivato tutti i sistemi di sorveglianza microbiologica previsti dalla normativa regionale, ed inoltre prende parte alle attività di sorveglianza del sito chirurgico secondo il protocollo ECDC e di indagine di prevalenza puntuale, oltre ad alimentare i flussi definiti nell'ambito del risk management.

Migliorare la capacità di misurare l'epidemiologia locale rappresenta un obiettivo fondamentale per il quale è necessario superare le criticità connesse con l'introduzione del nuovo SIO e promuovere l'utilizzo sistematico dei dati raccolti mediante gli strumenti informatici aziendali, anche ricorrendo ad iniziative pilota nei contesti in cui si concentrano i pazienti a più elevato rischio. Polmoniti, infezioni del torrente ematico e infezioni urinarie sono gli ambiti prioritari di misurazione per la rilevanza epidemiologica di tali infezioni nel contesto ospedaliero.

Il potenziamento del sistema di sorveglianza delle ICA deve accompagnarsi ad azioni di miglioramento del feedback sia verso la Direzione Aziendale sia verso le unità operative a reale supporto delle strategie e delle azioni implementate.

La partecipazione delle unità operative ai sistemi di sorveglianza deve essere sostenuta ed incentivata perché l'adesione corrisponda ad una condivisione di visione e priorità.

La formazione rappresenta una leva strategica che AOUI adotta per promuovere il cambiamento: nel corso del 2026 l'attività di formazione sarà progettata anche tenendo conto delle recenti indicazioni regionali finalizzate a promuovere un miglioramento nell'aderenza all'igiene delle mani. Sarà inoltre valorizzato lo sviluppo organizzativo aziendale prevedendo un percorso formativo dedicato ai Referenti ICA.

Il contrasto all'AMR si basa anche sul pilastro essenziale della corretta prescrizione degli antimicrobici, promossa attraverso programmi di antimicrobial stewardship. In AOUI è attivo dal 2018 il programma SAVE (Stewardship Antimicrobica VErona), un'iniziativa multidisciplinare, coordinata dalla UOC di Malattie Infettive, che ha consentito una sostanziale riduzione del consumo di antibiotici e delle infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici. Il programma SAVE, integrato in un'applicazione per dispositivi mobili e computer, fornisce raccomandazioni terapeutiche personalizzate in base al tipo di infezione e al paziente, considerando i dati di microbiologia locali consultabili sulla stessa app. L'applicazione include anche misure di prevenzione delle ICA specifiche per tipo di batterio e resistenza e il dettaglio dei farmaci antimicrobici in termini di dosaggi sulla base del tipo di

infezione e della funzionalità epatica e renale, interazioni con altri farmaci e alternative in caso di anamnesi positiva per allergie. Questo intervento ha permesso una riduzione dell'uso inappropriato di antibiotici con un range dal 20% al 57% a seconda del tipo di reparto che si è mantenuto costante nel 2025. Il programma SAVE si basa su continui aggiornamenti, audit e feedback per garantire la sua efficacia nel tempo e interventi specifici per i reparti con pazienti ad alto rischio di infezioni. Nel 2025 il modello, con il sostanziale contributo del team di SAVE in AOUI e la coordinazione della Regione Veneto, è stato esteso a tutta la Regione con lo sviluppo di un applicativo Firstline per tutti i setting (ospedale, Centri Servizi e Territorio). Dal momento che l'applicativo in AOUI è al momento più avanzato rispetto alla versione regionale, AOUI manterrà la sua versione almeno fino al 2027, quando secondo programma, l'applicativo regionale avrà completato il suo sviluppo.

AOUI è inoltre coordinatore degli interventi di antimicrobial stewardship del progetto europeo REVERSE, che si propone di ridurre le ICA causate da batteri multi-resistenti. REVERSE, finanziato dall'Unione Europea tramite il programma Horizon 2020, prevede l'implementazione di interventi di miglioramento della diagnostica microbiologica, del controllo delle ICA e dell'appropriatezza prescrittiva. Il progetto, avviato nell'aprile 2022, coinvolge 20 reparti (oltre 500 posti letto). All'interno di REVERSE sono stati avviati e completati nel 2025 programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza, con un focus sulla promozione dell'igiene delle mani e sull'ottimizzazione della profilassi antibiotica in chirurgia addominale e delle terapie antibiotiche in area emato-oncologica e l'area critica. L'analisi dei risultati nel 2026 permetterà di sviluppare e implementare nuovi interventi mirati per un ulteriore miglioramento delle prescrizioni di terapia antinfettiva.

Nel 2025 il progetto SAVE ha sviluppato un modulo dedicato alla sorveglianza delle ICA (SAVE-EPI) che tramite lo sviluppo di una piattaforma online accessibile solo da medici autorizzati fornisce automaticamente gli isolamenti sospetti per acquisizione ospedaliera. I medici previa valutazione clinica e epidemiologica (secondo i criteri degli ECDC) confermano o meno l'evento come ICA. La fase pilota nel DAI Medico Generale è iniziata a ottobre 2025 per una durata di 6 mesi. Sulla base dei risultati e dei feedback ottenuti si rivaluterà l'implementazione e eventuale estensione ad altre aree mediche di AOUI.

Nel prossimo biennio, AOUI si impegna a consolidare e sviluppare ulteriormente le iniziative in corso per il contrasto alle ICA e all'AMR. In particolare, la programmazione prevede:

- aggiornamento continuo dell'applicazione SAVE: l'applicazione verrà costantemente aggiornata con i dati epidemiologici locali e le nuove evidenze scientifiche, garantendo ai medici uno strumento sempre all'avanguardia per la prescrizione appropriata degli antibiotici;
- valutazione dei risultati del progetto REVERSE: i risultati del progetto REVERSE saranno attentamente analizzati per identificare i miglioramenti ottenuti in termini di riduzione delle ICA e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Le evidenze emerse da questa analisi guideranno le future iniziative aziendali;

L'AOUI si impegna a proseguire con determinazione nel percorso di miglioramento continuo, con l'obiettivo di garantire la massima sicurezza dei pazienti e un utilizzo responsabile e appropriato degli antibiotici.

Rischio clinico

La sicurezza del paziente è universalmente riconosciuta come uno degli elementi di garanzia cardine dei sistemi sanitari e quale componente imprescindibile della qualità dell'assistenza sanitaria.

La sicurezza è caratterizzata da diverse dimensioni che interessano ad esempio l'utilizzo corretto dei farmaci, il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione degli eventi sentinella, ma anche la continuità delle cure, la formazione e qualificazione del personale. Pertanto è essenziale che ciascuna organizzazione sanitaria si doti di un quadro di riferimento a supporto del miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente.

Nella garanzia di elevati livelli di qualità assistenziale, giocano un ruolo importante i programmi per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie.

Inoltre, sulla base di aggiornamenti normativi²⁴, cambia la responsabilità civile e penale per gli esercenti la professione sanitaria, si regola l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio.

L'integrazione organizzativa ed operativa tra la Gestione del Rischio Sanitario e la Gestione del Sistema per la Qualità, nel contesto di riferimento del Governo Clinico, è pertanto fondamentale anche a livello aziendale.

In tale contesto presso l'AOUI nel corso del biennio 2023-2024 è stato condotto un importante progetto²⁵ di "Gestione del rischio sanitario: mappatura-action plan-formazione-accreditamento" il cui obiettivo è stato quello di effettuare un'analisi del rischio sanitario nelle strutture dell'AOUI, nonché di formazione sul campo, orientato all'implementazione di un Sistema di Gestione del Rischio-Qualità-Accreditamento, attraverso:

- A. Mappatura ed analisi del Rischio sanitario in AOUI VR
- B. Analisi storica degli eventi avversi occorsi in AOUI VR negli ultimi 5 anni
- C. Redazione di Action Plan volto all'implementazione delle azioni di miglioramento
- D. Supporto tecnico alla Direzione per il consolidamento del Modello Organizzativo
- E. Supporto nella definizione di un Programma formativo aziendale
- F. Selezione e formazione di facilitatori aziendali per la Gestione del Rischio e Sicurezza delle cure
- G. Certificazione professionale e aziendale, per livelli progressivi, in tema di Gestione del Rischio Sanitario

Tutte le attività previste sono state completate nel 2025 con la "Certificazione professionale e aziendale, per livelli progressivi, in tema di Gestione del Rischio Sanitario".

Tale progetto si integra nell'ambito delle disposizioni regionali²⁶ che disciplinano il risk management in Regione Veneto e dell'Atto Aziendale vigente.

Pertanto AOUI adotta il modello di gestione della sicurezza del paziente previsto dalla DGR 2255/2016 che prevede un assetto organizzativo di comunicazione e gestione degli Eventi Avversi/Eventi Evitati (EA/EE), degli eventi "ad alta gravità" e degli Eventi Mediativi (EM), attraverso l'adozione di una scheda di Incident Reporting, di una scheda per le segnalazioni delle cadute, di una per le ICA, di una scheda per la violenza nei confronti degli operatori e di una scheda di analisi degli Eventi Avversi/Eventi Evitati da applicare a ciascuna

²⁴ Legge n. 24 del 28.03.2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie."

²⁵ Deliberazione del Direttore Generale n. 917 del 13.09.2023.

²⁶ definite dalla più recente DGR 2255 del 30.12.2016 "Semplificazione e riorganizzazione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente e il contenimento del contenzioso nel Sistema Socio Sanitario del Veneto - approvazione del programma delle attività"

segnalazione, nonché di due procedure aziendali per la gestione e comunicazione degli EA/EE²⁷. Il flusso informativo derivante da tale modello costituisce parte integrante del Sistema di Gestione Sinistri e Rischio Clinico (GSRC) istituito dalla Regione Veneto. L'impegno aziendale nella gestione del rischio clinico prosegue inoltre mediante la definizione di un programma annuale di audit sul rischio clinico comprendente, oltre ai modelli di audit già implementati, l'applicazione delle modalità di analisi reattiva richieste dalla Regione (audit clinico-organizzativo su modello regionale), la conduzione di audit integrati qualità-rischio clinico e servizio di prevenzione e protezione, la promozione della segnalazione spontanea attraverso incident reporting secondo il modello previsto²⁸, nel rigoroso rispetto di una cultura della non colpevolezza, il costante recepimento ed implementazione con procedure aziendali delle eventuali nuove Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza del paziente ed il contestuale monitoraggio degli Eventi Sentinella attraverso il flusso SIMES. Prosegue inoltre la presa in carico tempestiva e sistematica delle segnalazioni di evento avverso/evento evitato attraverso la compilazione delle schede di Risk Management all'interno del portale GSRC regionale, la partecipazione alle attività di gestione del contenzioso sanitario nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri e la contestuale effettuazione degli Audit sui sinistri, con compilazione tempestiva delle schede di Risk Management all'interno del portale GSRC nonché la realizzazione di programmi di formazione specifici in tema di Patient Safety (oltre a quello aziendale sopracitato), in particolare sul rischio in terapia, sul rischio cadute, sulla dispositivo vigilanza, sulla prevenzione delle aggressioni agli operatori e sul recepimento dei nuovi Eventi Sentinella. In tale modello il Risk manager si avvale anche della rete dei referenti per il rischio clinico in ciascun Modulo di Attività ed in ciascuna Unità Operativa.

Alla luce dell'introduzione in Azienda del sopra citato "Modello italiano per la gestione del rischio in sanità"²⁹, per il 2026 si procederà ad una valorizzazione del ruolo dei "Facilitatori Aziendali (GRS) per la Gestione del Rischio e Sicurezza delle cure" come previsto dalla revisione della Procedura aziendale³⁰. In particolare i Facilitatori aziendali rappresentano operatori di AOUI, selezionati in rappresentanza di tutte le professionalità aziendali, adeguatamente formati per l'implementazione operativa del Modello per la Gestione del Rischio in sanità. Essi rivestono un ruolo nella realizzazione della fotografia del rischio, nel controllo della corretta realizzazione dei processi operativi, nella rilevazione e segnalazione di errori e Non Conformità, nella divulgazione e nella promozione degli interventi di miglioramento nelle unità operative o nelle strutture interessate, hanno il ruolo di leader nel processo di analisi delle cause profonde (ACP). I Facilitatori aziendali saranno coordinati dal Risk manager e legittimati con la procedura PAG 35 e, compatibilmente con le attività svolte, collaboreranno con il Risk management e la Clinical Governance aziendale.

2.2.2.2.2 Formazione, ricerca e comunicazione

Formazione

Per quanto concerne la Formazione si rinvia al paragrafo 3.3.7 del presente Piano.

²⁷ Rispettivamente i Moduli Aziendali Gestionali MAG 84, MAG 87, MAG 106, MAG 85 e Procedure Aziendali PAG35 e IAG50.

²⁸ DGR 2255/2016 ed integrazioni e modifiche successive

²⁹ Modello approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 917 del 13.09.2023

³⁰ PAG 35 "Procedura Aziendale per la gestione degli Eventi Avversi (EA) e degli Eventi Evitati (EE)".

Ricerca e studi clinici

Per quanto riguarda gli studi clinici, la tabella riporta i dati relativi agli studi che coinvolgono AOUI, UniVR e CRC, autorizzati con delibera o determina da AOUI nell'ultimo triennio, 2023-2025.

Analizzando il trend degli studi autorizzati totali nei tre anni si osserva un aumento continuo dal 2023 al 2025, pari a +23% dal 2023 al 2024 (+43 studi; 233 anno 2024 vs 190 anno 2023) e un ulteriore incremento del +8% dal 2024 al 2025 (+18 studi; 251 anno 2025 vs 233 anno 2024); complessivamente la variazione del 2025 rispetto al 2023 è pari al 32% (+61 studi; 251 studi anno 2025 vs 190 studi anno 2023).

		Anno 2023			Anno 2024			Anno 2025		
		AOUI	CRC	tot	AOUI	CRC	tot	AOUI	CRC	tot
Studi AOUI Verona, UniVR e CRC autorizzati Anno 2023, 2024 e 2025	Sperimentazioni con medicinale	37	35	72	54	43	97	36	51	87
	Studi osservazionali farmacologici	26		26	35		35	32		32
	Indagini cliniche con dispositivi medici	23	1	24	13	1	14	19		19
	Studi interventistici senza farmaco e dispositivo medico	33		33	37		37	43		43
	Studi osservazionali senza farmaco e dispositivo medico	35		35	50		50	69	1	70
	Tot. Studi	154	36	190	189	44	233	199	52	251

*dati aggiornati all'11/12/2025

Analizzando il dato per tipologia di studi si può notare come l'aumento dal 2023 al 2025 sia relativo a tutte le tipologie di studi ad eccezione delle indagini cliniche con dispositivi medici che passano da 24 del 2023 a 19 nel 2025 (-21%); tale riduzione risulta ancor più evidente se si confronta il dato del 2024 con quello del 2023 (-42%, 14 studi vs 24).

Tale diminuzione si ritiene dovuta principalmente al fatto che nel 2023 sono stati autorizzati 5 studi di chirurgia robotica COMPAR.

Approfondendo ulteriormente il dato per tipologia di studi nel triennio si può notare come:

- Il maggior aumento, sia in termini assoluti che in percentuale, è concentrato sugli studi osservazionali senza farmaco e dispositivo medico che dal 2023 al 2025 raddoppiano (da 35 a 70) con crescita pressoché costante da un anno all'altro: +43%, dal 2023 al 2024 e +40% dal 2024 al 2025;
- segue l'aumento del 30% dal 2023 al 2025, degli studi interventistici senza farmaco e senza dispositivo medico, risultato di un aumento pressoché costante negli anni: +12% dal 2023 al 2024 e +16% dal 2024 al 2025;
- gli studi osservazionali farmacologici presentano un aumento dal 2023 al 2025 del +23% per lo più concentrato nel periodo 2023-2024 +35%; nel 2025 il dato rimane abbastanza stabile con 32 studi.

- gli studi sperimentali con medicinale presentano un aumento del 21% dal 2023 al 2025 (72 vs 87), anche se in calo nel 2025 rispetto al 2024 (87 vs 97). Il dato del 2024, tuttavia, risulta più alto degli altri due anni anche per la presenza di una quota di studi approvati nel 2023 che sono stati deliberati più tardi nel 2024 a causa della riorganizzazione dell'assetto regolatorio in materia di sperimentazione clinica, da cui è derivato un aggiornamento di tutte le procedure inerenti.

Finanziamenti progetti di ricerca biomedica da bandi competitivi

Nell'anno 2025 sono proseguite le attività per l'avanzamento dei progetti finanziati dai bandi Ministeriali nel 2022 e nel 2023 ovvero:

- 4 PNRR 2022 come Capofila + 5 PNRR 2022 in cui AOUI Verona è Partner del progetto;
- 3 RSF 2021 come Capofila + 3 RSF 2021 in cui AOUI Verona è Partner del progetto;
- 1 PNC - Ecosistema Innovativo della Salute come Spoke di II° Livello 6 PNRR 2023 come Capofila + 2 PNRR 2023 in cui AOUI è Partner del progetto.

Il finanziamento cumulativo esclusivamente in capo ad AOUI ammonta a 6.408.737€, mentre il finanziamento complessivo destinato ai progetti PNRR 2022 e 2023 e RSF 2021 in cui AOUI è capofila è di 10.666.230 €.

Prospettive del triennio

Gestione studi clinici in AOUI Verona

Nel 2024 si sono consolidate le procedure conseguenti all'applicazione della nuova normativa europea e nazionale in materia di sperimentazione clinica.

Al fine di standardizzare le modalità di lavoro ed adeguarle agli aggiornamenti regolatori, è stato aggiornato il *Regolamento per lo svolgimento di studi profit e no profit in AOUI Verona*, deliberato con Del. n. 902 del 14/08/2025. Per il prossimo triennio, si prevede il completo aggiornamento ed allineamento delle procedure al nuovo regolamento aziendale.

È inoltre previsto nel prossimo triennio l'avvio della nuova progettualità di indagini cliniche con DM nell'ambito della Chirurgia Robotica, che rappresenterà la naturale evoluzione del percorso intrapreso e terminato nel 2025 (Studi "COMPAR"), consolidando i risultati raggiunti e aprendo nuove prospettive di sviluppo. In particolare è pianificato:

- ampliamento della casistica e inclusione di nuove specialità (es. chirurgia funzionale dell'esofago, della parete addominale e altre aree a elevata complessità);
- valutazione Learning curve: un'analisi approfondita del processo di apprendimento per chirurghi esperti e naïve, inclusi tempi operatori, difficoltà percepita e livelli di stress;
- raccolta dati robusti per un'analisi costo/beneficio rigorosa.

Legge n. 132/2025 sull'Intelligenza Artificiale (IA)

Il 17 settembre 2025 il Parlamento italiano ha approvato in via definitiva la legge n. 132/2025, recante "*Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale*", entrata in vigore il 10 ottobre 2025, che segna l'avvio di una cornice normativa nazionale sul tema a seguito dell'introduzione del Regolamento europeo sull'IA (Regolamento 1689/2024).

In particolare, l'art. 8 qualifica come "di rilevante interesse pubblico" i trattamenti di dati, anche personali eseguiti da soggetti pubblici e privati senza scopo di lucro per la ricerca e sperimentazione nella realizzazione di sistemi di IA destinati a essere impiegati in ambito medico, quale uso secondario (ad es. prevenzione, diagnosi e cura di malattie). Il provvedimento affida al Governo il compito di adottare nei prossimi mesi i decreti attuativi, definendo regole e standard nazionali per l'uso dell'IA in diversi ambiti strategici.

Il 19/11/2025, presso AOUI Verona, si è tenuto l'evento "*L'Intelligenza artificiale in ambito sanitario: esperienze e visione in AOUI Verona*" in cui i referenti di 17 Unità Operative di AOUI Verona hanno presentato la loro esperienza nell'ambito dell'IA e le prospettive future. In questa cornice, ci si attende che nel prossimo triennio vi sarà un incremento del numero di studi nell'ambito dell'IA e che vi sarà necessità di standardizzare le modalità di lavoro ed adeguarle agli aggiornamenti regolatori.

Semplificazione del GDPR

Il 19 novembre 2025 la Commissione europea ha pubblicato la versione ufficiale della proposta di "Digital Omnibus", un intervento che mira a ridisegnare gli equilibri del GDPR e che sembra dare un impulso deciso alla ricerca scientifica, introducendo importanti novità. Una di queste novità riguarda l'aggiornamento delle definizioni di dato personale e di dato appartenente a categorie particolari. La proposta attuale, orientata alla semplificazione, potrebbe rappresentare un'occasione per affrontare nodi rimasti irrisolti. In particolare, sarebbe auspicabile venissero introdotte indicazioni su tecniche comuni di anonimizzazione e una disciplina più chiara (e permissiva) sull'uso secondario dei dati, soprattutto quando perseguito da soggetti che operano nell'interesse collettivo, come nel campo della sanità o della ricerca. Il frutto di queste semplificazioni potrebbe comportare, per il prossimo triennio, l'incremento di studi osservazionali retrospettivi.

Finanziamenti progetti di ricerca biomedica da bandi competitivi

Nel prossimo triennio proseguiranno e verranno conclusi i progetti riportati nella sezione precedente e verranno avviati nuovi progetti, in particolare quelli che verranno finanziati dal bando RSF 2024.

Nel mese di ottobre 2024 è infatti stato pubblicato il nuovo bando della Ricerca Sanitaria Finalizzata 2024 (RSF 2024) in cui si è registrata un'ampia partecipazione da parte dei ricercatori AOUI, in linea con il trend di crescita osservato negli ultimi anni.

Complessivamente sono in corso di valutazione da parte del Ministero della Salute 25 progetti che hanno superato la prima fase di triage

- 15 appartenenti alla tipologia progetti ordinari di ricerca finalizzata
- 8 appartenenti alla tipologia progetti ordinari presentati da giovani ricercatori con età inferiore ai 40 anni
- 2 appartenenti alla tipologia "starting grant" presentati da ricercatori con età inferiore ai 33 anni.

Si presume che entro il primo trimestre 2026 saranno resi noti gli esiti.

Si attendono inoltre gli esiti di alcune call Horizon Europe che hanno visto i ricercatori AOUI partecipare come beneficiari in quattro distinti progetti.

Comunicazione

La comunicazione nel Governo clinico significa scambio bidirezionale di informazioni. Pertanto gli obiettivi aziendali del prossimo triennio sono: raggiungere uno standard comunicativo efficace nei vari contesti (medico/infermiere-paziente, direttore/coordinatore-collaboratori, coinvolgimento del team, rapporti istituzionali); utilizzo di format aziendali graficamente omogenei; semplificazione dei contenuti di comunicazione interna (Informazienda), adozione di nuovi strumenti di comunicazione interna top-down e bottom-up. Gli outcome attesi sono una maggiore aderenza dei pazienti a terapie e regole, valorizzazione del ruolo dei sanitari e accresciuta soddisfazione dell'utenza nel rispetto dei

bisogni. Il miglioramento della comunicazione bidirezionale si ottiene attraverso: corsi di formazione mirati (obiettivo comunicativo/cosa dire, strumento/come dirlo); coordinamento con Urp per i reclami; monitoraggio questionari di customer, semplificazione delle procedure e delle informazioni; azioni di team building.

2.2.2.2.3 Governo delle risorse e miglioramento dei processi sanitari

Uso appropriato delle risorse

L'equilibrio economico dell'azienda costituisce pre-requisito imprescindibile. Inoltre, per alcune categorie di spesa, in particolare beni sanitari e personale, le Aziende sono tenute a rispettare specifici limiti di costo. L'obiettivo risulta ancora più sfidante in un contesto, quale quello attuale, caratterizzato dalla scarsità di risorse disponibili.

La mission di AOUI rimane comunque quella di assicurare un elevato livello quali-quantitativo di assistenza pur in presenza di risorse limitate; sarà pertanto necessario utilizzare gli strumenti propri del governo clinico attraverso una serie di azioni congiunte ed integrate volte al corretto ed appropriato utilizzo delle risorse disponibili.

Da tempo la Regione Veneto riconosce l'importanza dell'Health Technology Assessment (HTA), inteso come approccio multidisciplinare all'introduzione di una nuova tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi e l'impatto sociale-organizzativo.

I recenti interventi in materia di riduzione della spesa sanitaria pubblica richiedono una maggiore attenzione nell'allocazione delle risorse sulle tecnologie sanitarie (ivi compresi i dispositivi medici, le grandi attrezzature, le procedure e i modelli organizzativi e gestionali) che dimostrino un adeguato rapporto costo-beneficio.

La metodologia dell'HTA è applicata nell'operato delle Commissioni regionali sul Farmaco (Commissione Tecnica Regionale Farmaci - CTRF), sui Dispositivi Medici (Commissione Terapeutica Regionale Dispositivi Medici - CTRDM) e sulle Grandi Attrezzature (Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia - CRITE), e sulle rispettive commissioni a livello aziendale o sovraziendale.

Tali Commissioni analizzano le richieste di inserimento di nuovi farmaci e dispositivi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero e nel Repertorio Aziendale dei Dispositivi medici, sulla base dei criteri di costo-efficacia e rischio-beneficio, definendo restrizioni per specifici farmaci/categorie terapeutiche e dispositivi/classi di device, al fine di verificarne appropriatezza d'uso, nel rispetto delle indicazioni definite dalle suddette Commissioni Regionali.

Dalla fine del 2024 la Regione Veneto, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, ha avviato un progetto volto alla valutazione dei DM/IVD e apparecchiature biomediche attraverso l'utilizzo di una piattaforma informatica (RATEC) per la raccolta e la valutazione delle richieste di acquisto di nuove tecnologie. Essa rappresenta uno strumento oggettivo, rigoroso, trasparente per l'inserimento e la prioritizzazione delle tecnologie. È richiesta ad ogni unità operativa l'utilizzo della piattaforma sia per presentare richieste extra- repertorio urgenti sia per le richieste inserimento in repertorio aziendale.

In un'ottica di medio-lungo periodo, RATEC si configura come uno strumento di governo clinico, destinato a essere applicato anche negli anni futuri, a supporto della programmazione degli investimenti e del rinnovamento tecnologico. La raccolta strutturata delle richieste consente inoltre di disporre di una base informativa omogenea e confrontabile,

utile per analisi aggregate, monitoraggio dei trend di innovazione e valutazioni di impatto a livello aziendale e regionale.

Alle commissioni è inoltre assegnato il compito di monitorare il rispetto della spesa sia in relazione ai tetti assegnati dalla Regione Veneto, sia a fini di garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.

A tale scopo l'UOC Farmacia, in collaborazione con il Controllo di Gestione, elabora report periodici ed organizza audit con le Unità Operative al fine di implementare appropriatezza prescrittiva e monitoraggio della spesa sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Nel 2025 è proseguita l'attività del tavolo interaziendale per la Farmaceutica della AOUI e AULSS 9 che coinvolge le Direzioni Sanitarie, le UOC Farmacia e il Servizio Farmaceutico territoriale con l'organizzazione di 8 incontri.

Nel corso del 2026, verranno inoltre proseguite le seguenti attività:

- valutazione e monitoraggio delle prescrizioni di farmaci attraverso le piattaforme specifiche implementate da Regione e AIFA;
- attività del tavolo interaziendale con definizione di percorsi condivisi con l'AULSS 9 per la valutazione dell'appropriatezza d'uso di farmaci e DM, tenendo conto delle eventuali linee di indirizzo regionali;
- riunioni periodiche dei team multidisciplinari provinciali e aziendali;
- valutazione dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi medici extra repertorio;
- attività di Dispositivo-vigilanza.

Sempre in ambito di appropriatezza prescrittiva farmacologica, prosegue il progetto di *medication review* e *deprescribing* coordinato dalla Farmacologia.

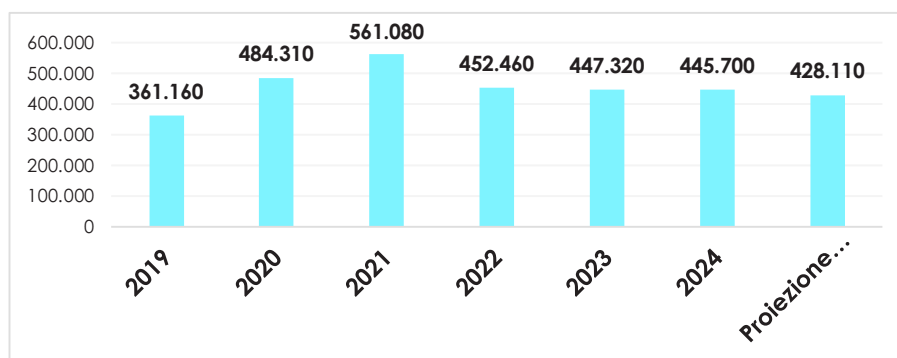
Nel corso del 2025 sono stati effettuati diversi incontri con il gruppo di lavoro per un totale di 16 riunioni interne. Esso rappresenta un approccio al paziente finalizzato all'ottimizzazione terapeutica, che prevede una valutazione critica, sistematica e periodica dei trattamenti farmacologici in corso.

In termini di appropriatezza d'uso dei plasmaderivati, la Regione Veneto ha assegnato alle ASL/AO nel 2025 l'obiettivo di monitoraggio trimestrale del consumo dei plasmaderivati e l'invio di una relazione semestrale con il report delle attività del Comitato Paritetico sovraziendale.

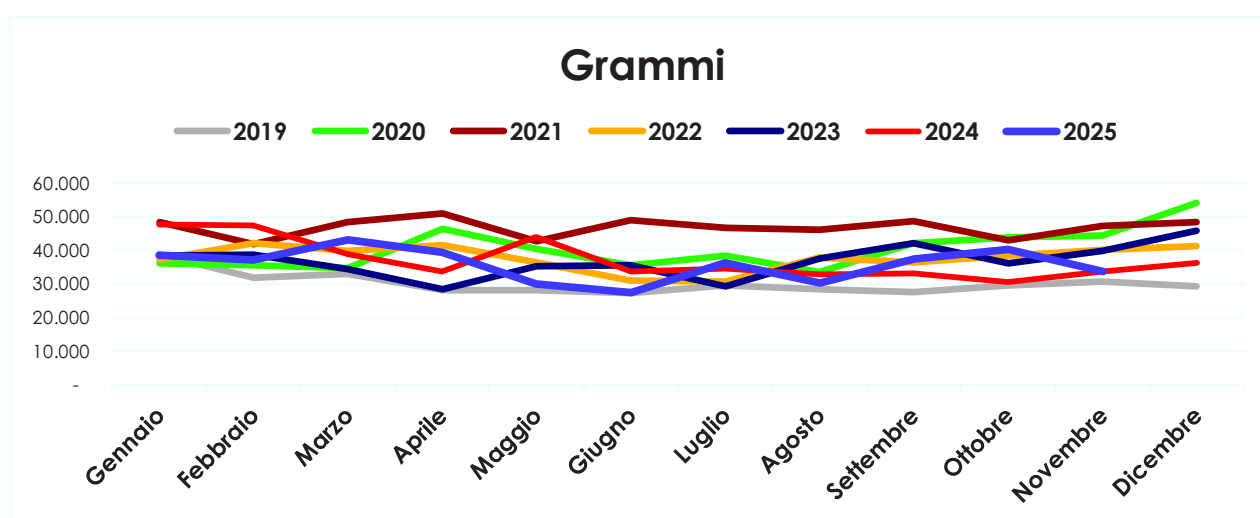
Nel corso degli ultimi anni si è osservato un incremento di utilizzo di albumina, iniziato negli anni del Covid, mai ritornato ai livelli prepandemici. Pertanto, il Direttore Sanitario e il Cobus nel 2° semestre 2024 hanno dato mandato alla UOC Farmacia di istituire un gruppo di lavoro con l'obiettivo di analizzare le aree maggiormente critiche nei consumi ed incrementare l'appropriatezza di uso dell'albumina.

Il gruppo di lavoro ha effettuato diversi incontri nel corso del secondo semestre 2024 e nel 2025. Dalle analisi di consumo le aree per cui è stato rilevato un maggiore utilizzo di albumina sono quelle della Terapia intensiva e rianimazione e le chirurgie. Nel 2025 sono stati organizzati degli incontri con i reparti maggiori utilizzatori per monitorare i consumi coinvolgendo le UUOO interessate. In tali incontri sono stati, inoltre, analizzati alcuni casi clinici portati come esempi della pratica clinica quotidiana ed è stato organizzato un incontro formativo alla luce delle più recenti Linee Guida sul corretto utilizzo di albumina. Nel grafico sottostante sono riportati i consumi aziendali e si nota una riduzione del 3,9% dell'utilizzo di albumina nella proiezione annuale 2025 rispetto al 2024.

Analisi: proiezione dei consumi albumina nel 2025 in base ai dati di consumo gen-nov



Consumi di albumina – Trend mensile dal 2019 a novembre 2025

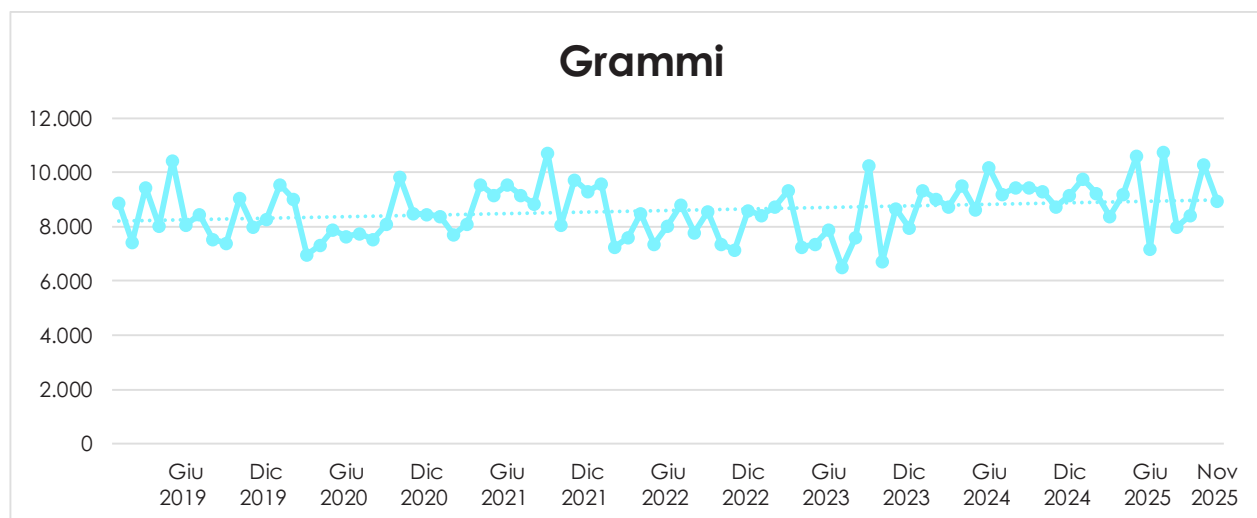


Nel 2026 si ritiene di proseguire l'attività di monitoraggio con incontri programmati con il gruppo di lavoro aziendale coinvolgendo i principali utilizzatori ed organizzando eventuali ulteriori eventi formativi.

Per quanto riguarda le immunoglobuline (IG) è operativo dal 2022 il Comitato Paritetico definito dal Cobus, che valuta l'andamento dei consumi e le singole richieste off-label.

Alla luce del recente prolungamento delle IG in fascia gialla fino al primo trimestre 2026 e del trend di incremento dei consumi in AOUI dal 2019 ad oggi, nel 2026 si intende proseguire con l'attività di monitoraggio aziendale dei consumi delle IG e la convocazione del Gruppo Paritetico sovrazionale (AOUI Verona – AULSS 9) per confrontarsi sui percorsi di cura dei pazienti, in particolare per valutare eventuali criticità nel passaggio fra AOUI e territorio, con il coinvolgimento delle aree in cui si evidenzia un maggior utilizzo (Neuroscienze e Medico Generale). Si proseguirà inoltre l'attività di valutazione in urgenza e monitoraggio degli usi off-label da parte dei componenti aziendali del gruppo paritetico.

Analisi dei consumi di IG da gennaio 2019 a novembre 2025



Per entrambi i farmaci plasmaderivati proseguirà l'attività di monitoraggio degli obiettivi regionali assegnati.

Nuovo progetto ONE LOGISTICA INTEGRATA REGIONALE

Il progetto di Logistica Integrata Regionale Veneto (ONE) coordinato dalla UOC Logistica di Azienda Zero, persegue l'obiettivo di realizzare un sistema magazzino centralizzato altamente automatizzato per garantire un'elevata capacità di risposta alla domanda, destinato alla copertura al 100% del fabbisogno, sia ospedaliero (degenze, ambulatorio) che territoriale (CSA, ADI, etc..). Il fine ultimo è di abilitare una logistica efficiente e focalizzata sulla cura dell'utente finale liberando risorse dai processi aziendali.

Il progetto parte dall'area OVEST e quindi AOUI Verona è tra le prime aziende coinvolte; considerata la complessità avrà una durata pluriennale per l'attivazione.

A fine 2025 sono iniziati i primi incontri e nel 2026 è prevista la mappatura "As is" con rilevazione dell'attuale assetto organizzativo e quantitativo, con particolare riferimento a ruoli, responsabilità e competenze in capo alle singole Aziende Sanitarie e ad Azienda Zero. L'analisi verrà effettuata tramite la compilazione di apposite checklist.

È previsto un primo ciclo di incontri con ciascuna delle 3 aziende che compongono il Settore Ovest, coinvolgendo diversi team (Farmacia, Provveditorato, CdG, ICT, SEF, Qualità, ISO). Sulla base delle evidenze emerse, saranno previsti incontri di approfondimento.

Sul lato del personale, il governo delle risorse umane ha una valenza strategica e deve tener conto, oltre ad un efficiente utilizzo delle risorse, della dinamica del personale in termini di consistenza, di turn over e di possibilità di sostituzione di coloro che escono dal mondo del lavoro.

La carenza di personale si presenta a causa di diversi fattori come l'incremento della domanda di servizi sanitari determinato dal progressivo invecchiamento della popolazione, una generale diminuzione dell'attrattività dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed in particolare del corso di laurea in infermieristica e l'invecchiamento del personale con il conseguente aumento dei disagi correlati all'età.

A livello nazionale, il contrasto alla carenza di personale (con riferimento, in particolar modo, a quello infermieristico) è stato da ultimo affrontato anche attraverso l'introduzione del nuovo

profilo dell'Assistente Infermiere, figura professionale che svolgerà la propria attività collaborando con l'infermiere, nell'ottica dell'integrazione multiprofessionale.

A tal proposito verranno organizzati nel corso del 2026 alcuni incontri con OSS e infermieri per predisporre la transizione a nuovi modelli organizzativi che prevedano l'inserimento della figura dell'Assistente infermiere.

La problematica è stata affrontata anche dalla Regione Veneto, che ha adottato con DGR 960/2024 il Piano Regionale di contrasto alla carenza del personale del Servizio Socio Sanitario regionale del Veneto, prevedendo azioni tese a prevenire e superare le criticità emerse con l'obiettivo di attenuare gli effetti di questa crisi.

Tra le iniziative più importanti volte ad investire sulla forza lavoro esistente, il piano prevede l'attuazione di strategie di promozione di stili di leadership supportivi al fine di costruire un ambiente organizzativo incentrato sul benessere del personale e su minori livelli di assenteismo e turn over. Il SPS prosegue nell'organizzazione, nello specifico ambito, di eventi formativi dedicati sia ai Dirigenti delle Professioni Sanitarie che agli Infermieri con incarico di Funzione Organizzativa di Coordinamento. I corsi interattivi avranno lo scopo di migliorare le modalità di gestione del tempo, della comunicazione efficace e della promozione di stili di leadership compassionevoli. In particolare, il corso organizzato per gli Infermieri con Incarico di Funzione Organizzativa, garantirà la condivisione di best practice ed alla promozione di una comunità di pratica.

Tra le azioni immediate il Piano individua *strategie di attraction e retention* nelle aree e nei settori disagiati, tra le quali la previsione di incremento dei fondi contrattuali delle Aziende.

Stili di leadership supportivi e strategie di attraction e retention possono aiutare a diminuire il fenomeno delle dimissioni inattese, creando un approccio integrato tra Risorse Umane e Direzioni aziendali e un cambiamento passando da un approccio di gestione amministrativa del personale a un approccio mirato alla massima valorizzazione dei dipendenti. È necessario evolvere gli stili di conduzione verso logiche inclusive, partecipative e collegiali, richieste anche dalle attese psicoattitudinali delle nuove generazioni di professionisti potrebbe produrre effetti positivi ad ampio raggio sia per il personale che per l'organizzazione che per l'utenza.

Un ambiente supportivo, che valorizza e riconosce competenze, ruoli e posizioni del personale, costituisce elemento favorevole alla soddisfazione lavorativa del personale e conseguentemente favorire la retention.

A tal proposito, già dal 2025 AOUI ha messo in atto quanto previsto anche dai CCNL 02/11/2022 e dal nuovo CCNL del 27/10/2025 per la valorizzazione delle competenze avanzate del personale del comparto proseguendo con l'attribuzione degli Incarichi di Funzione Organizzativa e Professionale. Dato l'elevato turnover a seguito di quiescenza soprattutto del personale con Funzioni Organizzative tali procedure proseguiranno anche nel 2026.

Al fine di massimizzare l'appropriatezza organizzativa anche in relazione alle competenze proprie dei singoli profili professionali, questa Azienda ha iniziato da qualche anno un processo di transizione basato sulla revisione di modelli organizzativi basata sullo skill-staff mix change. Tale processo ha coinvolto non solo le professioni infermieristiche ed ostetriche, ma dal 2025 nel processo di staff change sono state coinvolte anche le figure tecniche.

Nel corso del 2026 sono previsti incontri propedeutici a tale trasformazione.

Altra azione riguarda, infine, la prevenzione del burnout e del disagio psicologico del personale: in AOUI è stato attivato, nel corso del 2025 con prosecuzione anche nel 2026, uno

sportello psicologico gratuito allo scopo di intercettare e prevenire le problematiche sopra citate con riferimento ai singoli dipendenti che manifestino una situazione di disagio.

Di tale servizio è stata data informazione a tutti i dipendenti a mezzo newsletter aziendale, ed è stata altresì istituito uno specifico indirizzo email per la ricezione delle richieste di colloquio e supporto dei dipendenti. Le Direzioni e il Servizio Professioni Sanitarie attivano il supporto psicologico a tutta l'equipe in occasione di eventi critici che possono incidere negativamente sul gruppo o sui suoi componenti.

Infine, sempre nel corso del 2025, è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che, in collaborazione con il CUG, ha individuato ed attuato una serie di azioni per la prevenzione del burn out che proseguiranno anche nel corso del 2026.

Ottimizzazione della degenza media

La degenza media è un indicatore che valuta l'efficienza dei processi produttivi dell'Azienda Ospedaliera. AOUI – come emerge dalla figura sotto riportata – ha registrato nel periodo 2019-2025 un incremento di 0,3 giornate di degenza.

AOUI Verona	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Degenza Media	7,9	8,4	8,4	8,1	8,2	8,2	8,2

* dato preconsuntivo

Complessivamente, la degenza media dell'anno 2025 si assesta intorno a 8,2 giornate. Si precisa che nel tempo si è modificato il setting assistenziale per alcune prestazioni (dal ricovero ordinario a ricovero diurno/ambulatoriale) concentrando in regime ordinario soprattutto i pazienti con patologie più complesse che potrebbero richiedere una degenza prolungata.

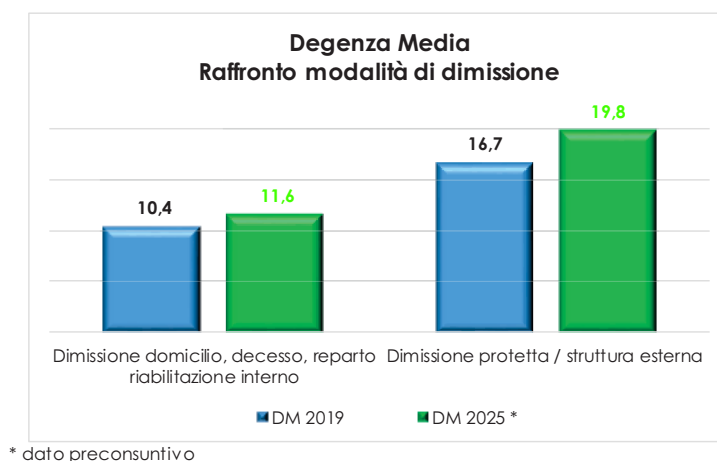
Si sottolinea, tuttavia, che la degenza media relativa al DAI Medico Generale nel periodo 2019-2025 mostra un aumento progressivo negli anni, con una differenza di 2,4 giornate che ha comportato l'indisponibilità di posti letto per l'accoglimento di nuovi pazienti.

DAI MEDICO GENERALE	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Degenza Media	11,1	11,4	13,0	13,1	13,6	13,5	13,5

* dato preconsuntivo

Il trend è principalmente legato al significativo aumento del fenomeno degli outliers, soprattutto in alcune unità operative dell'area medica, dove le conseguenze degli esiti delle patologie trattate risultano impattanti sulla possibilità di una dimissione ordinaria.

Tale dato trova riscontro anche dal confronto tra degenza media dei pazienti dimessi a domicilio o reparto riabilitativo interno ed i pazienti con "dimissione protetta" o presso strutture esterne. La degenza media dei primi è aumentata da 10,4 giornate nel 2019 a 11,6 nel 2025, mentre quella dei secondi è passata da 16,7 giornate nel 2019 a 19,8 del 2025: si coglie pertanto la complessità di dimissioni presso strutture territoriali. Tale fenomeno è supportato anche dall'analisi dei codici V6XX che codificano nella scheda SDO le cause sociali alla base di una prolungata degenza oltre soglia.



Tra le azioni finalizzate alla riduzione delle giornate di degenza si inserisce il progetto di riorganizzazione dell'area medica, avviato nel 2023 e tuttora in corso, che prevede il pieno utilizzo dell'Ospedale di Comunità con 30 posti letto a regime, con il conseguente aumento della capacità di ricovero; ad esso si affiancano il potenziamento dell'attività riabilitativa con un tendenziale raddoppio dei posti letto, della continuità assistenziale e della dimissione protetta. Tali progetti di ottimizzazione rimangono comunque subordinati all'acquisizione di nuovo personale infermieristico.

Sarà necessario anche concordare con le RSA, le case di Riposo di riferimento e le diverse strutture residenziali, socio-assistenziali, socio-sanitarie, presenti sul territorio la disponibilità a ri-accolgere almeno gli ospiti noti – anche di domenica – e la possibilità di dimissione anche in fasce orarie dove non è prevista la presenza del Medico di Medicina Generale della struttura (in entrambi i casi il medico che dimette interagisce direttamente con gli infermieri per prescrizioni).

Inoltre, gli assistenti sociali di AOUI dovranno essere coinvolti già dal PS per i casi con elevata componente sociale, per individuare precocemente le potenziali dimissioni difficili.

Tutto ciò concorrerà all'obiettivo strategico aziendale di favorire da un lato la qualità assistenziale e dall'altro di utilizzare in modo efficace ed efficiente le risorse disponibili, in un'ottica di governo clinico.

Coerentemente con la riorganizzazione degli spazi e il potenziamento dei posti letti, si potranno consolidare le procedure di presa in carico riabilitativa del paziente ortopedico e del paziente neurologico, anche attraverso gli accordi con la struttura del Centro Riabilitativo Veronese, che saranno aggiornati nel corso del 2026.

Nel 2026 sarà estesa a tutte le UUOO e MdA dei due ospedali di AOUI l'uso della procedura informatica Territoriale (Advenias Care) per le dimissioni protette dei pazienti fragili, condivisa con l'Azienda ULSS 9.

Nell'ottica di promuovere il turnover dei pazienti ricoverati, diminuendo conseguentemente la degenza media, verrà proseguita e perfezionata la procedura per il percorso di gestione dei ricoveri per acuti da Pronto Soccorso in area medica (applicazione DGR n. 119/2018), c.d. "letti trend", che oltre a garantire una adeguata presa in carico del paziente da PS, ottimizza la pianificazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni. Secondo i criteri definiti dal decreto citato, infatti, quota parte dei posti letto assegnati a ciascuna Unità Operativa Complessa o Unità Semplice Dipartimentale deve essere dedicata agli accoglimenti dal Pronto Soccorso, che si impegna a distribuire i ricoveri equamente secondo i numeri stabiliti, tenendo prioritariamente conto della patologia di competenza fino a quando è possibile. Tale numero

sarà oggetto di revisione continua, anche sulla base dell'andamento epidemiologico e del completamento della riorganizzazione dell'area medica e riabilitativa.

2.2.2.3 Qualità e responsabilità sociale³¹

2.2.2.3.1 Sistema Gestione per la Qualità

AOUI prosegue a implementare un modello organizzativo che ottimizzi le funzioni e le professionalità dei diversi attori protagonisti del processo volto al Miglioramento continuo delle Cure, della Qualità e Accreditamento e della Prevenzione e Gestione del Rischio Sanitario, in applicazione a quanto stabilito dall'Atto Aziendale e dalla normativa di riferimento regionale e nazionale.

Presso l'AOUI viene applicato da molto tempo un modello di Sistema Gestione per la Qualità certificato da Bureau Veritas Italia (Certificato n. IT336044) secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015. A partire dal 2002 sono state certificate le strutture sanitarie afferenti ai dipartimenti ad assistenza integrata, le unità operative tecnico-amministrative, alcuni percorsi tra i quali PDTA ICTUS, PDTA Neoplasia alla Mammella e PDTA del Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche.

Molteplici sono i campi di applicazione oggetto della certificazione secondo UNI EN ISO 9001:2015: progettazione ed erogazione di prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero ordinario e diurno e di prestazioni di diagnostica e di specialistica ambulatoriale e day service realizzate attraverso i processi direzionali, di supporto, clinici, diagnostici e tecnico-sanitari; progettazione ed erogazione di attività formative in contesto socio-sanitario e nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina.

Obiettivo di AOUI è quello di consolidare il proprio Sistema di Gestione per la Qualità attraverso il mantenimento della certificazione secondo la norma Uni EN ISO 9001:2015, ed eventualmente con altre norme di riferimento in ambito sanitario quale ad es. la norma UNI ISO 7101 e il processo di Autorizzazione e Accreditamento stabilito dalla Regione Veneto con la L.R. 22/2002 e s.m.i.; l'implementazione di nuovi modelli di certificazione di eccellenza internazionali, quali Joint Accreditation Committee (JACIE) ed European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per i quali l'iter di ottenimento si è già completato.

A tal proposito, nel marzo 2021 la Joint Accreditation Committee SCT-EBMT (JACIE) ha ufficialmente comunicato il conseguimento dell'accREDITamento JACIE (Joint Accreditation Committee for hematopoietic stem cell transplantation and cellular therapy) relativo a tutta l'attività clinica (Unità Trapianto Adulti e Pediatrica), di raccolta di cellule staminali emopoietiche e di processazione delle cellule.

AOUI nel novembre 2021 ha istituito il "Programma Trapianti Congiunto", modello assistenziale altamente qualificato finalizzato alla gestione del paziente adulto o pediatrico candidato a trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) o a trattamento con cellule immunoefettrici (Immuno Effector Cells IEC: DLI e altre terapie cellulari), nel setting autologo e nel setting allogenico.

Inoltre, AOUI risulta certificata secondo altri modelli organizzativi (norma UNI EN ISO 15189:2013) e da società scientifiche internazionali (ad es. European Federation for

³¹ Il presente paragrafo è stato redatto a cura dei referenti individuati per area di competenza.

Immunogenetics – EFI -, European Neuroendocrine Tumor Society – ENETS -, Diabetes Center for Children and Adolescents – progetto SWEET).

Nel corso del 2026 proseguirà l'attività per il conseguimento dell'accreditamento IASIOS (International Accreditation System for Interventional Oncology Services), sistema di accreditamento globale riconosciuto quale metodo per disciplinare e regolamentare la gestione e i requisiti tecnici dell'Oncologia Interventistica.

A seguito dell'approvazione definitiva del nuovo Atto Aziendale risulterà necessario nei prossimi anni continuare ad estendere la certificazione ISO 9001:2015 anche ad altri Elementi Organizzativi dell'AOUI, tenendo in considerazione anche le ulteriori modificazioni del vigente atto aziendale; il processo di certificazione aziendale proseguirà in ottemperanza ai requisiti della nuova norma ISO 9001:2026, che dovrebbe essere pubblicata nell'autunno 2026.

Per quanto riguarda l'Accreditamento Istituzionale, nel biennio 2024-2025 è proseguito il Percorso di Accreditamento continuo, promosso da Azienda Zero, con il Gruppo di Lavoro PDTA Trattamento integrato dell'obesità nell'adulto, le cui prossime scadenze relative alla formalizzazione della rete dell'obesità e invio del relativo flusso dati sono fissate per fine febbraio 2026.

A seguito dell'indagine conoscitiva su “Gestione del Rischio Clinico e azioni di miglioramento”, promossa da Azienda Zero nel 2024, è emersa la necessità di continuare nell'attività di promozione della cultura della sicurezza delle cure.

Considerate le evidenti connessioni tra Gestione del Rischio Clinico e Accreditamento Istituzionale, le ulteriori collaborazioni previste tra i due sistemi dal D.M. del 19/12/2022 “Decreto Concorrenza” e le indicazioni del Documento di Consenso ministeriale “Sinergie e integrazione tra Sistemi di Sicurezza delle Cure e Programmi di Accreditamento Istituzionale”, l'UOC Rischio Clinico e l'UOC Autorizzazione all'esercizio e Organismo Tecnicamente Accreditante di Azienda Zero hanno proposto un percorso formativo congiunto rivolto sia a professionisti impegnati attivamente in ambito di accreditamento istituzionale che a quelli coinvolti nella gestione del rischio clinico.

In quest'ottica AOUI ha partecipato ai Tavoli di Lavoro Regionali per la sicurezza delle cure e i requisiti di accreditamento istituzionale in particolare è stato utilizzato lo strumento FMECA all'interno PDTA Malattia di Parkinson (DGRV n. 388/2024).

Pertanto, in linea con le indicazioni regionali, la UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico proseguirà nell'integrazione tra qualità, rischio clinico e organizzativo, anche avvalendosi di strumenti quali: Audit Clinici, Audit Integrati, FMECA e dei vari strumenti di analisi del rischio attualmente in uso in AOUI.

Nel triennio 2026-2028 si proseguirà inoltre con l'attività di contestualizzazione e applicazione dei requisiti di accreditamento (DGRV n. 239/2025) per i 4 PDTA oncologici individuati da Azienda Zero e dal CRAO come oggetto di mappatura.

L'AOUI, oltre ai processi di certificazione prosegue nella partecipazione alle iniziative volte al miglioramento della qualità delle prestazioni promosse da ONDA (H-Open Day, H-Open Weekend, H-Open Week, Best Practice e Progetti Speciali), anche per il biennio 2024-2025 AOUI ha ottenuto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) il massimo del punteggio, pari a 3 Bollini Rosa, sia per l'Ospedale di Borgo Trento che per quello di Borgo Roma.

L'Ospedale di Borgo Trento ha ottenuto il riconoscimento “Bollino Azzurro” per l'offerta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito uro-andrologico in ottica multidisciplinare, con focus sul tumore della prostata.

AOUI nell'ambito dell'indagine della qualità percepita, prosegue il progetto PREMs (Patient Reported Experience Measures) avvalendosi anche dell'opportunità sistemi di Intelligenza Artificiale al fine di efficientare l'analisi dei dati raccolti.

Infine AOUI ha portato a termine la fase di setup e sviluppo preliminare del progetto di dematerializzazione dei sistemi di gestione documentale. Questo progetto strategico, che include l'implementazione del Portale Aziendale centralizzato e delle funzionalità di grafometrica e workflow documentale, è programmata per l'anno 2026 la fase operativa. Con l'ingresso in questa fase, si stima che nel prossimo futuro l'iniziativa contribuirà alla creazione di sistemi più snelli e interamente digitali per l'intero processo di produzione e approvazione documentale, elementi che si tradurranno in una maggiore facilità nella accessibilità dei documenti e in un miglioramento della loro tracciabilità.

2.2.2.3.2 La qualità percepita

Indagine sulla qualità percepita

La tua voce per una sanità migliore” è lo slogan della campagna di comunicazione di qualità percepita per pazienti e professionisti del sistema sanitario regionale. Racchiude un insieme di progetti che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema.

In quest'ambito AOUI partecipa, insieme alle altre aziende/enti del sistema sanitario regionale, all'indagine *PREMs (Patient Reported Experience Measures)*: una rilevazione sull'esperienza di ricovero in regime ordinario promossa dalla Regione Veneto tramite Azienda Zero e realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

A partire da lunedì 23 ottobre p.v., data avvio dell'indagine PREMs per l'AOUI, ogni paziente che usufruisce del servizio di ricovero ospedaliero ordinario può – su base volontaria – aderire all'iniziativa fornendo un proprio contatto (numero cellulare e/o indirizzo mail). A seguito della dimissione, l'utente riceverà un sms o una mail con le credenziali e il link per effettuare la compilazione del questionario online.

L'Osservatorio PREMs è un'indagine sull'esperienza vissuta dal paziente nel corso del ricovero ordinario, allo scopo di valutare la qualità dell'assistenza erogata e di implementare azioni di miglioramento. Particolare riguardo è dato ad alcuni aspetti quali il coinvolgimento nel percorso di cura, la comunicazione, aspetti logistici e la qualità dell'assistenza. L'indagine misura le percezioni dei pazienti della loro esperienza, concentrandosi sul processo di cura e su come esso sia in grado di influenzare la loro esperienza.

La misura e il controllo dell'esperienza del paziente può indirizzare consapevolmente o suggerire modifiche alla pratica clinica, modifiche necessarie al miglioramento della qualità delle cure erogate. Prendere in considerazione la “voce del paziente” nella progettazione dei sistemi sanitari può anche aiutare nella fornitura di un'assistenza sanitaria che sia più rispondente alle vere esigenze dei pazienti.

Il questionario è pertanto rivolto a tutti i pazienti che sono stati ricoverati ed hanno trascorso almeno una notte di ricovero in ospedale con l'esclusione dei seguenti setting che non sono inclusi nell'indagine PREMs: Day Hospital, Day Surgery, Nido, Neonatologia, Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Terapia Intensiva neonatale, Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura.

Tutti gli operatori sono parte attiva fin dall'inizio del progetto e saranno coinvolti nel promuovere l'indagine ai pazienti e nella raccolta del consenso del paziente alla partecipazione all'indagine.

Nel corso del 2024 sono stati attivati, sia da parte di Azienda Zero che del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, dei cruscotti per monitorare l'andamento dei dati di risposta dei partecipanti all'indagine PREMs H e di conseguenza con una periodicità trimestrale vengono inviati tali report sia alla Direzione Aziendale che alle unità operative coinvolte nel progetto.

Le azioni che l'Azienda intende implementare nei prossimi anni sono rivolte a promuovere la partecipazione dei pazienti ricoverati all'indagine PREMs H attraverso un miglioramento dei tassi di adesione e di risposta; inoltre obiettivo dell'Azienda è altresì quello di promuovere l'analisi, l'implementazione e il monitoraggio di azioni di miglioramento individuate sia a livello della Direzione Aziendale che di unità operativa / modulo di attività.

Indagine sul clima organizzativo

Il clima organizzativo rappresenta lo stato di salute di una determinata organizzazione di lavoro, così come percepito dalle persone che in essa operano: il benessere lavorativo condiziona l'andamento delle attività aziendali ed i comportamenti dei lavoratori, incidendo significativamente sulla produttività e sul senso di appartenenza.

Attualmente si sta svolgendo una rilevazione del clima organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona che verrà condotta tra l'8 dicembre 2025 ed il 31 gennaio 2026. Nel corso del 2026, sulla base dei risultati, il Gruppo di Lavoro sull'Indagine del Clima Organizzativo analizzerà i principali punti di forza, le principali aree di potenziale miglioramento e le principali dimensioni di variabilità, arrivando ad ipotizzare possibili azioni di miglioramento.

Nel 2025 sono state proposte ed attuate le azioni di miglioramento previste (Tab.1)³², in continuità con la programmazione a seguito della precedente indagine del clima organizzativo e tenuto conto del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto (DGR n. 960 del 13/08/2024), che colloca il benessere organizzativo all'interno di un tema più ampio, la *retention* del personale, sia in termini di *intention to leave* che *intention to stay*. Il Piano identifica la soddisfazione lavorativa come uno dei principali fattori promuoventi la *retention* e promuove in particolare azioni quali il promuovere stili di leadership supportivi e prevenire il burn-out e il disagio psicologico del personale.

³² Approvate con deliberazione nr. 117 del 07/02/2024 e con Deliberazione n. 338 del 04/04/2025

Tab. 1 - Programmazione Azioni Benessere Organizzativo 2025/2027

Area di intervento	Titolo azione	Percorsi	Programmazione 2025/2027
Benessere Psicofisico	Mi voglio bene	Fisioterapia in palestra	Prosegue nel 2025
		Camminata veloce	Prosegue nel 2025
		Corso di Nutrizione	Prosegue nel 2025
Comunicazione Interna	Conoscere e comunicare	Sportello Helpdesk Online	Termina 31/12/2024
		Corso "Ascolto e Accordo"	Biennio 2025/2026: Corso "Leadership e Ownership"
			Corso "Negoziazione in situazioni difficili"
Valorizzazione del personale	Mettiamoci in gioco	Concorso "Mettiamoci in gioco"	Prosegue nel 2025
Comunicazione interna e "intention to stay"	Progetto Benvenuto	Integrazione del percorso organizzato dal SPS	Biennio 2025/2026

Nel corso del 2025 la Regione Veneto ha promosso una formazione specifica per i componenti del Gruppo di Lavoro dell'Indagine di Clima Organizzativo, per offrire alle aziende maggiori strumenti per l'analisi e dare coerenza e supporto nella gestione del Benessere Organizzativo. Questo ha favorito una visione ad ampio respiro del benessere in azienda, coinvolgendo più professionisti all'interno delle aziende per promuovere azioni trasversali e più pertinenti alle criticità riscontrate da vari punti di vista, oltre che dai dati relativi all'indagine del Clima organizzativo (che si svolge ogni 2/3 anni).

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 449 del 08/05/2025 è stato istituito il "gruppo di coordinamento aziendale per la prevenzione del burnout e del disagio psicologico del personale", con il coinvolgimento del CUG, della Psicologia Clinica, del SPP e dell'ufficio di comunicazione interna, oltre ai componenti del Gruppo di Lavoro dell'Indagine di clima Organizzativo.

Nel 2025 il gruppo, partendo dal confronto tra le criticità emergenti in varie realtà aziendali e considerando le azioni promosse dal Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto (DGR n. 960 del 13/08/2024), ha strutturato alla programmazione delle seguenti azioni per l'anno 2026.

Area di intervento	Titolo azione	Programmazione 2026/2028
Benessere Psicofisico	Corso di Nutrizione	Prosegue nel 2026
	Prevenzione e benessere del pavimento pelvico per i professionisti della salute	Nuova azione per l'anno 2026
	YOGA KUNDALINI: una pratica di Consapevolezza	Nuova azione per l'anno 2026
	Corso Base di Difesa Personale	Nuova azione per l'anno 2026

Comunicazione ed Age Diversity Management	Corso "La formula del linguaggio" (Area Pediatrica) Corso "Generazioni al lavoro" (area Terapia Intensiva)	Proseguono nel 2026
Retention del personale: "intention to stay"	Progetto Benvenuto	Nuova azione per l'anno 2026
Prevenzione del burn out e dello stress lavorativo	Ambulatorio di supporto psicologico per disagio emotivo correlato al lavoro rivolto ai dipendenti	Prosegue nel 2026
	Mindfulness per la gestione dello stress nei contesti sanitari	Nuova azione per l'anno 2026

Le azioni relative al benessere organizzativo previste per il 2026/2027 sono:

Area di intervento: Benessere Psicofisico:

- Corso di Nutrizione: prosegue il corso di nutrizione "Sana alimentazione e turni di lavoro", con particolare riferimento all'educazione alimentare per il personale turnista (corso nato dall'analisi del clima organizzativo 22/23)
- Azioni proposte in collaborazione con il CUG
 - Prevenzione e benessere del pavimento pelvico per i professionisti della salute
 - YOGA KUNDALINI: una pratica di Consapevolezza
 - Corso Base di Difesa Personale

Area di intervento: Comunicazione ed Age Diversity Management:

- Corsi sulla Comunicazione Interna: in continuità con quanto realizzato nel 2024 e nel 2025 e nell'ottica di lavorare sulla comunicazione interna ed esterna in modo capillare e diffuso, sono stati previsti per il 2026 alcuni corsi formativi specifici, mirati rispetto alle criticità emerse dal confronto nel gruppo:
 - Corso "La formula del linguaggio": pensato per favorire la comunicazione con gli utenti in area pediatrica (ossia la relazione con bambini, adolescenti e famiglie) attraverso competenze pratiche per gestire conversazioni critiche, dare spazio alle emozioni, prevenire conflitti, sostenere la famiglia e accompagnare il paziente nel percorso terapeutico con chiarezza, rispetto e sicurezza comunicativa.
 - Corso "Generazioni al lavoro" (area Terapia Intensiva) sulla tematica di "Age Diversity Management". Il corso è pensato per favorire un ambiente di lavoro supportivo, che riconosca e valorizzi le competenze, ruoli e posizioni del personale

Area di intervento: Retention del personale e "Intention to stay"

- Progetto Benvenuto: si tratta della creazione di un percorso ad hoc per i nuovi assunti, sia per dare le corrette informazioni iniziali al dipendente (e fornirgli strumenti per recuperarle correttamente) ma soprattutto al fine di creare fin da subito un legame di fiducia con gli stessi. Questo progetto era presente nella rosa dei sei progetti ipotizzati dal gruppo di lavoro sulla base dell'analisi dei dati dell'indagine di clima organizzativo, ed è stato sviluppato e programmato dal gruppo di Coordinamento per la prevenzione del burn out e del disagio lavorativo. L'area di intervento è quella della comunicazione interna e in

particolare dell'"*intention to stay*", altro importante aspetto in tema di *retention* del personale.

Area di intervento: Prevenzione del burn out e dello stress lavorativo

- Azioni in collaborazione con l'USD Psicologia Clinica:
 - Ambulatorio di supporto psicologico per disagio emotivo correlato al lavoro rivolto ai dipendenti: Sportello di supporto psicologico pensato e realizzato a partire da ottobre 2024, con la collaborazione della USD Psicologia Clinica, che rimarrà attivo per il 2026/2027.
 - Mindfulness per la gestione dello stress nei contesti sanitari: l'obiettivo è quello di fornire strumenti concreti per gestire lo stress lavoro-correlato, prevenire il burnout e promuovere il benessere psicologico, attraverso i principi della mindfulness con psicoeducazione, pratiche guidate ed esercitazioni esperienziali.

Tutte le azioni sono trasversali tra le UO, che saranno chiamate, a fornire il necessario supporto per il buon esito dei progetti aziendali, ogni UO per la rispettiva competenza.

2.2.2.3.3 Inclusione, accessibilità ed equilibrio di genere

Con riferimento alle tematiche dell'accessibilità e dell'inclusione dei dipendenti, per favorire il "*dialogo Intergenerazionale*" sono stati già programmati per il 2026 percorsi formativi che consentiranno di attivare un reciproco scambio di competenze ed esperienze tra dipendenti di diverse generazioni.

Continueranno anche nel corso del 2026 i percorsi formativi per il personale neoinserto/neoassunto, sia con lezioni frontali sia tramite affiancamento con i professionisti *senior* con funzione di *mentor*.

Il personale neoassunto viene contattato prima dell'assunzione dai Dirigenti delle Professioni Sanitarie con la richiesta di compilazione di apposito portfolio in modo da agevolare il più possibile le richieste in relazione alle competenze acquisite, favorendo l'assegnazione alla sede con un criterio di vicinanza al proprio domicilio.

L'assegnazione considera anche le richieste di trasferimento interno da parte del personale già assunto in un'ottica di promozione della soddisfazione e senso di presa in carico di tutto il personale afferente alle Professioni Sanitarie. I Dirigenti del SPS, inoltre, garantiscono e promuovono una continua attività di incontro *one to one* con i dipendenti che lo richiedono o su richiesta dei Dirigenti stessi per la presa in carico di eventuali richieste personali o di natura organizzativa. In particolare, vengono effettuati colloqui in tutti i casi di recesso volontario dal rapporto di lavoro con lo scopo di identificare le motivazioni e ideare possibili strategie di *retention*.

Verranno inoltre previsti, soprattutto nelle aree ad alto contenuto tecnico-specialistico, percorsi di formazione strutturati sul campo, allo scopo di favorire l'inserimento lavorativo nell'ottica della valorizzazione delle diverse competenze.

Per il personale afferente alla Direzione delle Professioni Sanitarie, inoltre, è in revisione la procedura per la mobilità interna, al fine di favorire sia il benessere lavorativo dei singoli sia lo sviluppo professionale ed organizzativo aziendale; a tal fine, verranno individuati specifici ambiti lavorativi definiti "oasi di lavoro", per l'assegnazione di personale con particolari/emergenti esigenze personali.

Ci si propone inoltre, per i prossimi anni, di favorire la staffetta delle competenze tra le generazioni delineando le competenze dei professionisti sanitari, della dirigenza e dei

professionisti esperti del comparto con l'individuazione di professionisti con funzione di *mentor* e di promuovere giornate informative sui corretti stili di vita alimentare e sull'attività motoria.

La leadership supportiva che si intende così attuare vuole:

- porre in essere azioni che facilitano il benessere e la conciliazione vita-lavoro, con attenzione a favorire bassa intensità di stress, orario flessibile e vicinanza al domicilio, prevedendo oasi di lavoro per il personale con particolari situazioni di disagio emergenti (personale in gravidanza, inidoneità temporanea/permanente, difficoltà familiari improvvise...);
- supportare e considerare le specificità del lavoratore che si manifestano con il raggiungimento dell'età da personale *senior* (ultra 55 anni). Questa scelta contribuisce a creare un ambiente in cui ogni lavoratore possa esprimere il suo massimo potenziale senza essere svantaggiato dalla propria età, che anzi viene valorizzata come portatrice di peculiarità e valore aggiunto per l'organizzazione;
- riconoscere la potenzialità e l'impegno del professionista che cura e coltiva il proprio sapere professionale, premiando la tenuta del proprio percorso formativo ed esperienziale.

AOUI vuole valorizzare il personale attraverso la promozione, lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze specialistiche raggiunte, nonché le competenze del personale esperto.

Con riferimento, invece, alla promozione dell'uguaglianza di genere e contrasto alle discriminazioni, nel corso del 2026 verrà adottato il nuovo "Gender Equality Plan" relativo al triennio 2026/2028, il quale si inserirà trasversalmente all'interno delle azioni positive progettate e attuate a livello aziendale per contribuire alla promozione delle pari opportunità, del benessere lavorativo e del contrasto alle discriminazioni, con una forte correlazione con le attività della Consigliera di Fiducia e del Comitato Unico di Garanzia.

Si riporta di seguito una sintesi delle aree, obiettivi e relative azioni che AOUI intende perseguire per il triennio 2026-2028

Area	Obiettivi		Azioni	
Area 1 – PROMOZIONE DELLA CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI VITA E TEMPI DI LAVORO E DEL BENESSERE INDIVIDUALE E LAVORATIVO	1.1	Equilibrio e conciliazione vita privata/lavorativa	1.1.1	Nel corso del 2024 sono stati adottati (deliberazione n. 816 del 02/08/2024) due regolamenti aziendali, con riferimento al personale del Comparto Sanità, in materia di part-time e di telelavoro/lavoro agile. È in corso l'adozione del regolamento sul lavoro agile per la dirigenza PTA e nel 2026 AOUI si propone di adottare anche quello per la dirigenza dell'Area Sanità. Con riferimento al lavoro agile e telelavoro si rimanda alla Sezione 3, <i>Organizzazione e capitale umano</i> . Con riferimento, invece, al part-time, nel regolamento di AOUI Verona è stato deciso di dare particolare rilievo, nei criteri di priorità, ai dipendenti che abbiano a carico familiari affetti da patologie gravi (cronico-degenerative/portatori di handicap) o con figli minori di età inferiore a determinate soglie. Sempre nell'ottica della flessibilità, è stata garantita (e si proseguirà in tale direzione) la conciliazione dei turni di lavoro per i dipendenti entrambi turnisti con figli in comune, su richiesta; inoltre si stanno analizzando nuovi modelli organizzativi che consentano la flessibilità oraria pur nella garanzia del servizio all'utenza.
			1.1.2	Promozione del centro estivo ricreativo a favore dei figli dei/delle dipendenti durante le vacanze scolastiche estive con l'offerta di una quota d'iscrizione scontata.
	1.2	Promozione del benessere personale e organizzativo	1.2.1	Con Deliberazione del Direttore Generale n. 449 del 08/05/2025 è stato istituito il "Gruppo di Coordinamento Aziendale per la Prevenzione del Burnout e del disagio psicologico del personale", con il coinvolgimento del CUG, della Psicologia Clinica, del SPP e dell'ufficio di comunicazione interna, oltre ai componenti del Gruppo di Lavoro dell'Indagine di Clima Organizzativo (istituito in occasione della precedente Indagine sul clima organizzativo 22/23). Nel 2025 il gruppo, partendo dal confronto tra le criticità emergenti in varie realtà aziendali e considerando le azioni promosse dal Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto (DGR n. 960 del 13/08/2024), ha strutturato la

				programmazione di azioni per l'anno 2026 in coordinamento con i servizi coinvolti.
			1.2.2	Attualmente la Regione Veneto, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, sta svolgendo una rilevazione del clima organizzativo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona che verrà condotta tra l'8 dicembre 2025 ed il 16 gennaio 2026. Nel corso del 2026, sulla base dei risultati, il Gruppo di Lavoro sull'Indagine del Clima Organizzativo analizzerà i principali punti di forza, le principali aree di potenziale miglioramento e le principali dimensioni di variabilità, arrivando ad ipotizzare possibili azioni di miglioramento. Per questo argomento si rimanda, per un'analisi più approfondita, al paragrafo in materia di <i>"Indagine sul Clima Organizzativo"</i> del presente PIAO.
			1.2.3	Corso di Formazione "Sana Alimentazione e turni di lavoro: falsi miti e realtà"
			1.2.4	Corsi di formazione su Comunicazione ed Age Diversity Management: Corso "La formula del linguaggio" (Area Pediatrica) Corso "Generazioni al lavoro" (area Terapia Intensiva)
			1.2.5	Progetto Benvenuto: percorso ad hoc per i nuovi assunti
			1.2.6	Corso formativo «Aggressioni e atti di violenza a danni del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione»
			1.2.7	Progetto esperienziale di Yoga Kundalini: una pratica di consapevolezza
			1.2.8	Corso base di difesa personale in collaborazione con la ASD J. Kano Nogara (VR)
			1.2.9	Corso di prevenzione e benessere del pavimento pelvico per i professionisti della salute
			1.2.10	Ambulatorio di supporto psicologico per disagio emotivo correlato al lavoro rivolto ai dipendenti

			1.2.11	Corso formativo "Mindfulness per la gestione dello stress nei contesti sanitari"
Area 2 – CONTRASTO A DISCRIMINAZIONI DIRETTE E INDIRETTE, MOBBING E VIOLENZA DI GENERE	2.1	Sviluppo di una cultura lavorativa fondata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze	2.1.1	Prosecuzione dell'attività di mappatura annuale dell'attività da parte della Consigliera di Fiducia
			2.1.2	Training del personale sui temi della violenza di genere, del mobbing, delle molestie e della loro prevenzione e contrasto con la partecipazione della Consigliera di fiducia di AOUI. Si è tenuto un incontro nell'aprile 2025, in collaborazione con il CUG dell'ULSS 9 Scaligera, indirizzato a tutti i dipendenti delle due Aziende, in materia di contrasto ad ogni forma di discriminazione legata al genere e a ogni forma di violenza di genere, nonché di sensibilizzazione sugli argomenti di inclusione, di rispetto delle differenze e non violenza verbale. L'attività informativa, anche in presenza tramite incontri dedicati, proseguirà anche nel 2026.
			2.1.3	Attività di supporto al CUG dell'Università degli Studi di Verona relativamente al progetto TIDE (Towards Inclusion, Diversity and Equality), nell'ambito del programma Citizens, Equality, Rights and Values (CERV).
Area 3 – EQUILIBRIO DI GENERE NELLA LEADERSHIP E NELLE PROGRESSIONI DI CARRIERA	3.1	Promozione dell'equilibrio di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera	3.1.1	Monitoraggio della composizione delle commissioni di selezione/concorso
Area 4 – FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	4.1	Aumentare la consapevolezza del personale dipendente sul ruolo del CUG come strumento e risorsa per implementare il benessere organizzativo	4.1.1	Incontro formativo sul CUG e sul ruolo del Consigliere di Fiducia
			4.1.2	Nuove modalità di informazione delle attività del CUG e del ruolo del Consigliere di Fiducia e del Disability Manager al personale AOUI Verona.
			4.1.3	Promozione dell'attività del CUG e del ruolo del Consigliere di Fiducia.
			4.1.4	Adesione alla rete nazionale del CUG

Inoltre, a ciò si affiancano le progettualità e le azioni individuate nell'ambito della promozione del benessere organizzativo, del contrasto alle forme di discriminazione e della conciliazione

tra tempi di vita e tempi di lavoro che saranno orientate, in linea con il passato, a perseguire le seguenti finalità:

- collaborazione con il “Gruppo di Coordinamento Aziendale per la prevenzione del Burnout e del disagio psicologico del personale” al fine di valorizzare l'azione del CUG all'interno del tema del benessere organizzativo, per proporre azioni mirate, trasversali e di più ampio respiro;
- proseguire e rafforzare il rapporto con la Consigliera di Fiducia;
- proseguire la collaborazione per il mantenimento e consolidamento dei corsi di fisioterapia e camminata veloce a favore dei dipendenti;
- organizzare e avviare ulteriori iniziative rivolte ai dipendenti con finalità di contribuire al miglioramento del loro benessere, in particolare corsi di yoga, di difesa personale e di benessere del pavimento pelvico;
- continuare la collaborazione con i soggetti esterni per la partecipazione a condizioni agevolate per i dipendenti a centri estivi, centri sportivi, opere liriche;
- promuovere e organizzare incontri, tavole rotonde, convegni, iniziative formative, mostre sulle tematiche di riferimento (es. giornata internazionale della donna dell'8 marzo; giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne del 25 novembre).

Per quanto attiene la diversa, ma collaterale, tematica dell'inclusione dei dipendenti con disabilità, in ottemperanza al decreto legislativo 165/2001 è stata nominata la figura del Responsabile del processo di inserimento delle persone con disabilità nell'ambiente di lavoro (Delibera DG n. 482 del 8/05/2023). Tale figura, chiamata anche Disability Manager, cura i rapporti con il SIL (Servizio Integrazione lavorativa) dell'Azienda ULSS 9 Scaligera.

Il Disability Manager collabora con le strutture aziendali, in particolare con il Servizio Personale, nelle funzioni di inserimento lavorativo del personale con disabilità all'atto dell'assunzione, nonché nella gestione del personale con fragilità psicofisica, anche invalidatisi nell'arco della vita lavorativa.

Il Disability Manager incontra il dipendente nei primissimi giorni di lavoro, attua gli accorgimenti organizzativi e propone, ove necessario, le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro. Opera con il supporto di un gruppo con funzioni di raccordo e con competenze multidisciplinari. Segue il dipendente nel suo processo di inserimento a tutela dell'inclusione sociale e dell'accessibilità ai luoghi di lavoro.

È in fase di adozione la procedura per l'inclusione e l'accessibilità nel processo di assunzione del personale disabile che coinvolgerà, tra l'altro, uno specifico gruppo di lavoro che comprenderà: il Direttore UOC Gestione Risorse Umane, il Medico competente, il Disability Manager, il Responsabile SPP, il Responsabile del Servizio Tecnico e i Responsabili delle Unità Operative di assegnazione, al fine di assicurare in prima battuta il miglior inserimento del lavoratore disabile nonché, nel corso del tempo, il successivo monitoraggio dell'andamento lavorativo.

Dal lato del paziente, la tutela della salute, come valore costituzionalmente garantito, pone il principio cardine nella “centralità della persona”.

La convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità è stata recepita e resa vincolante a livello nazionale già nel 2009³³, riconoscendo il diritto di cura alle persone con disabilità garantendo l'accesso a servizi e programmi sanitari eguali a quelli forniti a tutto il resto della popolazione.

³³ Art. 25, Legge 18/2009.

Il SPS, in collaborazione con la Direzione Medica Ospedaliera, ha effettuato una ricognizione in merito ai percorsi facilitanti l'accessibilità ai servizi di AOUI sia dal punto di vista dei cittadini che dei dipendenti. I dati sono stati condivisi con i Coordinatori delle Professioni Sanitarie per favorire la presa in carico di quanto per competenza. Il gruppo di ricognizione, inoltre, effettuerà un'attività di monitoraggio programmato al fine sia di garantire i criteri già soddisfatti che quelli da raggiungere con specifici interventi ad hoc.

AOUI sta sviluppando progetti con percorsi tutelati per pazienti con disabilità, in particolare per persone con disturbi del neurosviluppo (disabilità intellettiva severa, neuro motoria, e con disturbi dello spettro autistico).

Le strategie di presa in carico prevedono:

- il controllo dell'ambiente in cui il paziente verrà posto, coinvolgendo un familiare caregiver;
- la comunicazione con il paziente che deve avvenire attraverso l'utilizzo di un linguaggio semplice e calmo: l'ascolto attivo infatti riveste un ruolo importante per fare sì che il paziente si trovi a proprio agio;
- la privacy e la sicurezza del paziente.

Continuerà, nel corso del 2026, il progetto che ha preso avvio nell'Area Pediatrica nel dicembre 2024 di "Dog Therapy", nato con l'intento di portare serenità, mediante il coinvolgimento degli animali con l'ausilio di esperti, ai pazienti pediatrici in cura presso AOUI e alle loro famiglie.

2.2.2.3.4 La sostenibilità ambientale e l'efficientamento energetico: il Green Hospital

L'adozione del Green Deal Europeo nel 2021 ha sottolineato l'importanza della lotta al cambiamento climatico, fissando due obiettivi cruciali: la riduzione del 55% delle emissioni di gas serra entro il 2030 e la neutralità climatica entro il 2050. In Italia, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) supporta iniziative volte alla transizione ecologica, integrandosi con gli obiettivi del Green Deal Europeo. La sanità, parte integrante di questi cambiamenti, deve affrontare questa sfida con un impegno etico e professionale che coniughi la qualità delle cure con la riduzione dell'impatto ambientale. Attualmente, il settore sanitario è responsabile di circa il 4-5% delle emissioni globali di gas serra, una quota che sottolinea l'urgenza di interventi mirati. L'OMS riconosce infatti che un sistema sanitario sostenibile è quello capace di "mantenere, migliorare o restituire la salute minimizzando l'impatto sull'ambiente".

In tale contesto, gli ospedali devono integrare la sostenibilità ambientale come elemento chiave delle proprie scelte strategiche, garantendo l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e minimizzando l'impronta di carbonio associata. Questo obiettivo richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga medici, infermieri, tecnici sanitari, amministratori e decisori politici, accompagnato dalla promozione di una cultura della sostenibilità attraverso formazione e l'adozione di tecnologie e procedure a basso impatto ambientale.

AOUI riconosce l'importanza del settore sanitario nella lotta al cambiamento climatico, promuovendo tutte le iniziative volte al contenimento delle emissioni di gas serra legate al mondo sanitario.

Iniziative chiave

Costituzione di un Green Team multidisciplinare

- formazione e incarico di un gruppo di lavoro dedicato, composto da professionisti di diverse aree (clinica, tecnica, logistica e amministrativa), per coordinare e monitorare le iniziative di sostenibilità;
- definizione di obiettivi specifici per il triennio 2026-2028 e valutazione periodica dei risultati raggiunti.

Sensibilizzazione e formazione del personale

- creazione di programmi educativi per diffondere la cultura della sostenibilità;
- coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder nella definizione e nell'attuazione delle pratiche green.

Efficienza energetica

AOUI Verona ha da tempo avviato una strategia per il contenimento della spesa energetica e la riduzione della carbon footprint, basata su:

- efficientamento degli impianti di base e della produzione energetica;
- isolamento termico dei sistemi di produzione e implementazione di sistemi di regolazione automatici (BMS – building management system) per la distribuzione bilanciata dei vettori energetici (acqua refrigerata e calda);
- adozione di sistemi di produzione del freddo a elevato COP (coefficiente di prestazione) e di produzione del calore a bassa entalpia (acqua calda al posto dello scambio con vapore per il riscaldamento degli edifici);
- implementazione di sistemi di cogenerazione (Borgo Roma) e di trigenerazione (Borgo Trento), che garantiscono una significativa riduzione delle emissioni di gas serra;
- stipula di contratti di fornitura energetica ottimizzati tramite Consip e acquisizione di certificati di efficienza energetica (TEE) basati sulla Cogenerazione ad alto rendimento (CAR).
- L'efficientamento dei sistemi di produzione ha permesso ad AOUI di attivare nel 2025 nuovi Reparti di degenza (sia a Borgo Roma sia a Borgo Trento), in linea con gli standard dei ricambi totali d'aria per i Reparti Infettivi (quindi più energivori rispetto al passato), nonché l'installazione di grandi attrezzature diagnostiche, aggiuntive rispetto a quelle già presenti, mantenendo il medesimo consumo di energia elettrica globale: segno che l'efficientamento degli impianti ha ridotto il consumo specifico di energia da parte degli impianti a parità di prestazione.

Azioni possibili nel triennio 2026-2028

- nuova introduzione di sistemi di illuminazione, o sostituzione degli esistenti, con LED di ultima generazione e ottimizzazione dei consumi energetici attraverso tecnologie intelligenti;
- installazione di impianti fotovoltaici per una superficie di ca 5.000 mq con capacità di produzione elettrica stimata di ca 1 MW: con stoccaggio dell'energia prodotta utilizzando batterie al sale per l'alimentazione di circuiti secondari quali la ricarica di auto e biciclette elettriche, della illuminazione notturna etc;
- studio di fattibilità per l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili come sistemi solari termici per la produzione di acqua calda e di sistemi di geotermia profonda (fino a 2,5 km di profondità).

Gestione sostenibile dei rifiuti ospedalieri

AOUI Verona intende rivedere il processo riguardante i rifiuti ospedalieri poiché una migliore gestione può ridurre la quantità generale di rifiuto, aumentare la parte riciclabile e ridurre la quota dei rifiuti medici regolamentati, particolarmente onerosi sia dal punto di vista economico che ambientale. Tra i settori prioritari di intervento, il blocco operatorio risulta l'ambito da cui partire, poiché genera i maggiori volumi di rifiuti.

Secondo i parametri dell'OMS, circa l'85% della quantità totale di rifiuti generati dalle attività sanitarie è costituito da rifiuti generici non pericolosi, paragonabili ai rifiuti domestici. Il restante 15% è considerato materiale pericoloso che può essere infettivo, chimico o radioattivo. Le misure volte a garantire la gestione sicura e rispettosa dell'ambiente dei rifiuti sanitari possono prevenire impatti negativi sulla salute e sull'ambiente derivanti da tali rifiuti, tra cui il rilascio involontario di sostanze chimiche o biologiche pericolose.

Azioni nel Triennio 2026-2028

- implementazione di programmi di formazione per il personale per una minore produzione di rifiuti ed una migliore differenziazione;
- miglioramento, a partire dalle sale operatorie, della differenziazione dei rifiuti ospedalieri al fine di aumentare la quota di rifiuti riciclabili e ridurre la frazione di rifiuti speciali, che secondo le normative vigenti sono destinati all'incenerimento, con conseguente abbattimento dei costi di gestione e delle emissioni conseguenti,
- riduzione, ove possibile, dell'uso di materiali monouso non riciclabili, promozione di alternative eco-compatibili e scelta di materiali che integri l'impatto ambientale nei criteri di scelta, ad esempio considerando il LCA o in caso di materiale plastico privo di tossicità ambientale.

Uso responsabile delle risorse idriche

- implementazione di sistemi di monitoraggio e riduzione dei consumi idrici;
- riutilizzo dell'acqua nei processi tecnici, ove possibile, senza compromettere la sicurezza.

Sostenibilità nelle pratiche cliniche

Il tema della sostenibilità è trasversale nel mondo clinico. AOUI intende promuovere processi diagnostici e terapeutici che, mantenendo inalterata la qualità di cura, tutelino l'ambiente e la salute della collettività. I settori con il maggior impatto ambientale e dunque prioritari di intervento sono quelli delle sale operatorie e delle terapie intensive.

Azioni possibili nel triennio 2026-2028

- promozione di protocolli di anestesia a basso impatto ambientale, con riduzione del consumo di gas alogenati, ossigeno, protossido d'azoto, privilegiando l'uso di anestetici endovenosi e di tecniche di anestesia loco-regionale;
- rinnovo progressivo delle macchine per anestesia verso soluzioni tecnologiche innovative con particolare attenzione all'aspetto del consumo di ossigeno e di farmaci inalatori;
- riduzione del consumo di protossido d'azoto.

Piano di spostamenti casa-lavoro

- promozione e implementazione di un piano per incentivare l'uso di mezzi di trasporto sostenibili da parte del personale utilizzando la produzione di energia mediante pannelli fotovoltaici;
- partecipazione, in collaborazione con il Comune di Verona e l'Università degli studi di Verona, a un tavolo di lavoro per la mobilità sostenibile e per l'incentivazione di mezzi di trasporto alternativi a quelli propri ovvero verso la mobilità sostenibile con l'uso di bici muscolari/elettriche;

- introduzione di sistemi di carpooling, agevolazioni per l'utilizzo di trasporti pubblici e spazi dedicati alla mobilità mediante l'uso delle biciclette.

Risultati attesi

- individuazione di KPI legati alla sostenibilità ambientale finalizzati ad una progressiva ottimizzazione dei processi sotto il profilo ambientale mirati anche alla riduzione dell'energia specifica per i processi target;
- riduzione della carbon footprint aziendale nei prossimi anni;
- promuovere la revisione di attività cliniche e di ricerca che integrino nella loro revisione l'aspetto ambientale.

Il Green Hospital non è solo un obiettivo ma un impegno concreto verso un sistema sanitario più responsabile e resiliente, in grado di coniugare innovazione, efficienza e tutela dell'ambiente.

* * *

Le aree sviluppate nella sezione "Performance", di seguito sintetizzate, rappresenteranno il punto di partenza per la declinazione delle Schede Obiettivo 2026 delle Unità Operative e dei Moduli di Attività dell'Azienda.

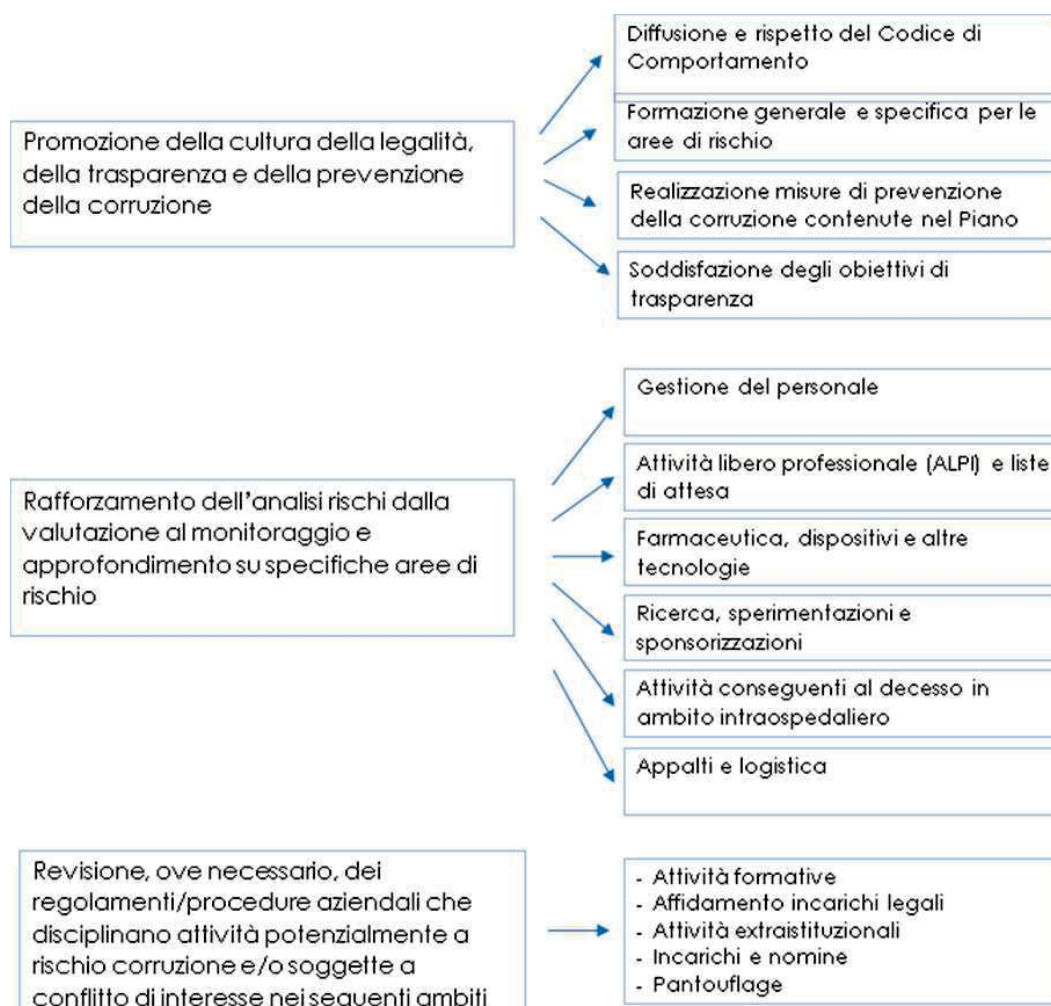
Dimensioni	Tematiche	Obiettivi
Verso il nuovo Ospedale: change management e lean thinking	Riorganizzazione e transizione digitale: il paziente al centro	Riorganizzazione logistica e strutturale: masterplan
		Riorganizzazione ed efficientamento dei processi in ottica Lean - Data Lake sanitario e amministrativo - Utilizzo dello strumento di Digital Twin - Riorganizzazione del sistema di accoglienza del paziente (maps/Artex)
		Completamento del progetto regionale di riorganizzazione dei sistemi informativi c.d. "Sette Sorelle": - Logistica/magazzini - RIS - LIS
		Potenziamento della sanità digitale e delle nuove frontiere tecnologiche in ambito sanitario: - Intelligenza artificiale - Robotica - Telemedicina - Cyber security
Governo clinico	Garanzia e Qualità dei LEA	Valorizzazione del ruolo HUB: Incremento dell'attività e dell'attrazione da fuori regione
		Rispetto dei tempi di attesa degli interventi e della specialistica ambulatoriale
		Miglioramento del Sistema di Valutazione degli esiti e dei processi sanitari
		Prevenzione, controllo e sorveglianza ICA. Contrasto Antimicrobicoresistenza e Programmi di Antimicrobial-stewardship
		Gestione del Rischio clinico
		Integrazione ospedale-territorio: DM 77/2022
	Formazione, Ricerca e Comunicazione	Formazione
		Ricerca e studi clinici
		Comunicazione
	Governo delle risorse e miglioramento dei processi sanitari	Uso appropriato delle risorse: - beni sanitari - personale - riduzione della degenza media
Qualità e sostenibilità	La qualità percepita	Indagine sulla Qualità percepita e sul Clima organizzativo
	Inclusione, accessibilità ed equilibrio di genere	
	La sostenibilità ambientale e l'efficientamento energetico	Green Hospital

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza: Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) 2026-2028³⁴

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI), nel dare attuazione alla L. n.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e alla conseguente normativa collegata, riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, ritenendole parte essenziale per il perseguimento della propria missione e delle funzioni istituzionali, come descritte nella Sezione 1 – Scheda Anagrafica del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) 2026-2028, quale sezione del PIAO 2026-2028, determina le strategie aziendali per il contrasto alla corruzione e la promozione della legalità e della trasparenza nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e degli atti di regolazione generali adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

In funzione della creazione del **valore pubblico** e in coordinamento con le altre sezioni del PIAO e del Piano di audit, la Direzione Aziendale ha definito i seguenti **obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e di trasparenza**.



³⁴ Sottosezione a cura dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione

Nel rispetto dei compiti e delle responsabilità definite dalla normativa, l'intera organizzazione aziendale è coinvolta nella strategia di prevenzione della corruzione. In particolare la sua pianificazione e realizzazione coinvolge vari attori:

SOGGETTO	AZIONI
Direzione Aziendale	Definizione obiettivi strategici e supervisione nel coordinamento delle varie sezioni del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) col supporto dell'Internal auditor	Mappatura dei processi e definizione dello strumento di valutazione del rischio corruzione
Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza col supporto del RPCT e dell'Internal auditor	- Valutazione dei rischi corruzione - Trattamento del rischio - Riesame del processo di gestione del rischio
Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza in collaborazione del RPCT	Monitoraggio di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza
RPCT	- Analisi del contesto - Redazione del PTPC come sezione del PIAO e condivisione con la Direzione Aziendale
Dipendenti, Collaboratori a qualsiasi titolo, <i>Stakeholder</i>	Consultazione aperta del PTPC con possibilità di presentare proposte e/o osservazioni
Direttore Generale	Adozione del PTPC come sezione del PIAO
RPCT	Diffusione tramite pubblicazione, invio e condivisione ai vari soggetti, oltre che inserimento nella formazione di base
Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	Verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e le misure di prevenzione della corruzione; monitoraggio sugli adempimenti di trasparenza
Dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo	Rispetto delle prescrizioni e collaborazione col RPCT ai vari livelli di responsabilità come indicato anche nel Codice di Comportamento aziendale

Il **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)** dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona è nominato, ai sensi dell'art. 1, comma 7 della L. 190/2012, con deliberazione del Direttore Generale e dal 1° aprile 2018 è individuato nella persona della dott.ssa Valeria Perilli, Direttore dell'UOC Controllo di Gestione, in possesso dei requisiti prescritti dal PNA e dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1537/2016.

Considerata l'elevata complessità e dimensione dell'Azienda sono stati, inoltre, nominati i **Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza** con funzione di supporto al RPCT nell'elaborazione ed attuazione del Piano triennale e nella gestione del rischio, come previsto dalla Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013.

L'elenco dei Referenti definito con deliberazione del Direttore Generale n. 207 del 10/04/2014 e aggiornato a seguito di riorganizzazioni aziendali, è attualmente composto dai Direttori/Responsabili delle sotto indicate Strutture aziendali:

- UOC Affari Generali
- UOC Contabilità e Bilancio
- UOC Controllo di Gestione
- UOC Direzione Amministrativa di Ospedale
- UOC Direzione delle Professioni Sanitarie
- UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera
 - UOC Direzione Medica Ospedaliera per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi
 - UOC Farmacia
 - UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università
- UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
- UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
- UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
- UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
- UOC Sistemi Informativi
- UOS Economato e Gestione della Logistica
- UOS Gestione Clienti
- UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo
- UOS Servizio Gestione e Patrimonio
- UOS Servizio Ingegneria Clinica
- UOS Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
- UOS Ufficio Legale
- UOS Unità Ricerca Clinica.

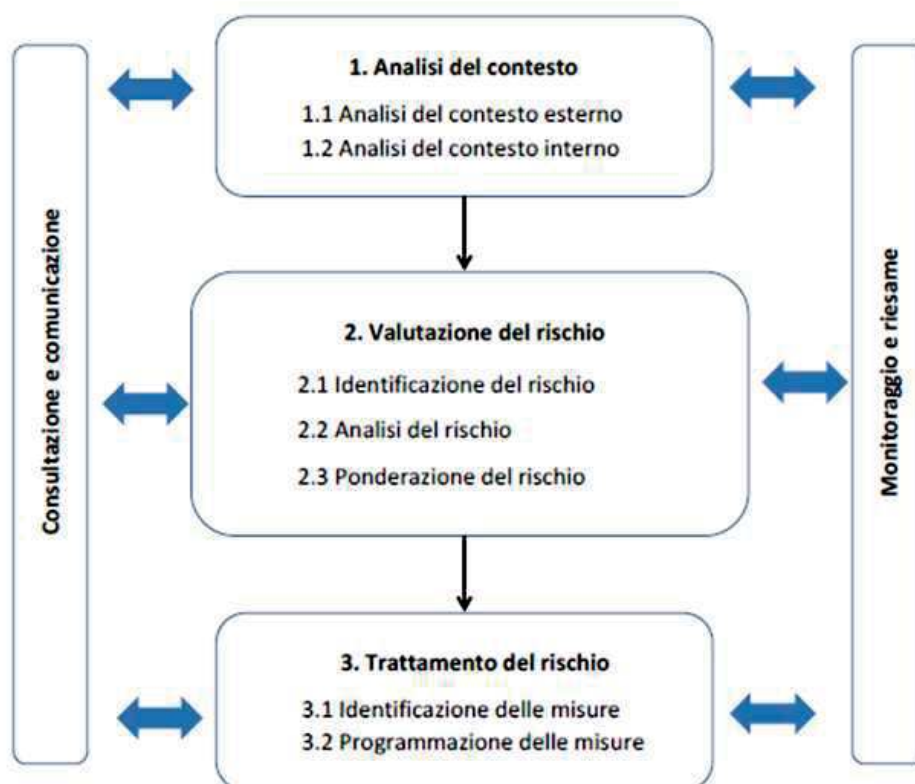
I nominativi dei Responsabili/Direttori sopraindicati sono disponibili sul sito internet aziendale www.aovr.veneto.it alla pagina "CERCA REPARTO AMBULATORIO/UFFICI".

Con deliberazione aziendale n. 1219 del 29/12/2017 "Adozione definitiva del nuovo atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona sulla base delle linee guida approvate dalla Regione Veneto con deliberazione di Giunta n. 1306 del 16 agosto 2017" è stato anche costituito l'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione in staff al Direttore Generale quale struttura di supporto al RPCT.

L'Azienda ha, inoltre, adempiuto alla nomina del RASA (Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante) individuato, con deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 29/01/2015 nella persona della dott.ssa Giuseppina Montolli, Direttore dell'UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, che risulta correttamente registrata nel portale dell'ANAC e adempie all'aggiornamento annuale dei dati della stazione appaltante per il mantenimento dell'iscrizione in AUSA. Svolge, inoltre, un ruolo di riferimento per gli eventuali riscontri all'Osservatorio regionale degli appalti e di supporto ai RUP aziendali.

2.3.1 Gestione del rischio corruzione

Il processo di gestione del rischio utilizzato da AOUI per prevenire e ridurre la probabilità che si verifichino eventi corruttivi è quello delineato da ANAC nei PNA ed è rappresentato nel seguente schema:



Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono:

- 1. Analisi del contesto,**
- 2. Valutazione del rischio,**
- 3. Trattamento del rischio,**

a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali:

- 4. Consultazione e comunicazione,**
- 5. Monitoraggio e riesame.**

Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo tiene conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

2.3.1.1 Analisi del contesto

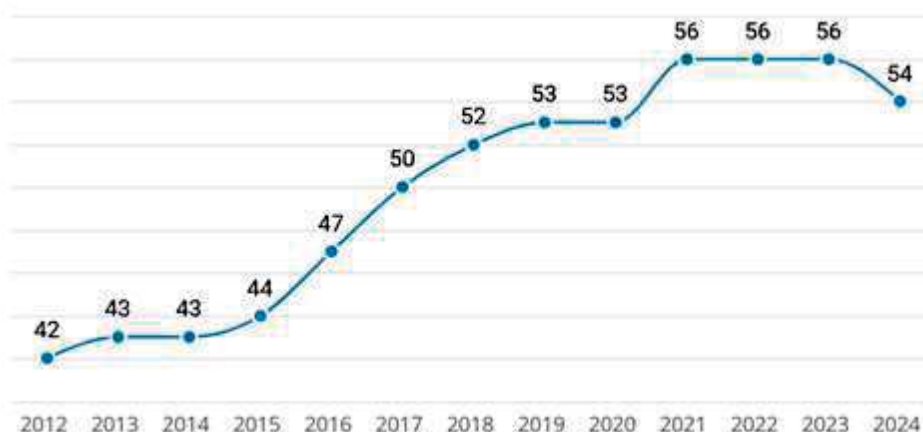
L'analisi del contesto viene condotta dal RPCT con l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione opera (es.: variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio) e gli aspetti legati all'organizzazione

aziendale e alla sua gestione operativa possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno dell'Azienda.

I dati demografici e territoriali, analizzati nella sottosezione 1.1. "Il territorio e la popolazione" del PIAO 2026-2028, rilevano come i **contesti esterni** nazionale e regionale siano caratterizzati da una forte crisi economica e sociale, e questo può creare terreno fertile per reati e criminalità.

Per inquadrare il fenomeno corruttivo nel contesto italiano è interessante partire dai dati riportati da Transparency International Italia nella classifica dell'Indice di Percezione della Corruzione (ICP), nonostante non siano comprovati da evidenze empiriche di eventi effettivamente verificatisi. L'indice misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti". Il 2024 ha segnato per l'Italia il primo calo (-2 punti) dal 2012, ottenendo un punteggio di 54 e confermandosi al 52° posto nella classifica globale dei 180 Paesi.

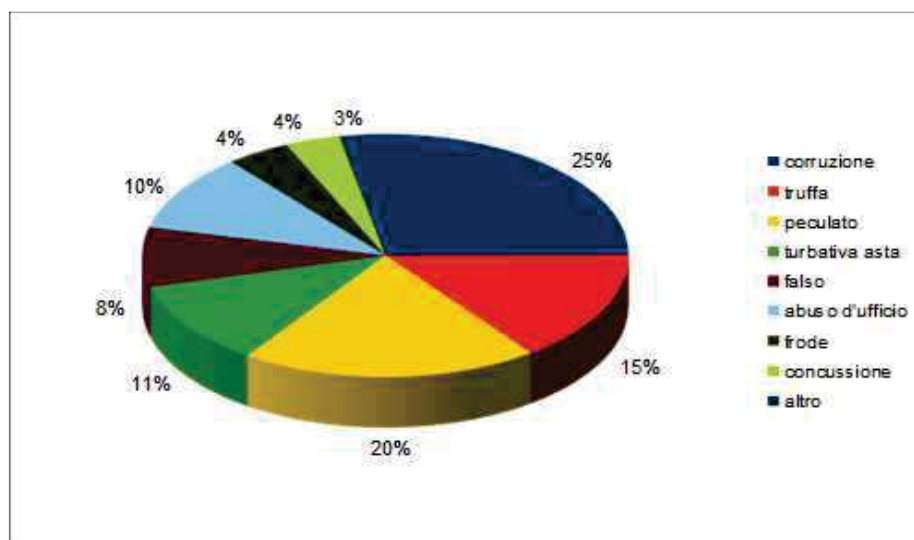
L'andamento dell'ICP per l'Italia dal 2012 al 2024



Anche le indagini penali possono contribuire a fornire alcune importanti indicazioni riguardo la fenomenologia e i fattori che favoriscono la diffusione del fenomeno corruttivo.

Ancora una volta Transparency International Italia ha raccolto, nella cosiddetta "Mappa della corruzione", i dati delle 1548 indagini sui reati, in parte concluse e in parte ancora in corso, riportate dai media italiani dal 01/01/2019 al 30/04/2021. Di queste circa il 17% riguarda il settore sanità e farmaceutica.

I principali reati contestati in questo settore sono: corruzione (82 casi), peculato (65 casi), truffa (49 casi), turbativa d'asta (37 casi), abuso d'ufficio (34 casi), falso (26 casi), frode (14 casi) e concussione (12 casi); altri 10 casi si riferiscono a reati di riciclaggio, traffico di influenze illecite, appropriazione indebita, rilevazione del segreto d'ufficio e voto di scambio. Le 5 indagini avviate in Veneto riguardano reati di peculato, abuso d'ufficio, concussione, turbativa d'asta, falso e truffa.



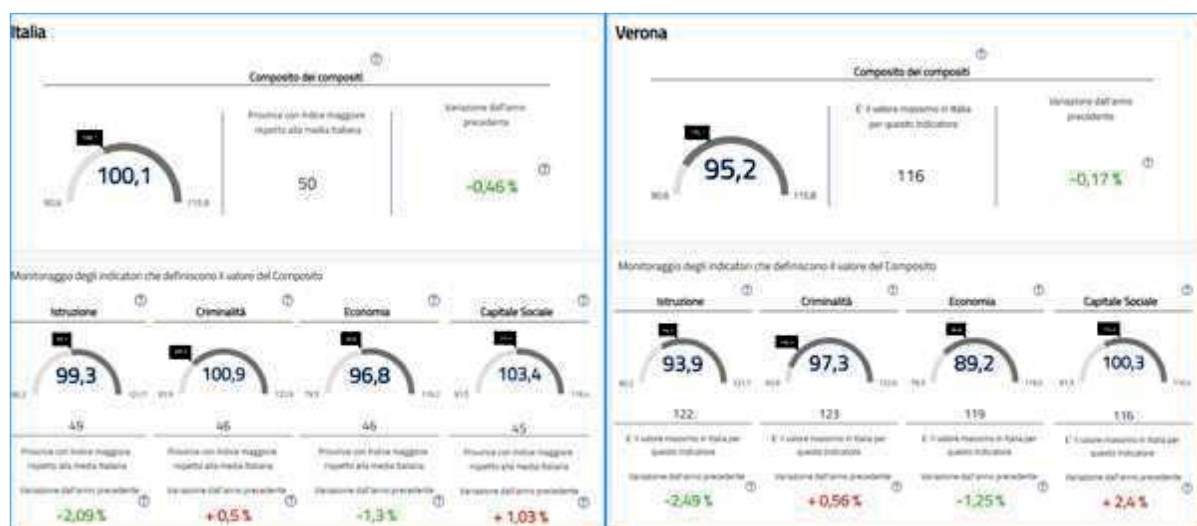
Fonte: rielaborazione dati da <https://www.transparency.it/mappa/>

Per quanto riguarda, invece, il contesto regionale, il report di maggio 2024 sui reati corruttivi del Servizio Analisi Criminale della Direzione Centrale della Polizia Criminale, pubblicato sul sito del Ministero dell'interno, fa rilevare come la Regione Veneto si collochi al disotto della media nazionale di incidenza di tale fenomenologia criminale nel triennio 2021-2023.



A livello provinciale è interessante riportare quanto emerso dalle indagini de "Il Sole 24 Ore". Nella classifica 2025 sulla qualità della vita Verona mantiene il 7° posto su 107 province italiane, già raggiunto nel 2024 (fonte: <https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/>). Mentre nella macro-categoria "giustizia e sicurezza", intesa come minore diffusione di illeciti e contenziosi, scende di oltre 15 posizioni rispetto al 2024 posizionandosi

all'85° posto. Uno dei parametri che compone questa categoria è l'indice di criminalità, che fotografa le denunce registrate nell'anno precedente. Il trend di crescita a livello nazionale si conferma anche nella Provincia veronese dove le segnalazioni all'autorità giudiziaria sono state 4.123 ogni 100.000 abitanti, rispetto alla media nazionale di 3.430. Anche il Progetto di ANAC “Misuriamo la corruzione” (<https://www.anticorruzione.it/il-progetto>) offre informazioni utili ad analizzare il contesto territoriale, in quanto esamina i fattori culturali, giuridici, sociali, politico-istituzionali che possono influire sulla diffusione e persistenza del fenomeno corruttivo. Sono stati presi in considerazione diciotto indicatori su base provinciale, che sono stati raccolti in quattro domini tematici (istruzione, economia del territorio, capitale sociale e criminalità) a loro volta sintetizzati da un indice composito che rende più semplice la lettura della complessità dovuta alle numerose dimensioni considerate. La serie storica degli indicatori va dal 2014, l'anno base di riferimento, al 2017. I valori sono compresi tra 70 e 130 e nell'anno base 2014 valgono 100 per l'Italia nel suo insieme. A livelli più elevati è associato un maggiore rischio di corruzione. Come evidenziato nelle figure sottostanti la provincia di Verona nell'anno 2017 registra valori migliori rispetto alla media italiana in tutti gli ambiti.



Infine il Piano socio-sanitario della Regione Veneto 2019-2023 ribadisce come nell'economia regionale il sistema sanitario abbia un ruolo fondamentale e costituisca una importante voce di investimento sia da punto di vista finanziario che organizzativo, rappresentando una delle maggiori fonti di ricchezza del territorio. Infatti si inserisce, all'interno del sistema economico e occupazionale, in una “filiera della salute” dove si sviluppano (direttamente e attraverso l'indotto) altre attività economiche come ad esempio la ricerca, la produzione e il commercio di prodotti e dispositivi sanitari, farmaceutici e la fornitura di beni e servizi. Sottolinea, inoltre, come l'evoluzione dei dati demografici ed epidemiologici determinerà nei prossimi anni una crescita della domanda di cura e di assistenza, e come il settore sanitario si caratterizzerà quale settore innovativo anche in termini di investimenti e ricerca tecnologica.

Per tali motivi la sanità si caratterizza come un settore naturalmente esposto a fenomeni corruttivi.

Guardando al **contesto interno**, va evidenziato come la sola Azienda Ospedaliera

Universitaria di Verona abbia un notevole impatto sull'economia locale in considerazione dei volumi economici in gioco; si prevede che i costi di produzione per l'anno 2026 supereranno i 770 milioni di euro.

In considerazione inoltre degli elevati volumi di prestazioni erogate da AOUI, va scongiurato il rischio che eventuali comportamenti opportunistici possano intaccare il principio costituzionale dell'universalità della salute; andranno pertanto presidiati, con il massimo rigore e trasparenza, i percorsi assistenziali per poter garantire ai cittadini equità nell'accessibilità alle cure.

Alla luce di tutto quanto emerso, si evince l'esigenza di creare un ambiente sfavorevole per l'attecchimento del fenomeno corruttivo adottando pratiche efficaci per fronteggiare i tentativi esterni di corruzione, improntando altresì l'azione amministrativa alla massima trasparenza.

A questo proposito l'Azienda ha adottato misure regolamentari atte a ricondurre i rapporti con i soggetti esterni entro percorsi di correttezza e trasparenza, come ad esempio:

• adozione del Protocollo di legalità per i lavori di realizzazione dell'Ospedale del Bambino e della Donna di Borgo Trento, dell'Outpatient clinic e ristrutturazione del monoblocco di Borgo Roma", sottoscritto con la Prefettura di Verona il 13 agosto 2012
• inserimento nei contratti di gara delle clausole previste dai Protocolli di legalità sottoscritti dalle Prefetture del Veneto, la Regione Veneto, l'Unione delle Province del Veneto e l'Associazione regionale Comuni del Veneto o di Patti di integrità nelle more dei loro aggiornamenti. L'ultimo Protocollo di legalità è stato sottoscritto in data 09.10.2025 e avrà una durata di tre anni.
• Regolamento per l'accettazione di donazioni, comodati, prove dimostrative effettuati a favore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1227 del 10 dicembre 2024, aggiornato secondo la Legge della Regione Veneto n. 26/2019 e successive modificazioni
• Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1173 del 27 dicembre 2017, modificato e integrato con deliberazione n. 363 del 14/4/2023
• Regolamento sulla partecipazione e collaborazione degli specialist di prodotto alle attività chirurgiche e diagnostiche – IAG 43 del 18 settembre 2015
• Procedura aziendale PAG 63 del 21/03/2024 "Regolamentazione informazione scientifica – ISF" secondo le indicazioni della Delibera della Giunta regionale del Veneto n. 1624/2023 "indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco, dispositivi medici, e dispositivi diagnostici in vitro nell'ambito del servizio sanitario regionale (SSR)"
• Istruzioni operative per la preparazione della salma negli MdA e nei Servizi degli ospedali e nota informativa in caso di decesso di un congiunto (IUCS03 BT e BR; MUCS 02)
• Atto aziendale per l'esercizio della libera professione intramoenia, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 940 del 6 novembre 2018 e in fase di aggiornamento
• Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona, aggiornamento approvato con deliberazione n. 1289 del 21 dicembre 2023
• Regolamento sponsorizzazioni per progetti organizzativo-assistenziali approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1408 del 31 dicembre 2019
• Regolamento per lo svolgimento di studi profit e no-profit in AOUI, aggiornato con deliberazione n. 902 del 14 agosto 2025
• inserimento della clausola di divieto di pantouflage nella modulistica per la partecipazione alle gare d'appalto da parte degli operatori economici

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Regolamento aziendale per le attività formative, approvato con deliberazione del Commissario n. 686 del 1° luglio 2020 in fase di revisione |
| <ul style="list-style-type: none"> • Regolamento di disciplina delle modalità per la formazione, la tenuta e l'utilizzo dell'elenco degli Avvocati cui conferire eventuali singoli incarichi legali, approvato con deliberazione n. 270/2023 |

Sono, inoltre, regolamentati i rapporti con le società partecipate.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 847 del 28/09/2017 "Ricognizione straordinaria delle partecipazioni societarie ai sensi dell'art. 24 D.Lgs. n. 175/2016, come modificato dal D.Lgs. n. 100/2017" e nelle successive revisioni periodiche, è stato confermato il mantenimento della partecipazione societaria nella società Centro Ricerche Cliniche di Verona S.r.l., risultando detta partecipazione conforme ai requisiti previsti dal D.Lgs. n. 175/2016, riguardante il riordino della disciplina delle società a partecipazione pubblica, come modificato dal D.Lgs n. 100/2017. I rapporti con tale società sono definiti sia dallo statuto, il cui nuovo schema era stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 689 del 23/08/2018, che dall'accordo quadro per la realizzazione delle sperimentazioni cliniche approvato con deliberazione n. 352 del 31/03/2022 e aggiornato con deliberazione n. 213 dell'11/03/2025.

2.3.1.2 Valutazione del rischio

Dalla complessità dell'organizzazione aziendale, descritta nella sottosezione 3.1 "Struttura organizzativa" del PIAO, e del contesto esterno, illustrato precedentemente, deriva la necessità di procedere gradualmente ad esaminare l'intera attività svolta in Azienda al fine di identificare aree che, in ragione della natura e della peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

A questo scopo e con l'obiettivo di supportare i Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e della trasparenza nella successiva **valutazione del rischio**, il RPCT, in collaborazione con la figura di Internal Auditing aziendale, già dal 2021 ha sviluppato una **mappatura dei processi** partendo dall'elenco dei processi definito nel 2019 per il Piano di Audit aziendale nel cosiddetto Audit Universe, utilizzato per i rischi compliance, amministrativo contabile e frode (Allegato 1 – Elenco processi). L'elenco è composto da processi e subprocessi con l'indicazione della Struttura responsabile (owner) e la descrizione dei limiti che ne delineano l'ambito.

A tali processi viene assegnata, ove individuata, l'area di rischio di appartenenza tra le seguenti:

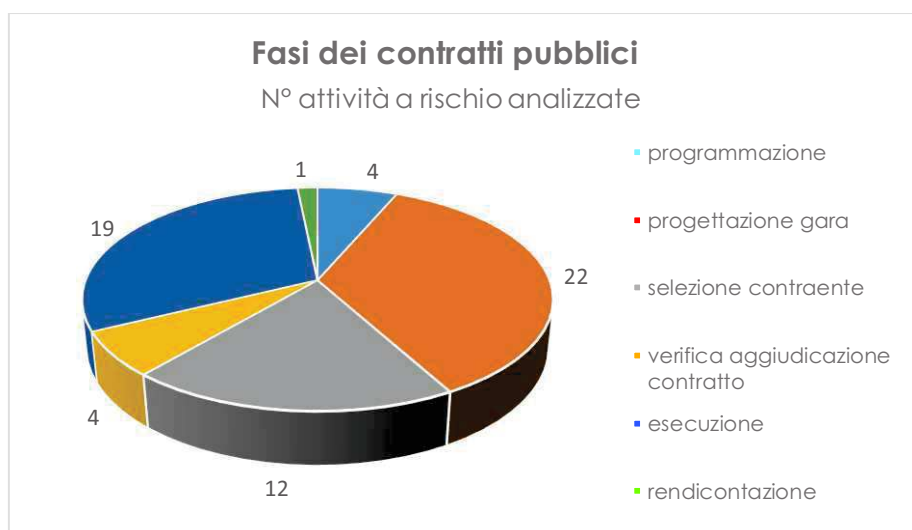
AREA DI RISCHIO GENERALI	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE IN AMBITO SANITARIO
Provvedimenti inerenti alla sfera giuridica del destinatario PRIVI di effetto economico	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
Provvedimenti inerenti alla sfera giuridica del destinatario CON effetto economico	Attività libero-professionale
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Liste di attesa
Acquisizione e gestione del personale	Rapporti con soggetti erogatori
Incarichi e nomine	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Contratti pubblici	
Affari legali e contenzioso	
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	

I Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, per ogni processo di competenza, svolgono l'attività di **identificazione** e di **analisi** delle eventuali attività a rischio corruzione, inserendole nella "Scheda di valutazione e trattamento del rischio corruzione" relativa alla Struttura di appartenenza. Tutte le schede sono allegate al presente Piano e nominate col nome della Struttura (Allegati da 3 a 23) e rappresentano il cosiddetto Registro rischi dell'AOU.

Nella successiva tabella è rappresentata la distribuzione dei processi e delle 115 attività a rischio corruzione, individuate dai Referenti, per ciascuna area di rischio.

TIPO DI AREA	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	N. PROCESSI / SUBPROCESSI	N. ATTIVITA' A RISCHIO INDIVIDUATE	STRUTTURA RESPONSABILE ATTIVITA' A RISCHIO
AREE DI RISCHIO GENERALI	ARG1	Provvedimenti inerenti alla sfera giuridica del destinatario PRIVI di effetto economico	1	1	DMO per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera
	ARG2	Provvedimenti inerenti alla sfera giuridica del destinatario CON effetto economico	1	1	UOC Affari Generali
				1	UOS Gestione Clienti
	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	7	2	UOC Contabilità e Bilancio
				2	UOC Controllo di Gestione
				3	UOC Direzione Amministrativa di Ospedale
				2	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
				2	UOS Economato e Gestione della Logistica
				1	UOS Gestione Clienti
	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	9	1	UOC Affari Generali
				10	UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università
				1	UOC Direzione delle Professioni Sanitarie
	ARG5	Incarichi e nomine	1	1	UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
	ARG6	Contratti pubblici	13	1	UOC Direzione Amministrativa di Ospedale
				4	UOC Farmacia
				16	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
				2	UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
				14	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
				1	UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
				7	UOC Sistemi Informativi
				2	UOS Economato e Gestione della Logistica
				2	UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo
				12	UOS Servizio Ingegneria Clinica
				1	UOS Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
	ARG7	Affari legali e contenzioso	2	2	UOS Ufficio Legale
	ARG8	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1	1	UOC Controllo di Gestione
AREE DI RISCHIO SPECIFICHE IN AMBITO SANITARIO	ARS1	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	1	1	DMO per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi
	ARS2	Attività libero-professionale	4	2	UOC Controllo di Gestione
				2	UOC Direzione delle Professioni Sanitarie
				2	DMO per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera
	ARS3	Liste di attesa	2	3	UOS Gestione Clienti
	ARS4	Rapporti con soggetti erogatori	2	3	UOS Gestione Clienti
	ARS5	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	3	4	UOC Farmacia
				1	UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
				4	UOS Unità Ricerca Clinica

Come si può notare il maggior numero di attività individuate e analizzate afferiscono all'area di rischio dei contratti pubblici, che risulta essere pertanto tra le più attenzionate del Piano. Una gara di appalto è composta da varie fasi e le stesse possono coinvolgere più Strutture aziendali. Il seguente grafico mostra come le 62 attività sono distribuite nelle diverse fasi che caratterizzano una gara pubblica:



Per guidare la **ponderazione del rischio** era stato fornito ai Referenti un strumento di analisi, sviluppato con il supporto della funzione di Internal Auditing aziendale e costruito sui modelli di *risk assessment*.

Esso si basa sull'assegnazione per ciascuna attività a rischio di un punteggio da 1 a 5 ai seguenti 8 indicatori ritenuti significativi per la prevenzione della corruzione:

	INDICATORE		DESCRIZIONE
Probabilità e impatto	1.	Impatto degli obblighi normativi in termini di Anticorruzione sul processo/attività	L'effetto che gli obblighi normativi in termini di Anticorruzione generano sul processo/attività.
	2.	Impatto degli obblighi normativi in termini di Trasparenza sul processo/attività	L'effetto che gli obblighi normativi in termini di Trasparenza generano sul processo/attività.
	3.	Valutazione sull'impianto organizzativo a supporto del processo	Giudizio sui principali elementi organizzativi interni che, in diverso modo, supportano il processo e il corretto compimento delle attività a rischio, quali a titolo di esempio: - presenza, completezza e aggiornamento del sistema di regolamenti, procedure e istruzioni operative. - adeguatezza degli eventuali sistemi informatici e informativi; - caratteristiche del personale che vi opera, rotazione e segregazione delle attività a rischio; - clima organizzativo; - altri elementi ritenuti rilevanti.
	4.	Livello di segregazione presente nelle attività a rischio	La c.d. "segregazione delle funzioni" identifica un aspetto specifico dell'organizzazione interna e consiste nell'affidamento delle varie fasi di un procedimento appartenente ad un'area a rischio a più persone.

	5.	Livello di discrezionalità presente nelle attività a rischio	Giudizio sul livello di assoggettamento delle attività a rischio a norme, leggi e altri atti che limitino gli aspetti discrezionali da parte di chi vi opera.
	6.	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata nell'Amministrazione di appartenenza o in realtà simili	Valutazione sulla conoscenza dell'eventuale manifestazione degli eventi corruttivi in oggetto verificatasi in passato, nell'Amministrazione di appartenenza o in realtà simili.
	7.	Impatto del manifestarsi dell'evento corruttivo in termini economici e di immagine aziendale	L'effetto che il manifestarsi dell'evento corruttivo genererebbe per l'Azienda in termini economici e di immagine.
	8.	Percezione del livello complessivo dei controlli esistenti	Sintetica descrizione del sistema dei controlli messi in atto per prevenire tali rischi e valutazione sulla percezione sul livello di adeguatezza degli stessi.
Sistemi di controllo			

Attraverso una formula di calcolo viene espresso il livello di esposizione al rischio corruzione per ciascun processo/attività secondo la seguente scala:

SCALA DEI VALORI DI RISCHIO
B = Basso
MB = Medio Basso
M = Medio
MA = Medio Alto
A = Alto

Ai Referenti, oltre a istruzioni dettagliate per la compilazione, era stata fornita una lista esemplificativa di fattori abilitanti il rischio corruttivo:

FATTORI ABILITANTI	Induzione ad avvantaggiare alcuni soggetti rispetto ad altri
	Liquidazione di compensi non dovuti o sovradimensionati
	Scelte procedurali (tipologia di procedura, definizione di requisiti,...) finalizzate a favorire soggetti determinati
	Inosservanza della normativa
	Inosservanza di regolamenti/procedure per favorire determinati soggetti
	Inosservanza delle disposizioni previste da contratto/accordo
	Mancanza/scarsa motivazione nei provvedimenti
	Presenza di conflitti di interessi
	Mancanza di imparzialità
	Mancata effettuazione dei controlli
	Mancanza/poca trasparenza nella procedura
	Non corretta valutazione di requisiti/documentazione
	Abuso della discrezionalità
	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti

[illegible]

112

2.3.1.3 Trattamento del rischio

L'**identificazione delle misure** idonee a prevenire i rischi corruzione emersi dall'analisi del contesto e valutazione del rischio è svolta dai Referenti aziendali supportati dal RPCT e sono riportate nelle "Schede di valutazione e trattamento del rischio corruzione" (Allegati da 3 a 23) insieme alla loro **programmazione**. Nelle Schede vengono definiti indicatori e target per la realizzazione delle stesse e vengono pianificati gli eventuali controlli da effettuare per il monitoraggio.

Altre misure specifiche vengono individuate dalla Strutture nell'ambito dei lavori di audit svolti dalla funzione aziendale di Internal Auditing. La condivisione dei risultati, da parte dell'internal auditor con il RPCT, ha fatto rilevare come le attività programmate a conclusione del lavoro di audit risultino idonee anche a ridurre eventuali rischi corruzione. È indubbio, infatti, che un miglioramento organizzativo apporti benefici anche nel contenimento dei cosiddetti fattori abilitanti in ambito corruttivo. Per questo, alcune delle azioni di miglioramento pianificate sono state inserite anche tra gli obiettivi anticorruzione (vedi tabella paragrafo 2.3.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi di budget). In particolare ci si riferisce a quanto emerso dall'attività di audit sul processo O.21 - *Prestazioni in libera professione* come: l'aggiornamento, la diffusione e l'applicazione del nuovo Atto aziendale per la LP, la predisposizione di un piano annuale, il monitoraggio sulla corretta gestione degli orari e sull'ottimale utilizzo degli ambulatori, vigilanza sulle liste di attesa e pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente", pubblicazione delle informazioni all'utente per l'accesso alla libera professione sul sito aziendale.

Si considerano obiettivi anticorruzione anche la conduzione degli audit e i monitoraggi programmati nel Piano di Audit.

Oltre che dalle **misure specifiche** individuate dai Referenti nelle suddette schede, la strategia di prevenzione della corruzione è caratterizzata da **misure generali**, previste dalla normativa in materia di anticorruzione, e che intervengono in modo trasversale sull'intera organizzazione:

- a) *Trasparenza*
- b) *Formazione*
- c) *Codice di comportamento*
- d) *Comunicazione del termine dei procedimenti*
- e) *Strumenti di controllo e regole di legalità*
- f) *Gestione del conflitto di interessi*
- g) *Disciplina delle attività extraistituzionali*
- h) *Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice e dirigenziali*
- i) *Divieto di pantouflage*
- j) *Inconferibilità di incarichi a seguito di condanna penale per delitti contro la PA*
- k) *Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower)*
- l) *Patti di integrità*
- m) *Rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione.*

Tali misure, descritte di seguito, vengono monitorate attraverso la relazione annuale dei Referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza al RPCT, come rendicontato nel paragrafo 2.3.1.5 Monitoraggio e riesame.

a) Trasparenza (Decreto Trasparenza, D.Lgs. 33/2013)

La trasparenza è lo strumento principale che la Pubblica Amministrazione ha a disposizione per prevenire la corruzione.

L'AOUI pone la trasparenza come obiettivo strategico di prevenzione della corruzione.

Il principale strumento di trasparenza è la sezione "*Amministrazione Trasparente*" prevista dal Decreto Trasparenza (D.Lgs. 33/2013). L'Azienda ha provveduto già dal 2014 a realizzare la suddetta sezione automatizzando il flusso dei dati con l'acquisizione di uno specifico software e l'integrazione dello stesso con altri strumenti informatici aziendali.

La sezione "*Amministrazione Trasparente*" è stata successivamente adeguata alle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e secondo la mappa ricognitiva degli obblighi di cui all'Allegato 1 della delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 "*Prime Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016*". Lo schema è stato anche integrato con sottosezioni di terzo livello nei casi in cui le competenze di pubblicazione fossero suddivise tra vari Servizi (ad esempio "*Bandi di gara*" o "*Consulenti e collaboratori*"). Altre sottosezioni sono state create al sorgere di nuovi obblighi, si veda ad esempio l'inserimento della sottosezione "*Appalti PNRR*" per la pubblicazione dei dati relativi alle procedure collegate all'utilizzo delle risorse PNRR. L'obiettivo è quello di un continuo aggiornamento e miglioramento sia per adempiere agli obblighi normativi che per favorire la consultazione del cittadino.

L'Azienda pone particolare attenzione alla tutela dei dati personali, affinché i dati pubblicati e le relative modalità di pubblicazione risultino appropriati e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge, nel rispetto del quadro normativo sulla protezione dei dati.

La pubblicazione e l'aggiornamento dei dati sono coordinati dal RPCT. I dirigenti responsabili dei servizi e degli uffici, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (a norma dell'art. 43, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013, modificato dal D.Lgs. n. 97/2016).

I Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono responsabili dell'elaborazione, della pubblicazione e del monitoraggio sulla completezza dei documenti, delle informazioni e dei dati come indicato nell'Allegato 2 - Piano della Trasparenza 2026-2028. In tale allegato sono descritti gli obblighi di pubblicazione, i contenuti degli obblighi, le tempistiche di aggiornamento e di monitoraggio. La tabella è finalizzata anche ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi come previsto dalla norma (art. 43, comma 3).

Altro strumento fondamentale di trasparenza è l'accesso civico. L'AOUI ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 30/04/2019, "*Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato*" in cui sono stati disciplinati i criteri e le modalità organizzative per garantire a chiunque il diritto di accedere ai dati/documenti/informazioni obbligo di pubblicazione e a quelli comunque detenuti dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, nel rispetto dei limiti previsti dalla normativa vigente, come atteso dal Decreto Trasparenza (D.Lgs. 33/2013). Il regolamento è stato redatto secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida ANAC approvate con deliberazione n. 1309/2016 e nella Circolare n. 2/2017 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione.

Con nota prot. n. 25800 dell'08/05/2019 il RPCT ha invitato i Referenti e il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico alla diffusione del regolamento a tutto il personale interessato per garantire la corretta gestione delle istanze di accesso civico e il rispetto dei tempi procedurali previsti dalla normativa.

Il Regolamento è pubblicato nella sezione "*Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso civico*" unitamente ai moduli per la richiesta di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato. Nella stessa sezione il RPCT pubblica il registro degli accessi

aggiornato dall'UOC Affari Generali.

Ulteriori strumenti di trasparenza che consentono ai cittadini ed agli altri *stakeholder* (portatori di interessi) di conoscere a fondo l'operato dell'Amministrazione sono:

- *sito web aziendale* (<https://www.aovr.veneto.it/>);
- *sito intranet aziendale destinato ai dipendenti*;
- *posta elettronica aziendale*;
- *posta elettronica certificata PEC* (protocollo.aovr@pecveneto.it);
- *Carta dei Servizi*, strumento di conoscenza del servizio sanitario e di tutela dei cittadini, consultabile sul sito web aziendale, al link "Carta dei Servizi";
- *le guide per il paziente che possono fornire ai pazienti e loro familiari informazioni utili circa l'accesso alle Strutture aziendali e alle cure sono consultabili al sito web aziendale, nella sezione "Guida per l'utente"*;
- *newsletter aziendale*;
- *Albo online*, strumento operativo funzionale alla pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi avente effetto di pubblicità legale, consultabile sul sito web istituzionale *nell'apposita sezione "Albo Online"*.

b) Formazione (Art. 1, comma 9, lett. b) e c) della L. 190/2012)

Nel perseguimento dell'obiettivo aziendale di promozione della cultura della legalità, della trasparenza e della prevenzione della corruzione nonché in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 190/2012, l'AOUI - già dal 2013 - ha inserito nei piani formativi annuali una specifica sezione per la prevenzione della corruzione, con la previsione di corsi di formazione specificamente incentrati sui temi dell'etica pubblica e della legalità, della trasparenza e dei riflessi della trasparenza nel sistema aziendale dell'anticorruzione, ed ha organizzato eventi formativi di base rivolti al personale del comparto ed eventi dedicati a personale dirigenziale e posizioni organizzative. La pianificazione della formazione tiene conto anche delle proposte formulate dai Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza nella relazione annuale al RPCT.

Nell'ambito della formazione di base, dal 2019 viene erogato il corso FAD (formazione a distanza) "L'Anticorruzione facile", curato dal RPCT con la collaborazione di un docente esterno esperto in materia ed il supporto dell'UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione e dell'UOS Servizio Sistemi Informativi. Il percorso formativo, oltre ad affrontare la normativa anticorruzione, presenta il sistema aziendale di prevenzione della corruzione, illustrando il Codice di Comportamento, il PTPC, regolamenti/linee guida/disposizioni adottati per le commissioni di gara, attività extraistituzionali, whistleblower, accesso civico, etc. Il corso è stato anche accreditato secondo i requisiti del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM). Nel corso degli anni il materiale del corso è stato revisionato e adeguato alle modifiche normative. Ad oggi sono stati formati 528 dipendenti e, in tutte le edizioni, il gradimento dei partecipanti ha evidenziato un risultato positivo.

L'UOC Affari Generali, inoltre, pianifica la formazione sul Codice di comportamento aziendale, confrontandosi con il RPCT. Negli anni 2022, 2023 e 2024 sono state organizzate tre edizioni formative con la partecipazione rispettivamente di 93, 121 e 82 dipendenti. Nel 2023 è stato dedicato un approfondimento al procedimento disciplinare e al conflitto di interessi. Mentre nel 2024 il corso è stato focalizzato sulle novità normative introdotte dal DPR 81/2023 e recepite nel nuovo Codice di comportamento aziendale (deliberazione n. 1289 del 21/12/2023).

Al di fuori dei corsi programmati nel Piano aziendale, il RPCT organizza incontri formativi con i

Referenti aziendali per analizzare i contenuti del PTPC e il processo di gestione del rischio, e propone la partecipazione/partecipa ad eventuali eventi offerti da soggetti esterni all'Azienda.

c) Codice di Comportamento (art. 54 del D.Lgs. 165/2001, DPR 62/2013 e s.m.i, LL.GG. ANAC 358/2017, LL.GG. ANAC 177/2020)

L'AOUI ha adottato fin dal 2014 il Codice di Comportamento aziendale sulla base del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici D.P.R. 62/2013.

Nel 2018 era stato approvato un nuovo Codice, contenente disposizioni specifiche al contesto e all'organizzazione aziendale, secondo le indicazioni delle "Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" emanate da ANAC con delibera n. 358/2017.

A seguito delle modifiche del D.P.R. 62/2013, previste dal D.L. 36/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza" e attuate con D.P.R. 81/2023, si è reso necessario un'ulteriore aggiornamento. In particolare sono state recepite e meglio specificate le disposizioni sull'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media, già introdotte nel 2018, e sulla tematica della formazione obbligatoria in materia di etica pubblica e comportamento etico.

Con deliberazione n. 1289 del 21/12/2023 è stato, quindi, approvato il vigente Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona. Il nuovo Codice è stato trasmesso tramite newsletter a tutti i dipendenti, è pubblicato sulla intranet aziendale e nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet e viene consegnato a tutti i neo assunti al momento della firma del contratto.

La diffusione e il rispetto del Codice costituiscono obiettivo aziendale, in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti ed indirizzano l'azione amministrativa. Annualmente viene monitorata l'attuazione del Codice in collaborazione con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) e viene pianificata la formazione da parte dell'UOC Affari Generali.

d) Comunicazione del termine dei procedimenti (Art.1 , comma 9, lett. d) della L. 190/2012, Art. 35 del D.Lgs. 33/2013)

L'Azienda, attraverso i competenti Servizi e attraverso gli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 35 del D.Lgs. n. 33/2013, così come novellato dal D.Lgs. n. 97/2016, comunica al cittadino che chiede prestazioni o rilascio di provvedimenti autorizzativi, abilitativi, concessori o qualsiasi altro atto esigibile, il termine entro il quale sarà concluso il procedimento e informa, su richiesta ed in itinere, sullo stato del medesimo.

I dati sui procedimenti sono pubblicati nella sottosezione "Attività e procedimenti" della sezione "Amministrazione Trasparente".

(<https://at.aovr.veneto.it/AmministrazioneTrasparente/Series.aspx?idSeries=36>).

e) Strumenti di controllo e regole di legalità (Art.1, comma 9, lett. a) della L. 190/2012)

L'Azienda ha approvato una serie di strumenti di controllo e regole di legalità, che prevedono meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione quali:

- Carta dei Servizi;
- Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda;

- Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi in economia;
- Codice disciplinare;
- Regolamento disciplinare dei dirigenti;
- Regolamento per i procedimenti disciplinari per il personale del comparto dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
- Criteri e procedure per l'affidamento degli incarichi dirigenziali;
- Criteri per attribuzione e graduazione degli incarichi di funzione;
- Piano di Audit;
- Regolamento di disciplina delle attività extra-istituzionali del personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
- Atto aziendale per l'esercizio della libera professione intramoenia;
- Regolamento per lo svolgimento di studi profit e no profit in AOUI Verona;
- Regolamento sponsorizzazioni per progetti organizzativo-assistenziali;
- Regolamento per l'accettazione di donazioni, comodati, prove dimostrative effettuati a favore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona;
- Regolamento per la disciplina delle attività di volontariato;
- Procedura interna per l'autorizzazione delle convenzioni relative all'attività professionale, richiesta a pagamento da terzi all'Azienda e svolta, fuori dall'orario di lavoro, sia all'interno che all'esterno delle strutture aziendali;
- Regolamento aziendale per le attività formative in cui vengono definite le procedure per l'attivazione dei corsi di formazione, le istruzioni per l'assegnazione delle docenze, la gestione dei contratti e delle sponsorizzazioni;
- Regolamento di disciplina delle modalità per la formazione, la tenuta e l'utilizzo dell'elenco degli Avvocati cui conferire eventuali singoli incarichi legali;
- Procedura aziendale "Regolamentazione informazione scientifica – ISF" secondo le indicazioni della Delibera della Giunta regionale del Veneto n. 1624/2023 "indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco, dispositivi medici, e dispositivi diagnostici in vitro nell'ambito del servizio sanitario regionale (SSR)"
- ogni altro regolamento introdotto in applicazione della normativa vigente.

Si portano in evidenza, inoltre, ulteriori buone pratiche messe in atto dai Referenti aziendali:

- una nota del Direttore del Dipartimento della Direzione Medica Ospedaliera rivolta ai Direttori/Responsabili di UOC/USD per ribadire le raccomandazioni/indicazioni dell'ANAC specifiche per l'attività assistenziale, riprese anche nel Codice di comportamento, con l'intento di facilitare l'identificazione di comportamenti virtuosi da parte del personale sanitario;
- la definizione, da parte del Direttore dell'UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, del percorso di trasmissione degli atti di gara, con l'introduzione di una dichiarazione di assenza di incompatibilità da parte di chi redige i capitolati tecnici; tale dichiarazione agevola l'identificazione dei tecnici da non nominare nella relativa commissione di gara e sollecita il personale coinvolto nelle procedure di gara ad una maggiore consapevolezza delle potenziali situazioni di conflitto di interesse che lo possono riguardare;
- le recenti Linee guida per l'attuazione della programmazione e per la definizione delle indicazioni operative in ordine alle modalità di svolgimento delle procedure di affidamento elaborate a seguito dell'emanazione del nuovo codice dei contratti pubblici predisposte dall'UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica.

f) Gestione del conflitto di interessi (Art. 6 bis della L. n. 241/1990, Art. 6 del D.P.R. n. 62/2013)

I dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona sono tenuti a prestare la massima attenzione alle situazioni di conflitto di interessi. Si richiama a tale proposito l'art. 6 bis della L. n. 241/1990 - introdotto dall'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 - che stabilisce che il responsabile del procedimento, i titolari degli uffici competenti ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti strumentali al provvedimento finale devono astenersi nel caso di conflitto di interesse, anche solo potenziale, segnalando ogni situazione di conflitto.

L'art. 6 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. n. 62/2013), impone al dipendente di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, di parenti o di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare, come disposto anche nel Codice di comportamento aziendale, e può inoltre costituire causa di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Il personale viene portato a conoscenza degli obblighi concernenti il conflitto di interessi sia con la diffusione del Codice di comportamento che nei corsi ad esso dedicati; l'argomento viene trattato anche nel corso FAD "L'anticorruzione facile".

Le procedure aziendali per cui vengono richieste le dichiarazioni sui conflitti di interessi sono: concorsi, selezioni interne, gare d'appalto, commissioni di vario tipo, cessazioni di lavoro, attività formative, formazione sponsorizzata, incarichi extra-istituzionali, stipula convenzioni, attività libero-professionale, incarichi di patrocinio, studi profit e no-profit, donazioni, collaborazioni a titolo gratuito.

In casi specifici e ove possibile, su opportuna richiesta del Dirigente, vengono effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni, come ad esempio per le attività extraistituzionali, le commissioni di gara e l'attività libero-professionale.

Come evidenziato anche da ANAC nella Relazione annuale 2019 al Parlamento, sarebbe necessario fornire alle amministrazioni strumenti concreti per effettuare la verifica della condizione di conflitto d'interessi. La mancanza di un sistema informativo pubblico, che consenta di ricostruire gli interessi del soggetto, su cui incombe il dovere di astensione per conflitto d'interessi, mette l'amministrazione in una situazione di asimmetria informativa strutturale, dal momento che è il soggetto interessato l'unico a conoscere la propria rete di interessi. Pertanto l'amministrazione si può affidare solamente alle autodichiarazioni e ad accertamenti limitati, oltre che alla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" per garantire la massima trasparenza.

g) Disciplina delle attività extraistituzionali (art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001)

L'Azienda ha approvato, con deliberazione n. 1108 del 19/12/2018 e integrato con deliberazione n. 409 del 14 aprile 2019, il nuovo Regolamento di disciplina delle attività extraistituzionali del personale dell'AOU Verona, aggiornando le versioni precedenti. Il nuovo

regolamento introduce, in particolare, tipologie e fattispecie adeguate ai professori universitari inseriti in assistenza.

Con deliberazione n. 445 del 20 aprile 2020 il regolamento è stato modificato e integrato, in conseguenza al recepimento dell'art. 119 del CCNL Area Sanità del 19/12/2019, con l'inserimento tra le attività extraistituzionali anche di quella professionale resa in qualità di ctu (consulenti tecnici d'ufficio) presso i tribunali, prima trattata come attività libero-professionale. A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 34/2023, che ha previsto, tra le altre, misure urgenti per la sanità pubblica, è stata introdotta per gli operatori delle professioni sanitarie di cui all'art. 1 della L. 43/2006 la possibilità di svolgere ulteriori attività professionali al di fuori dell'orario di lavoro fino al 31/12/2025. AOUI ha definito i criteri e disciplinato le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di tali incarichi extra ufficio nel "Regolamento aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex L. 43/2006 ai sensi dell'articolo 3-quater del Decreto Legge 21 settembre 2021, n. 127 e s.m.e i. dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata – Verona" adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 990 del 29 settembre 2023.

h) Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice e dirigenziali (D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39)

L'Azienda verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o ai soggetti destinatari di incarichi dirigenziali o di incarichi di vertice mediante redazione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

i) Divieto di *pantouflage* (Art. 53, co. 16-ter del D. Lgs. 165/2001)

La norma dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Per garantire la conoscenza della norma sono stati assegnati specifici obiettivi anticorruzione alle Strutture aziendali maggiormente coinvolte. In particolare l'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università ha predisposto apposite informative sul divieto di *pantouflage* da consegnare e far sottoscrivere per ricevuta al dipendente all'atto della cessazione dal servizio per le diverse motivazioni; mentre l'UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica e l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali hanno implementato la modulistica per le gare di appalto con una dichiarazione dell'operatore economico di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del divieto. Il Direttore dell'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali ha inoltre ritenuto opportuno, in considerazione delle attività svolte all'interno del Servizio, inviare una comunicazione formale ai collaboratori per metterli a conoscenza del divieto di *pantouflage*.

La disposizione normativa è richiamata anche all'interno del corso FAD "L'Anticorruzione facile".

j) Inconferibilità di incarichi a seguito di condanna penale per delitti contro la Pubblica Amministrazione (Art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001)

I Dirigenti responsabili di struttura accertano, mediante la raccolta della dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni previste dall'art. 46 del DPR n. 445/2000, l'insussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nella formazione di commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso, nel conferimento di incarichi dirigenziali e nell'assegnazione di dipendenti agli uffici di cui all'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001.

k) Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito - c.d. whistleblowing (D.lgs. 24 del 10 marzo 2023)

L'AOUI, sulla base delle Linee Guida pubblicate da ANAC con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, aveva adottato con deliberazione n. 769 dell'1 settembre 2016 una specifica procedura per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite all'interno dell'Azienda, che prevedeva la possibilità di segnalare tramite l'invio del modulo cartaceo in doppia busta chiusa o tramite un'apposita casella di posta elettronica accessibile esclusivamente al RPCT e al suo gruppo di lavoro.

A seguito delle modifiche disposte dalla Legge 179/2019 e dell'approvazione delle nuove Linee Guida ANAC, delibera n. 469 del 9 giugno 2021 e dopo aver analizzato aspetti gestionali e di privacy, l'Azienda ha scelto di aderire al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e di Whistleblowing Solutions e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere gli obblighi normativi, aggiornando di conseguenza la procedura aziendale nel PTPC 2022-2024. La piattaforma, attraverso il ricorso a strumenti di crittografia, garantisce la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

Con il D.Lgs. 24/2023 di attuazione delle Direttiva europea 2019/1937 è stata introdotta una nuova disciplina riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni, sostituendo le norme precedenti. La piattaforma WhistleblowingPA è stata tempestivamente adeguata secondo le nuove disposizioni e con deliberazione n. 1002 del 26/09/2024 è stata adottata la nuova "Procedura per il ricevimento e la gestione delle segnalazioni di violazioni del diritto nazionale e dell'Unione Europea di cui si è venuti a conoscenza all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria integrata – Verona (Tutela del whistleblower)", ai sensi del D.Lgs. 24/2023, dandone adeguata informazione alle organizzazioni sindacali ed a tutto il personale dipendente.

L'istituto del whistleblowing è inserito nel Codice di Comportamento aziendale quale dovere del dipendente nella partecipazione all'attuazione della politica di prevenzione della corruzione aziendale ed è ampiamente trattato nel corso di Formazione a Distanza aperto a tutto il personale "L'Anticorruzione facile".

Le istruzioni per inviare una segnalazione di illeciti e la piattaforma sono accessibili dal sito internet aziendale al link dedicato "[Segnalazioni di condotte illecite – Whistleblowing](#)", a cui rimanda anche la sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione.

l) Patti di integrità (Art. 1, comma 17 della L. 190/2012)

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona aderisce ai Protocolli di legalità, che la Regione Veneto sottoscrive con l'Unione delle Provincie del Veneto e l'Associazione regionale Comuni del Veneto, predisponendo i contratti di gara secondo le indicazioni degli stessi e inserendo le specifiche clausole. Il Protocollo di legalità attualmente in vigore è stato sottoscritto in data 09.10.2025 e avrà una durata di tre anni.

AOUI aveva, inoltre, sottoscritto in data 13 agosto 2012 con la Prefettura di Verona uno specifico Protocollo di legalità per i lavori di realizzazione dell'Ospedale del Bambino e della Donna di Borgo Trento, dell'Outpatient clinic e ristrutturazione del monoblocco di Borgo Roma.

m) Rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione (Art. 1, comma 10, lett. c) della L. 190/2012)

Allo stato attuale la condizione oggettiva di carenza di figure dirigenziali e di funzionari rende tale misura di difficile applicazione.

Va infatti evidenziato come l'elevata specializzazione delle professionalità, soprattutto in ambito sanitario, nonché la cronica carenza di personale in tutti gli ambiti professionali non rendano agevole effettuare una sistematica programmazione della rotazione. Per quanto riguarda l'area tecnico-amministrativa i dirigenti assegnati - mediamente uno per struttura - hanno acquisito nel tempo specifiche competenze; la rotazione degli stessi potrebbe comportare nel breve-medio periodo un rallentamento della produttività lavorativa oltre ad esporre l'Amministrazione aziendale a potenziali maggiori rischi, anche in ambito corruttivo, legati alla non completa conoscenza delle procedure.

L'Azienda, in ogni caso, applica il principio di rotazione per le nomine dei componenti delle commissioni di concorso e di gara e nell'affidamento degli incarichi esterni di patrocinio.

Nell'ambito dell'attività libero-professionale è stato istituito, come da norma, un percorso separato e distinto rispetto all'attività istituzionale; le risorse per la gestione operativa dello stesso vengono assegnate prevedendo il principio della rotazione.

Altre misure introdotte sono la segregazione di funzioni nell'assegnazione del ruolo di RUP e di DEC e l'affiancamento al funzionario istruttore di un'altra figura in modo che la decisione finale venga condivisa da più soggetti.

Inoltre, il normale turn over del personale e la riorganizzazione aziendale, iniziata con l'approvazione dell'Atto aziendale di cui alla deliberazione n. 1219/2017, ha reso necessario rivedere l'organico di alcune Strutture con la riassegnazione del personale e, in alcuni casi, del dirigente responsabile. Un ulteriore adeguamento dell'assetto organizzativo aziendale è stato attuato a seguito dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale avvenuta con deliberazione n. 316 del 27/03/2024 e ss.mm.ii..

In ordine alla rotazione straordinaria, ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. 1-quarter del D.Lgs. 165/2001, viene annualmente verificato il ricorso o meno all'attuazione della stessa nei casi di condotte di natura corruttiva. Nel 2025 non si sono verificati eventi corruttivi, pertanto, non è stata necessaria l'applicazione di tale misura.

2.3.1.4 Comunicazione e diffusione

Prima dell'approvazione definitiva il testo del Piano è condiviso con la Direzione Aziendale che ne vaglia i contenuti.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dal PNA e nell'ottica di una maggiore partecipazione dei cittadini, delle associazioni e delle altre forme di organizzazioni portatrici di interessi il PTPC è sottoposto a procedura di consultazione aperta con pubblicazione di un avviso, in primo piano sul portale aziendale, al fine di acquisire proposte e/o osservazioni, che vengono valutate attentamente dal RPCT per l'eventuale recepimento.

Il PTPC viene pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale, inviato all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e diffuso a tutti i dipendenti tramite newsletter. Se ritenuto necessario viene illustrato ai Referenti in un apposito incontro o con l'invio di una presentazione sintetica dei principali contenuti.

2.3.1.5 Monitoraggio e riesame

Il processo di gestione del rischio necessita di un monitoraggio sull'attuazione delle misure previste nel PTPC e di un riesame periodico di tutte le fasi che lo compongono al fine di individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il **monitoraggio** del PTPC è condotto dal RPCT in collaborazione con i Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza. Il RPCT chiede annualmente ai Referenti una relazione dettagliata sulla realizzazione di tutte le misure previste dal Piano e, nel corso dell'anno, si confronta con gli stessi su specifiche attività o obiettivi fornendo supporto per il loro completamento. Inoltre il RPCT organizza, se necessario, incontri con i Referenti per illustrare i risultati raggiunti, la programmazione delle attività, gli aggiornamenti normativi e per agevolare il confronto in merito a criticità e problematiche eventualmente emerse.

I Referenti riportano i risultati delle azioni di riduzione del rischio individuate per la Struttura di appartenenza nella "Scheda di valutazione e trattamento del rischio corruzione" (Allegati da 3 a 23).

I risultati delle misure generali, per l'anno 2025, sono riportati invece nella seguente tabella:

MISURA GENERALE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RISULTATI MONITORAGGIO ATTUAZIONE 2025
a) Trasparenza	Risultato verifica OIV	Responsabili delle Strutture competenti sugli obblighi di pubblicazione oggetto di verifica (Vedi Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027)	Come da Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027	Esito positivo su tutti gli obblighi verificati e su tutti gli aspetti considerati al termine del monitoraggio di novembre 2025
	Risultato verifica Regione Veneto	Responsabili delle Strutture competenti sugli obblighi di pubblicazione oggetto di verifica (Vedi Allegato - Piano della trasparenza 2023-2025)	Come da Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027	Esito positivo su tutti gli obblighi verificati e su tutti gli aspetti considerati
	Raggiungimento obiettivo aziendale di rispetto degli obblighi di pubblicazione (monitoraggio RPCT)	Come da Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027	Come da Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027	Buon livello di adempimento e aggiornamento degli obblighi. In alcuni casi vengono pubblicati anche dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori per maggiore trasparenza (https://at.aovr.veneto.it/Amministrazionetrasparente/)
	Gestione richieste di accesso civico semplice secondo quanto previsto dal Regolamento (evidenza nel Registro degli accessi)	RPCT in collaborazione con Responsabili delle Strutture competenti sugli obblighi di pubblicazione oggetto di accesso (Vedi Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027)	Come da Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027	n.1 richiesta ricevuta riscontrata con l'indicazione dei link di pubblicazione
	Gestione richieste di accesso civico generalizzato secondo quanto previsto dal Regolamento (evidenza nel Registro degli accessi)	Responsabili delle Strutture competenti sui dati oggetto di accesso (Vedi Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027)	Come da Allegato - Piano della trasparenza 2025-2027	n. 5 richieste ricevute di cui n. 3 accolte, n. 2 negate con motivazione (vedi registro accessi)
	Pubblicazione Registro degli accessi	RPCT in collaborazione con UOC Affari Generali che elabora il Registro	Semestralmente come da Regolamento degli accessi	Ultimo aggiornamento: 31/12/2025 (https://at.aovr.veneto.it/Amministrazionetrasparente/Series.aspx?idSeries=1007)
b) Formazione	Erogazione del corso FAD "L'Anticorruzione facile": organizzazione di almeno 2 sessioni	RPCT in collaborazione con UOC Sviluppo per la Professionalità e l'Innovazione	Annualmente	Sono state organizzate due edizioni svoltesi rispettivamente ad aprile e ad ottobre con un totale di 180 partecipanti. I questionari di gradimento hanno raccolto giudizi positivi
	Organizzazione incontri con i Referenti anticorruzione o invio informative	RPCT	In occasione di novità normative o secondo programmazione attività	-2 incontri di analisi e supporto per la valutazione del rischio corruttivo nell'ambito del riesame della gestione del rischio (vedasi verbali). Coinvolte 2 Strutture come da Piano; - Costante collaborazione e confronto con i Referenti anticorruzione (vedasi corrispondenza).
	Altri corsi	RPCT o altre Strutture	Come da Piano aziendale della formazione	E' stata favorita la partecipazione a corsi online messi a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica e alcuni enti regionali anche sugli argomenti di prevenzione della corruzione, codice di comportamento, accesso agli atti. Le Strutture che gestiscono gli appalti hanno promosso la partecipazione a corsi online sul Codice degli appalti e specifici sulle figure del RUP e del DEC
	Relazione dei Referenti anticorruzione al RPCT su partecipazione ai corsi dei propri collaboratori e proposte formative secondo esigenze emerse	Referenti anticorruzione	Annualmente entro data indicata da RPCT	Confermato l'interesse dei Referenti a proporre il corso FAD "L'Anticorruzione facile". Altri argomenti di interesse emersi sono: i controlli di legalità e di regolarità amministrativa, oltre sugli appalti.
c) Codice di Comportamento	Monitoraggio attuazione Codice di Comportamento (Evidenza nella Relazione annuale del RPCT)	RPCT in collaborazione con Ufficio Procedimenti Disciplinari	Entro 31 gennaio	Nessun procedimento disciplinare per eventi corruttivi
	Diffusione Codice di Comportamento attraverso il corso FAD "L'Anticorruzione facile"	RPCT	Erogazione di 2 sessioni annue	Sono state organizzate due edizioni svoltesi rispettivamente ad aprile e ad ottobre con un totale di 180 partecipanti. I questionari di gradimento hanno raccolto giudizi positivi

MISURA GENERALE	INDICATORI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILI ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RISULTATI MONITORAGGIO ATTUAZIONE 2025
d) Comunicazione del termine dei procedimenti	Pubblicazione aggiornamento tabelle procedimenti	RPCT secondo dai forniti dai Referenti nella relazione	Annualmente	Ultimo aggiornamento: marzo 2025 (https://at.aovr.veneto.it/Amministrazionetrasparente/Series.aspx?idSeries=36)
	Monitoraggio sul rispetto dei termini dei procedimenti	RPCT in collaborazione con i Referenti	Annualmente nella relazione al RPCT	Per l'anno 2024: 10 Strutture hanno rispettato i termini per la conclusione nella totalità dei procedimenti 3 Strutture per alcuni procedimenti non hanno rispettato i tempi per la conclusione e hanno previsto misure per il superamento delle criticità
e) Strumenti di controllo e regole di legalità	Attuazione e aggiornamento regolamenti/procedure	Secondo regolamento	Secondo target definiti nello specifico obiettivo	Verifica da effettuare in sede di valutazione degli obiettivi di budget
f) Gestione del conflitto di interessi	Diffusione obblighi conseguenti al conflitto di interessi attraverso corso FAD "L'Anticorruzione facile"	RPCT	2 sessioni annue	Sono state organizzate due edizioni svoltesi rispettivamente ad aprile e ad ottobre con un totale di 180 partecipanti. I questionari di gradimento hanno raccolto giudizi positivi
	Monitoraggio sulla raccolta e verifica delle dichiarazioni	RPCT in collaborazione con i Referenti	Annualmente nella relazione al RPCT	14 Strutture raccolgono dichiarazioni sul conflitto di interessi nell'ambito delle seguenti procedure: concorsi, selezioni interne, gare d'appalto, commissioni di vario tipo, cessazioni di lavoro, attività formative, formazione sponsorizzata, incarichi extraistituzionali, stipula convenzioni, attività libero-professionale, studi profit e no profit, donazioni, collaborazioni a titolo gratuito. Specifiche verifiche sulla veridicità vengono effettuate per: attività extraistituzionale, commissioni di gara, attività libero-professionale, incarichi legali.
g) Disciplina delle attività extraistituzionali	Monitoraggio sulle attività autorizzate e sulle violazioni accertate	RPCT in collaborazione con UOC Gestione Risorse Umane	In corso d'anno con evidenza nella relazione annuale al RPCT	Accertate n.2 violazioni con conseguenti provvedimenti disciplinari.
h) Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice e dirigenziali	Monitoraggio sulle verifiche effettuate e sulle violazioni accertate	RPCT in collaborazione con UOC Gestione Risorse Umane	In corso d'anno con evidenza nella relazione annuale al RPCT	Nessuna violazione accertata
i) Divieto di pantouflage	Acquisizione autocertificazione operatori economici nelle procedure di gare di appalto	Strutture che indicano gare	Per ciascuna gara	Esito positivo della verifica a campione effettuata dal RPCT
	Acquisizione dichiarazioni nelle pratiche di cessazione del rapporto di lavoro dei dipendenti AOUI con poteri autoritativi e negoziali	UOC Gestione Risorse Umane	Per ciascuna cessazione	Esito positivo della verifica a campione effettuata dal RPCT
j) Inconferibilità di incarichi a seguito di condanna penale per delitti contro la Pubblica Amministrazione	Monitoraggio sulle verifiche effettuate e sulle violazioni accertate	RPCT in collaborazione con Referenti anticorruzione	Annualmente nella relazione al RPCT	Nessuna segnalazione esterna, nessuna violazione accertata
k) Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)	Diffusione dell'istituto del whistleblowing attraverso corso FAD "L'Anticorruzione facile"	RPCT	2 sessioni annue	Sono state organizzate due edizioni svoltesi rispettivamente ad aprile e ad ottobre con un totale di 180 partecipanti. I questionari di gradimento hanno raccolto giudizi positivi Sul sito è presente un collegamento ad una pagina in cui vengono fornite tutte le informazioni per effettuare una segnalazione.
l) Patti di integrità	Monitoraggio sull'avvio di azioni di tutela previste da protocolli di legalità o patti di integrità	RPCT in collaborazione con i Referenti	Annualmente nella relazione al RPCT	Nessun avvio azioni di tutela
m) Rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione	Monitoraggio sulle rotazioni effettuate e sull'applicazione della segregazione di funzioni	RPCT in collaborazione con Referenti anticorruzione	Annualmente nella relazione al RPCT	Rotazione: nelle nomine di componenti delle commissioni di gara e concorso, per turn over del personale, in conseguenza alla riorganizzazione, nuove assegnazioni di incarichi di UOC/US. Segregazione di funzioni: affiancamento di più funzionari in alcuni processi decisionali, controlli a più livelli, supervisione delle procedure adottate, separazione tra progettisti e commissari di gara oltre che con chi gestisce l'esecuzione del contratto. Nessuna Struttura ha dovuto applicare la rotazione straordinaria in quanto non si sono verificati eventi corruttivi.

Dal 2022 il **riesame** è svolto dal RPCT, in collaborazione con l'Internal Auditor, incontrando i Referenti per esaminare le "Schede di valutazione e trattamento del rischio corruzione" da loro elaborate (Allegati da 3 a 23) e guidarli nella revisione delle stesse. Da questa azione coordinata è emersa l'esigenza in alcuni casi di descrivere con più chiarezza le attività a rischio corruzione, in altri di individuare ulteriori attività non identificate in un primo momento, e in altri casi ancora di ridefinire le ponderazioni dei rischi alla luce di una più corretta interpretazione degli indicatori e suggerire eventuali azioni di riduzione del rischio corruzione ritenute efficaci.

Negli anni 2022, 2023 e 2024 sono stati incontrati i Responsabili delle seguenti dodici Strutture:

- UOC Direzione Amministrativa di Ospedale
- UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera
- UOC Direzione Medica Ospedaliera per Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi
- UOS Gestione Clienti
- UOS Unità Ricerca Clinica
- UOC Controllo di Gestione
- UOC Affari Generali
- UOC Ufficio Legale
- UOC Qualità, Accredimento e Rischio Clinico
- UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
- UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
- UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo

Nel 2025 sono state sottoposte a riesame le schede dell'UOC Contabilità e Bilancio e della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università. Come già l'anno scorso, per entrambe le strutture è stato tenuto conto dell'aggiornamento della mappatura dei processi (*Audit Universe*) effettuato per i rischi di *compliance*, amministrativo contabile e frode, approvato con deliberazione n. 1303 del 28/12/2023. Gli esiti delle valutazioni e ponderazioni emerse negli incontri sono riscontrabili nelle rispettive schede Allegati 4 e 11.

L'attività proseguirà anche nel prossimo triennio, al fine di sottoporre a riesame tutte le "Schede di valutazione e trattamento del rischio corruzione" (Allegati da 3 a 23) anche alla luce degli aggiornamenti all'elenco dei processi proposti dalla funzione di Internal Auditing.

2.3.2 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi di budget

Gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione dettagliati per il triennio 2026-2028 nella seguente tabella, vengono successivamente declinati per ciascuna Unità operativa nella scheda di budget.

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO	STRUTTURE INTERESSATE	INDICATORI	PROGRAMMAZIONE		
					2026	2027	2028
Promozione della cultura della legalità, della trasparenza e della prevenzione della corruzione	Diffusione e rispetto del Codice di Comportamento	Revisione e diffusione del Codice di Comportamento	UOC Affari generali col supporto del RPCT	Programmazione della formazione	X	X	X
	Formazione generale e specifica per le aree di rischio	Formazione generale	RPCT in collaborazione con UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione	Erogazione del corso FAD "L'Anticorruzione facile" (minimo due sessioni annue)	X	X	X
		Formazione specifica per le aree di rischio	RPCT	Incontri con i Referenti per il riesame della valutazione rischi	X	X	X
	Realizzazione misure di prevenzione della corruzione contenute nel Piano	Rispetto delle indicazioni contenute nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, ed azioni concrete per le aree specifiche individuate dall'ANAC	Tutte le strutture	Riscontri alle richieste del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza; collaborazione ai monitoraggi	X	X	X
	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino	Tutte le strutture responsabili delle pubblicazioni	Risultati verifiche OIV, Regione Veneto e RPCT	X	X	X

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO	STRUTTURE INTERESSATE	INDICATORI	PROGRAMMAZIONE		
					2026	2027	2028
Rafforzamento dell'analisi rischi dalla valutazione al monitoraggio e approfondimento su specifiche aree di rischio	Riesame della valutazione dei rischi	Analisi delle valutazioni condotte da ciascuna Struttura: dalla individuazione delle attività a rischio alla pianificazione delle misure	Internal audit, RPCT, Referenti anticorruzione	Incontri con i Referenti e relativi verbali	X	X	X
	Integrazione con Piano di audit	Rispetto delle azioni definite nell'attività di audit che verrà stabilita dalla Direzione aziendale e dalla regione Veneto	Referenti anticorruzione coinvolti secondo Piano di audit	Definizione e attuazione delle misure di mitigazione dei rischi individuate nell'audit	X	X	X
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	Azioni per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva per farmaci e dispositivi ad alto consumo o alto costo	Direzione Medica Ospedaliera – UOC Farmacia	Attività di monitoraggio, implementazione e condivisione delle azioni correttive con clinici	X	X	X
		Procedura aziendale PAG 63 di regolamentazione dell'informazione scientifica secondo DGR Veneto n. 1624/2023 "indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco, dispositivi medici, e dispositivi diagnostici in vitro nell'ambito del servizio sanitario regionale (SSR)"	UOC Farmacia	Attuazione misure previste	X	X	X
	Ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Regolamento per le sperimentazioni profit e no-profit	UOS Unità Ricerca Clinica	Attuazione regolamento	X	X	X
	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Predisporre e diffondere strumenti multiculturali diretti all'utenza interna (dipendenti dell'AQUI) ed esterna (parenti e dolenti) per facilitare la trasmissione di informazioni relative alla Cella Salme	Direzione Medica Ospedaliera	1. Messa a disposizione dell'utenza di un documento informativo multilingue	X	X	X
				2. Formazione specifica del personale delle Cella Salme			
	Appalti e logistica	Attuazione misure PNRR e adeguamento al nuovo Codice dei contratti D.Las. 36/2023	Strutture coinvolte come da programmazione	Attuazione come da programmazione	X	X	X

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO	STRUTTURE INTERESSATE	INDICATORI	PROGRAMMAZIONE		
					2026	2027	2028
Rafforzamento dell'analisi rischi dalla valutazione al monitoraggio e approfondimento su specifiche aree di rischio	Attività libero professionale e liste di attesa	Monitoraggio dell'attività ALPI: diffusione Regolamento aziendale sulla LP, predisposizione annuale del Piano aziendale per la LP	Direzione Medica Ospedaliera, UOS Gestione Clienti, Organismo Paritetico LP	Trasmissione a tutte le strutture di note di sintesi della normativa/disposizioni	X	X	X
		Monitoraggio sulla corretta gestione degli orari	UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Effettuazione controlli	X	X	X
		Rispetto delle norme su ALPI	UO sanitarie	Rapporto volumi attività ambulatoriale in ALPI/volumi attività ambulatoriale istituzionale	X	X	X
		Vigilanza su liste di attesa	Direzione Medica Ospedaliera e UOC Controllo di Gestione	Verifiche sul rispetto del Piano attuativo	X	X	X
		Pubblicazione sul sito AOUI, sezione Amministrazione Trasparente, delle informazioni relative al rispetto sulle liste di attesa, anche secondo indicazioni Regione Veneto	UOC Controllo di Gestione, Ufficio Gestione Prenotazioni e Direzione Medica Ospedaliera	Risultati monitoraggio RPCT	X	X	X
		Pubblicazione/aggiornamento sul sito AOUI delle informazioni all'utente (modalità di prenotazione, tariffe, offerta prestazioni,...) anche secondo indicazioni Regione Veneto	Ufficio Comunicazione Interna	Verifica pubblicazione/aggiornamento	X	X	X

OBIETTIVO STRATEGICO		OBIETTIVO	STRUTTURE INTERESSATE	INDICATORI	PROGRAMMAZIONE		
					2026	2027	2028
Revisione, ove necessario, dei regolamenti/procedure aziendali che disciplinano attività potenzialmente a rischio corruzione e/o soggette a conflitto di interesse nei seguenti ambiti	Attività formative	Regolamento per le attività formative	UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione	Aggiornamento regolamento	X		
				Attuazione regolamento	X	X	X
	Affidamento incarichi legali	Regolamento affidamento incarichi legali	UOS Ufficio Legale	Attuazione regolamento	X	X	X
	Attività extraistituzionali	Regolamento di disciplina delle attività extraistituzionali	UOC Gestione Risorse Umane, Personale	Attuazione regolamento	X	X	X
	Incarichi e nomine	Regolamento per gli incarichi di funzione	UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Attuazione accordo per attribuzione e graduazione incarichi di funzione	X	X	X
		Criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali	UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Attuazione regolamento	X	X	X
	Pantouflage	Acquisizione dichiarazioni sul divieto di pantouflage	1. Strutture che indicano gare di appalto	1. Acquisizione autocertificazione nelle procedure di appalto	X	X	X
			2. UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	2. Esplicitazione del divieto nelle pratiche di cessazione del rapporto di lavoro dei dipendenti AOUI			

La Relazione della Performance, di cui all'art. 10 del D. Lgs. n. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

2.3.3 Allegati PTPC 2026-2028

Allegato 1	Elenco processi
Allegato 2	Piano della Trasparenza 2026-2028
Allegati da 3 a 23	Schede di valutazione e trattamento del rischio corruzione:
allegato 3	UOC Affari Generali
allegato 4	UOC Contabilità e Bilancio
allegato 5	UOC Controllo di Gestione
allegato 6	UOC Direzione Amministrativa di Ospedale
allegato 7	UOC Direzione delle Professioni Sanitarie
allegato 8	UOC DMO per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera
allegato 9	UOC DMO per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi
allegato 10	UOC Farmacia
allegato 11	UOC Gestione Risorse Umane, Personale in Convenzione e Rapporti con l'Università
allegato 12	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
allegato 13	UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico
allegato 14	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
allegato 15	UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
allegato 16	UOC Sistemi Informativi
allegato 17	UOS Economato e Gestione della Logistica
allegato 18	UOS Gestione Clienti
allegato 19	UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo
allegato 20	UOS Servizio Ingegneria Clinica
allegato 21	UOS Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
allegato 22	UOS Ufficio Legale
allegato 23	UOS Unità Ricerca Clinica

SEZIONE 3 – Organizzazione e capitale umano³⁵

3.1 Struttura organizzativa

3.1.1. Organigramma

L'organizzazione aziendale di AOUI Verona è individuata dall'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 316 del 27/03/2024, modificato con deliberazione n. 1331 del 31/12/2024 e da ultimo con deliberazione n. 839 del 12/08/2025 in conformità alle linee guida ed all'esito dell'iter autorizzativo previsti dalla Regione Veneto con DGRV n. 1306/2017.

AOUI ha adottato l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di organizzazione nonché come strumento abituale di gestione operativa. Il Dipartimento rappresenta la struttura fondamentale per l'organizzazione e la gestione ed è costituito da strutture organizzative che per omogeneità, affinità e complementarietà hanno finalità comuni.

I Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.) assicurano l'esercizio delle funzioni assistenziali, garantendo loro globalità e continuità di prestazioni, integrando tale esercizio con le attività di ricerca e didattiche connesse a quelle assistenziali.

I Dipartimenti in base all'attività e alla collocazione logistica si articolano in:

- Unità Operative, costituite da equipe di dirigenti, con il compito di garantire le attività di diagnosi e cura, sotto la responsabilità di un Direttore di Unità Operativa Complessa o Semplice a valenza dipartimentale;
- Moduli di Attività (MdA), costituiti da gruppi di operatori delle professioni sanitarie che operano in ambienti di lavoro o spazi fisici definiti, con il compito di garantire le attività di assistenza e il supporto al personale medico, coordinati da un Coordinatore di Modulo.

Ciascuna Unità Operativa può operare ordinariamente su più moduli di attività; per converso, un Modulo di Attività può assistere pazienti di più Unità Operative.

Le Unità Operative Complesse rappresentano le aggregazioni più ampie di risorse umane e tecniche. Esse si collocano al più alto livello nell'organizzazione dipartimentale e ricomprendono al loro interno le altre strutture organizzative, appartengono inoltre strutturalmente ad un solo Dipartimento nell'ambito del quale vengono negoziati e fissati gli obiettivi. Le U.O.C. operano in piena autonomia per le specifiche competenze in campo clinico, assistenziale, scientifico, gestionale ed organizzativo, con responsabilità piena dell'utilizzo delle risorse assegnate e degli obiettivi stabiliti.

Le Unità Operative Semplici si distinguono in:

- Unità Semplici a valenza dipartimentale (U.S.D.);
- Unità Semplici (U.S.).

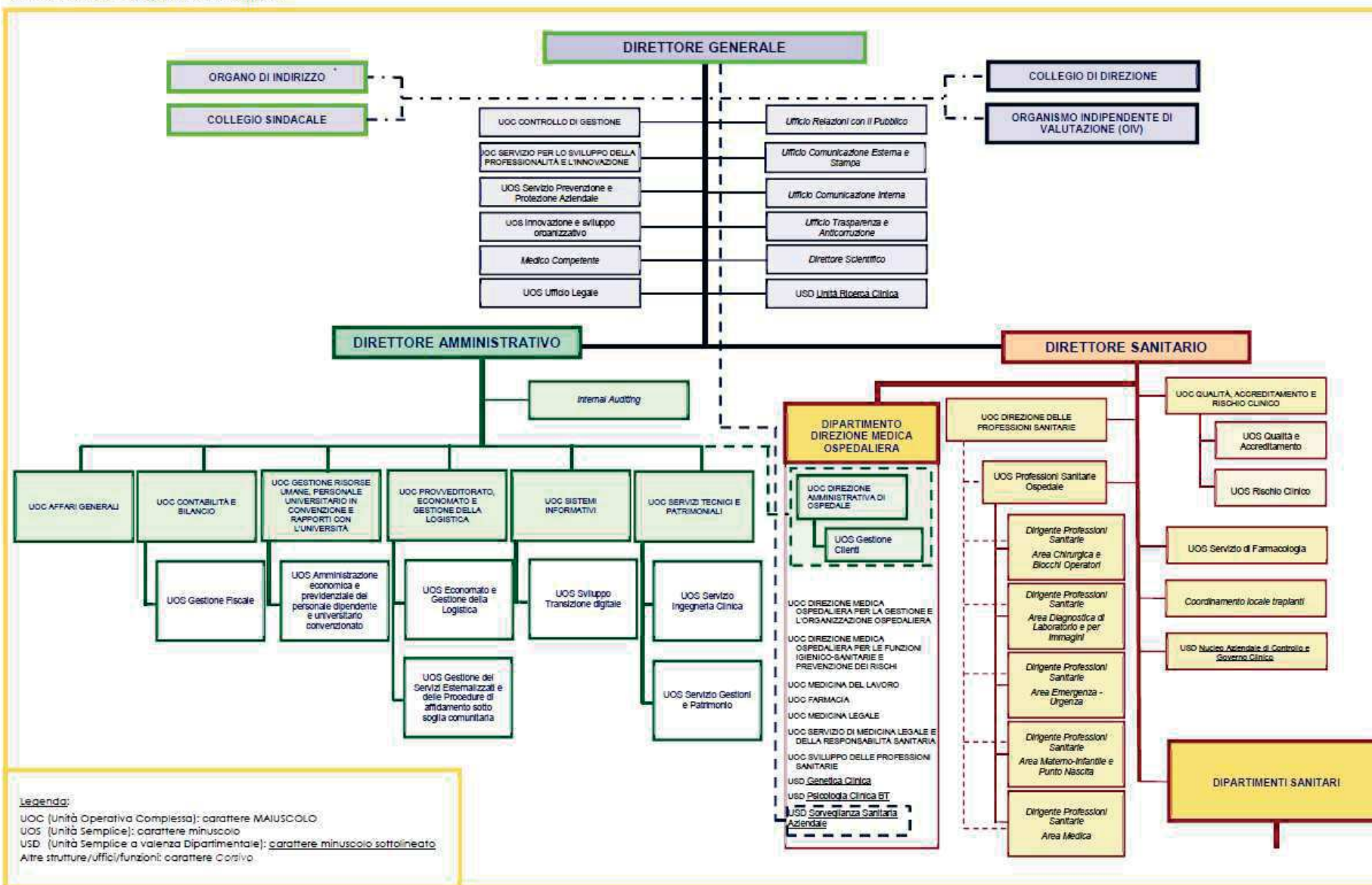
Le U.S.D., in base al protocollo di intesa tra Regione ed Università, sono “dotate di propria autonomia operativa gestionale e di responsabilità, devono trovare fondamento nelle indicazioni della programmazione regionale, nella funzionalità delle prestazioni e nelle esigenze della didattica e della ricerca”. Esse gestiscono le risorse affidate dal Direttore del D.A.I. al quale rispondono in coerenza con le azioni programmate ed esercitate dalle altre U.O.C. del Dipartimento.

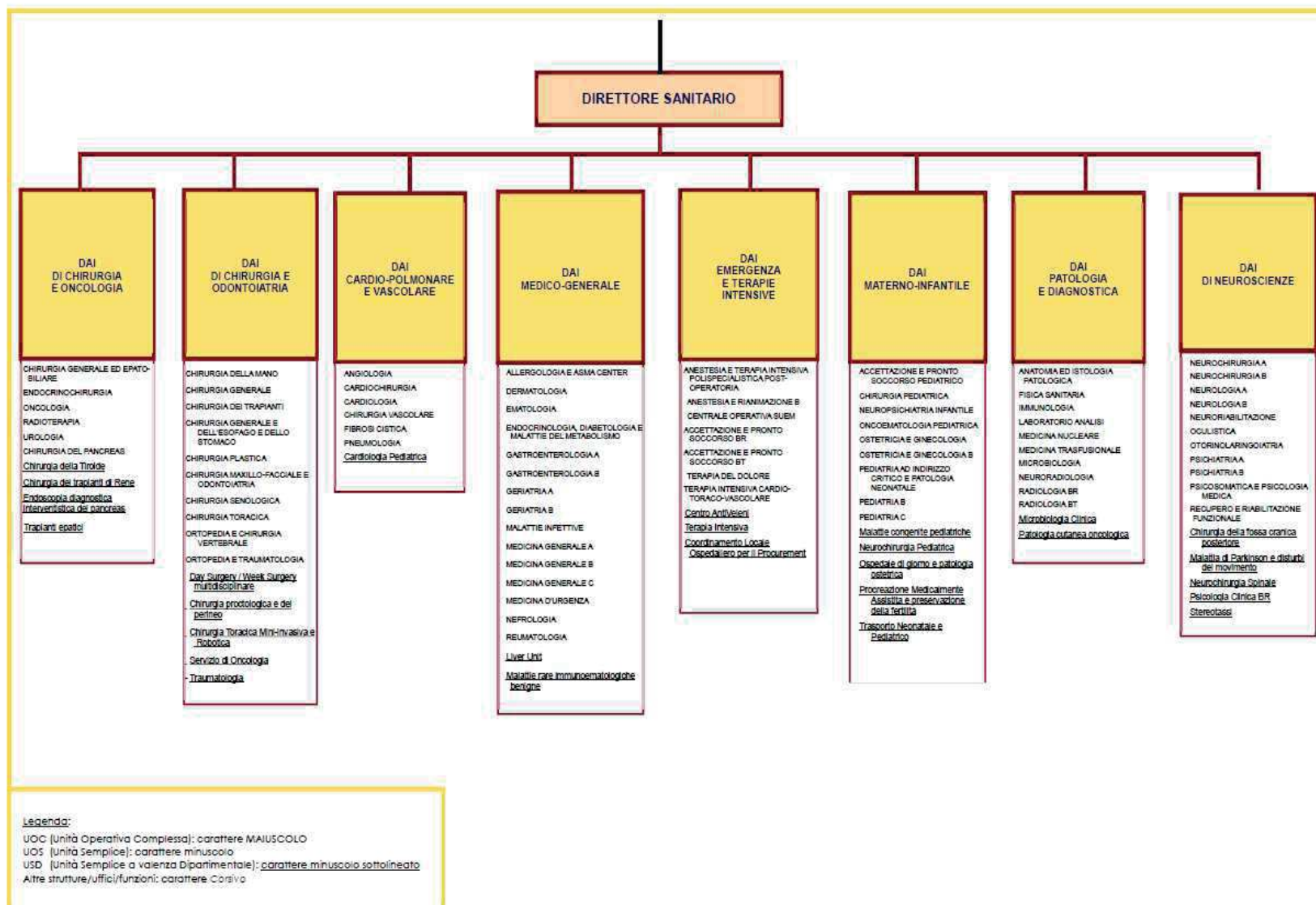
In un quadro di unitarietà funzionale della U.O.C., la U.S. pur non essendo destinataria di budget ha una sua autonomia gestionale per le risorse affidate e comunque motivatamente revocabili dal Direttore dell'Unità Complessa sovraordinata, con la quale opera in piena coerenza e per la quale continua a garantire le attività comuni che le competono.

³⁵ Sezione a cura della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università

Le Unità Semplici a valenza dipartimentale e le Unità Semplici, previste nell'allegato Q dell'Atto Aziendale, sono caratterizzate da specifici e definiti ambiti di autonomia, con correlate responsabilità riguardanti la gestione diretta delle risorse assegnate per il perseguimento degli obiettivi gestionali e di governo clinico.

ALLEGATO E - ORGANIGRAMMA







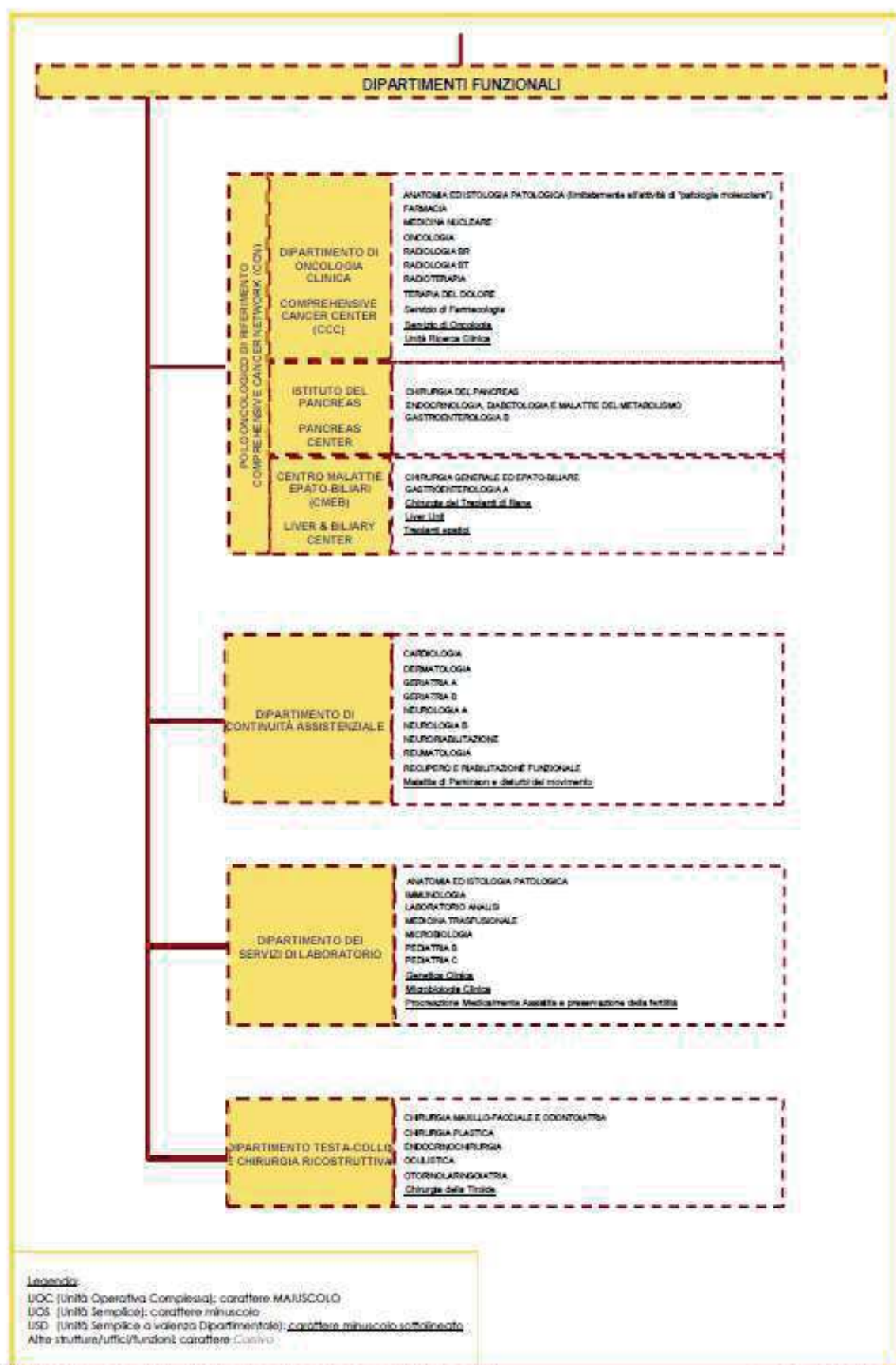
Legenda:

UOC (Unità Operativa Complessa): carattere MAIUSCOLO

UOS (Unità Semplice): carattere minuscolo

USD (Unità Semplice a valenza Dipartimentale): carattere minuscolo sottolineato

Altre strutture/uffici/funzioni: carattere Corsivo



Unità Semplici e Unità Semplici a valenza Dipartimentale

Area Medica e Sanitaria

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
1	DAI Cardio-Polmonare e Vascolare	---	USD	Cardiologia Pediatrica
2	DAI Cardio-Polmonare e Vascolare	Cardiochirurgia	US	Cardiochirurgia Pediatrica
3	DAI Cardio-Polmonare e Vascolare	Cardiochirurgia	US	Trapianti e Assistenza Meccanica
4	DAI Cardio-Polmonare e Vascolare	Cardiologia	US	Emodinamica ed Interventistica Cardiovascolare
5	DAI Cardio-Polmonare e Vascolare	Pneumologia	US	Endoscopia respiratoria
6	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	---	USD	Day Surgery / Week Surgery Multidisciplinare
7	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	---	USD	Traumatologia
8	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	---	USD	Chirurgia Toracica mini-invasiva e robotica
9	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	---	USD	Chirurgia proctologica e del perineo
10	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	---	USD	Servizio di Oncologia
11	DAI di Chirurgia Odontoiatria	Chirurgia Generale e dell'Esofago e dello Stomaco	US	Chirurgia laparoscopica e robotica del tratto gastrointestinale superiore
12	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Plastica	US	Ricostruzione mammaria post-mastectomia
13	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Plastica	US	Terapia chirurgica del piede diabetico
14	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Ortopedia e Traumatologia	US	Traumatologia e chirurgia ricostruttiva post-traumatica
15	DAI di Chirurgia Odontoiatria	Ortopedia e Traumatologia	US	Chirurgia dei disallineamenti spino-pelvici-anca

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
16	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Maxillo-facciale e Odontoiatria	US	Patologia speciale odontostomatologica
17	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Maxillo-facciale e Odontoiatria	US	Pedodonzia e traumatologia dentaria
18	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Maxillo-facciale e Odontoiatria	US	Chirurgia Maxillo-facciale e Odontostomatologia
19	DAI di Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Maxillo-facciale e Odontoiatria	US	Chirurgia Maxillo-facciale pediatrica
20	DAI di Chirurgia e Oncologia	---	USD	Endoscopia diagnostica interventistica del pancreas
21	DAI di Chirurgia e Oncologia	---	USD	Trapianti epatici
22	DAI di Chirurgia e Oncologia	---	USD	Chirurgia dei trapianti di rene
23	DAI di Chirurgia e Oncologia	---	USD	Chirurgia della Tiroide
24	DAI di Chirurgia e Oncologia	Chirurgia Generale ed Epato-biliare	US	Chirurgia colon proctologica
25	DAI di Chirurgia e Oncologia	Chirurgia Generale ed Epato-biliare	US	Chirurgia Mini-invasiva delle malattie epatobiliari
26	DAI di Chirurgia e Oncologia	Oncologia	US	Terapie sperimentali in oncologia
27	DAI di Chirurgia e Oncologia	Radioterapia	US	Coordinamento ed ottimizzazione dell'attività ambulatoriale e di consulenza radioterapica intra ed interaziendale
28	DAI di Chirurgia e Oncologia	Radioterapia	US	Ottimizzazione dell'utilizzo delle moderne tecnologie e modulazione e di IGRT (Image Guided Radiotherapy)

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
29	DAI di Chirurgia e Oncologia	Urologia	US	Chirurgia oncologia urologica
30	DAI di Chirurgia e Oncologia	Urologia	US	Day Surgery Urologico
31	DAI di Neuroscienze	---	USD	Malattia di Parkinson e disturbi del movimento
32	DAI di Neuroscienze	Neurochirurgia B	US	Neurochirurgia Vascolare
33	DAI di Neuroscienze	Neurologia A	US	Neurofisiologia e disturbi del movimento
34	DAI di Neuroscienze	Recupero e Riabilitazione Funzionale	US	Riabilitazione in area critica
35	DAI di Neuroscienze	Neuroriabilitazione	US	Neuroriabilitazione in età pediatrica
36	DAI di Neuroscienze	---	USD	Psicologia Clinica BR
37	DAI di Neuroscienze	---	USD	Neurochirurgia Spinale
38	DAI di Neuroscienze	---	USD	Stereotassi
39	DAI di Neuroscienze	---	USD	Chirurgia della fossa cranica posteriore
40	DAI di Neuroscienze	Psichiatria B	US	Coordinamento attività psicoterapeutiche e riabilitative del Centro di Salute Mentale e del Centro Diurno di Verona Sud
41	DAI di Neuroscienze	Psichiatria B	US	Disturbi alimentari
42	DAI di Neuroscienze	Psichiatria A	US	Salute Mentale Ospedale- Territorio
43	DAI Emergenza e Terapie Intensive	---	USD	Centro AntiVeleni

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
44	DAI Emergenza e Terapie Intensive	---	USD	Terapia intensiva
45	DAI Emergenza e Terapie Intensive	---	USD	Coordinamento Locale Ospedaliero per il Procurement [1]
46	DAI Emergenza e Terapie Intensive	Anestesia e Rianimazione B	US	Programmazione funzionale attività delle Sale Operatorie
47	DAI Emergenza e Terapie Intensive	Terapia del Dolore	US	Ospedale senza dolore - acute pain service
48	DAI Materno-Infantile	---	USD	Malattie congenite pediatriche
49	DAI Materno-Infantile	---	USD	Neurochirurgia Pediatrica
50	DAI Materno-Infantile	---	USD	Ospedale di giorno e patologia ostetrica
51	DAI Materno-Infantile	---	USD	Procreazione Medicalmente Assistita e preservazione della fertilità
52	DAI Materno-Infantile	---	USD	Trasporto Neonatale e Pediatrico
53	DAI Materno-Infantile	Neuropsichiatria Infantile	US	Epilettologia infantile
54	DAI Materno-Infantile	Pediatria B	US	Tecnologia e Diabete
55	DAI Materno-Infantile	Pediatria C	US	I primi mille giorni del bambino per la prevenzione delle patologie non trasmissibili dell'adulto
56	DAI Materno-Infantile	Pediatria ad indirizzo critico e patologia neonatale	US	Ecografia toracica nel lattante e nel bambino in condizioni critiche
57	DAI Medico-Generale	---	USD	Liver Unit
58	DAI Medico-Generale	---	USD	Malattie rare immunoematologiche benigne

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
59	DAI Medico-Generale	Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del metabolismo	US	Piede diabetico
60	DAI Medico-Generale	Gastroenterologia A	US	Endoscopia digestiva
61	DAI Medico-Generale	Gastroenterologia A	US	Gastroenterologia Clinica
62	DAI Medico-Generale	Gastroenterologia A	US	Epatologia e Sviluppo del trapianto di fegato
63	DAI Medico-Generale	Geriatria A	US	Cure palliative intraospedaliere
64	DAI Medico-Generale	Geriatria B	US	Alta Intensità Assistenziale
65	DAI Medico-Generale	Geriatria B	US	Osteoporosi - Patologia dell'osso dell'anziano
66	DAI Medico-Generale	Malattie Infettive	US	Stewardship degli antibiotici nei pazienti ospedalizzati
67	DAI Medico-Generale	Medicina d'Urgenza	US	Endocrinologia
68	DAI Medico-Generale	Medicina d'Urgenza	US	Medicina e Fisiopatologia Respiratoria
69	DAI Medico-Generale	Medicina Generale A	US	Area della Qualità e Coordinatore MDA
70	DAI Medico-Generale	Medicina Generale C	US	Medicina delle Dipendenze
71	DAI Medico-Generale	Medicina Generale C	US	Medicina dello Sport e Malattie scheletriche e degenerative
72	DAI Medico-Generale	Medicina Generale C	US	Unità di Osservazione per pazienti con scompenso cardiaco e sincope
73	DAI Medico-Generale	Nefrologia	US	Emodialisi
74	DAI Medico-Generale	Reumatologia	US	Artriti e connettiviti
75	DAI Patologia e Diagnostica	---	USD	Microbiologia Clinica

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
76	DAI Patologia e Diagnostica	---	USD	Patologia cutanea oncologica
77	DAI Patologia e Diagnostica	Anatomia e Istologia Patologica	US	Istocitopatologia
78	DAI Patologia e Diagnostica	Anatomia e Istologia Patologica	US	Neuropatologia
79	DAI Patologia e Diagnostica	Anatomia e Istologia Patologica	US	Citologia e Diagnostica Mammaria
80	DAI Patologia e Diagnostica	Fisica Sanitaria	US	Fisica Medica in Radioterapia
81	DAI Patologia e Diagnostica	Immunologia	US	Consulenza prevaccinale del Canale Verde e diagnostica immunoallergologica
82	DAI Patologia e Diagnostica	Laboratorio Analisi	US	Diagnostica immunometrica
83	DAI Patologia e Diagnostica	Laboratorio Analisi	US	Diagnostica di laboratorio delle emoglobinopatie
84	DAI Patologia e Diagnostica	Laboratorio Analisi	US	Management della fase pre-analitica interlaboratori
85	DAI Patologia e Diagnostica	Laboratorio Analisi	US	Referente aziendale del sistema informatico dei laboratori (LIS)
86	DAI Patologia e Diagnostica	Medicina Trasfusionale	US	Medicina Trasfusionale sede di Borgo Roma
87	DAI Patologia e Diagnostica	Medicina Trasfusionale	US	Banca dei tessuti e Banca del sangue cordonale
88	DAI Patologia e Diagnostica	Medicina Trasfusionale	US	Immunoematologia eritrocitaria e Patient Blood Management
89	DAI Patologia e Diagnostica	Microbiologia	US	Microbiologia clinica delle infezioni dell'apparato respiratorio e delle infezioni da micobatteri
90	DAI Patologia e Diagnostica	Microbiologia	US	Micologia e sorveglianza microbiologica delle infezioni nosocomiali e coordinamento del progetto, mantenimento della certificazione ISO

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
91	DAI Patologia e Diagnostica	Neuroradiologia	US	Neuroradiologia avanzata diagnostica e interventistica
92	DAI Patologia e Diagnostica	Neuroradiologia	US	Neuroradiologia Terapeutica mediante ultrasuoni focalizzati
93	DAI Patologia e Diagnostica	Radiologia BR	US	Angiografia interventistica
94	DAI Patologia e Diagnostica	Radiologia BR	US	Ecografia del distretto cervico-facciale
95	DAI Patologia e Diagnostica	Radiologia BT	US	Tomografia computerizzata
96	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	---	USD	Genetica Clinica
97	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	---	USD	Psicologia clinica BT
98	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	---	USD	Sorveglianza sanitaria aziendale [2]
99	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	Farmacia	US	Area dispositivi medici: gestione logistica e governo della spesa
100	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	Farmacia	US	Area farmaci: gestione logistica e governo della spesa
101	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	Direzione Medica Ospedaliera per la gestione e l'organizzazione ospedaliera	US	Day Surgery: promozione e valutazione dell'appropriatezza dell'attività di Day Surgery
102	Dipartimento Direzione Medica Ospedaliera	Medicina del Lavoro	US	Malattie professionali
103	Direzione Generale	---	USD	Unità Ricerca Clinica
104	Direzione Sanitaria	---	US	Servizio di Farmacologia
105	Direzione Sanitaria	---	USD	Nucleo Aziendale di Controllo e Governo Clinico

	DAI	UOC	USD/US	Denominazione
106	Direzione Sanitaria	---	US	Servizio per le Professioni Sanitarie[3]
107	Direzione Sanitaria	---	US	Professioni sanitarie ospedale
108	Direzione Sanitaria	Qualità, Accredитamento e Rischio Clinico	US	Qualità e Accredитamento
109	Direzione Sanitaria	Qualità, Accredитamento e Rischio Clinico	US	Rischio Clinico [4]

[1] La funzione di Coordinamento locale trapianti rimane in staff al Direttore Sanitario, come da Organigramma di cui all'Allegato E al presente Atto Aziendale

[2] La USD afferisce funzionalmente al Direttore Generale

[3] La US sarà disattivata contestualmente all'attribuzione dell'incarico di UOC Direzione delle Professioni Sanitarie

[4] La funzione di Risk Manager rimane in staff al Direttore Sanitario

Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

Si riportano di seguito le strutture semplici istituite nell'area professionale, tecnica ed amministrativa (P.T.A.) ai sensi di quanto previsto nell'Allegato A1 alle DGRV n. 1306 del 16.08.2017, nonché quelle individuate in relazione alla specificità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona, al grado di complessità della funzione, all'entità delle risorse gestite, alla complessità dei processi assistenziali e del livello tecnologico, le cui attività e competenze sono descritte nell'Atto Aziendale di AOUI Verona.

	UOC	US	Denominazione
1	Contabilità e Bilancio	US	Gestione Fiscale
2	Direzione Amministrativa di Ospedale	US	Gestione Clienti
3	Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e rapporti con l'Università	US	Amministrazione economica e previdenziale del personale dipendente e universitario convenzionato
4	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	US	Economato e Gestione della Logistica
5	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	US	Gestione dei servizi esternalizzati e delle procedure di affidamento sotto soglia comunitaria
6	Servizi Tecnici e Patrimoniali	US	Servizio Ingegneria Clinica

7	Servizi Tecnici e Patrimoniali	US	Servizio Gestioni e Patrimonio
8	Sistemi Informativi	US	Sviluppo transizione digitale
9	In Staff al Direttore Generale	US	Ufficio Legale
10	In Staff al Direttore Generale	US	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
11	In Staff al Direttore Generale	US	Innovazione e sviluppo organizzativo

Legenda:

USD: struttura semplice dipartimentale

US: struttura semplice

3.1.2 Livelli di responsabilità organizzativa

I livelli di responsabilità organizzativa sono articolati in incarichi dirigenziali ed incarichi di funzione conferibili da questa AOUI Verona in conformità ai CC.CC.NN.LL. rispettivamente al personale dell'Area Dirigenziale (Sanità e PTA) ed all'Area del Comparto.

Gli incarichi dirigenziali sono i seguenti:

- Direzione di Dipartimento;
- Direzione di Unità Operativa Complessa;
- Responsabilità di Unità Operativa Semplice e Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale;
- Incarichi professionali di altissima professionalità introdotti dal CCNL 13.12.2019 dell'Area della Dirigenza Sanità (Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie);
- Incarichi professionali anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica, incarichi professionali in senso stretto.

Tali tipologie di incarichi sono state declinate in Azienda secondo le esigenze organizzative e il peso è stato graduato sulla base dei vari livelli di complessità e valenza strategica.

Per quanto attiene agli incarichi di cui all'art. 22 c. 1 parte I) lett. a) del CCNL 23.01.2024 dell'Area della Dirigenza Sanità (Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie) e di cui all'art. 70 co. 1 lett. a) del CCNL 17.12.2020 dell'Area delle Funzioni Locali le Unità Operative Complesse, Unità Semplici e Unità Dipartimentali oggetto di incarico sono individuate dall'Atto Aziendale.

Relativamente invece al personale del Comparto Sanità, in data 27.10.2025 è stato sottoscritto il CCNL del Comparto Sanità per il triennio 2022-2024 il quale non ha apportato modifiche alla tipologia e natura degli incarichi conferibili al personale del Comparto, i quali pertanto rimangono i seguenti:

- Incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'Area dell'elevata qualificazione;
- Incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'Area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'Area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'Area degli assistenti e nell'Area degli operatori.

Nell'ambito del processo inerente la definizione dei profili di ruolo l'Amministrazione individua i profili professionali del proprio personale tenuto conto delle aree o categorie giuridiche del sistema di classificazione previsti dai Contratti collettivi nazionali e dalle disposizioni di legge ed ha definito specifici profili di ruolo per il personale dell'Area della Dirigenza e del Comparto mediante l'approvazione di una mappatura e graduazione sia degli incarichi dirigenziali che degli incarichi di funzione, come descritto più nel dettaglio nei successivi paragrafi.

AOUI Verona mediante il sopra indicato sistema degli incarichi dirigenziali e di funzione implementa pertanto la propria organizzazione aziendale; la definizione e sviluppo dei profili di ruolo consente altresì all'Azienda di pervenire ad una organizzazione efficace ed efficiente ed assicurare al meglio l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, anche a fronte dell'aggiornamento e definizione degli stessi.

AOUI Verona valorizza inoltre il proprio capitale umano, tenendo conto anche dei vincoli di contenimento della spesa, mediante politiche del personale coerenti con la visione, i valori e la missione aziendali. Tale processo di valorizzazione, che riguarda tutte le aree professionali operanti in azienda, si sviluppa nel rispetto della disciplina nazionale, regionale e dei contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti in materia.

Con riferimento al reclutamento del personale l'azienda pianifica l'acquisizione delle risorse umane coerentemente con i bisogni dell'organizzazione e nel pieno rispetto delle indicazioni regionali mediante turnover selettivo, razionalizzando il processo di reclutamento, favorendo i processi di mobilità ed il lavoro flessibile in ogni forma consentita dalla legge.

L'Amministrazione persegue altresì lo sviluppo professionale delle risorse con l'obiettivo di adeguare le professionalità esistenti alle mutate esigenze organizzative e sociali mediante percorsi formativi coerenti, tendendo all'allineamento tra i piani di sviluppo aziendale e i progetti di sviluppo individuali.

L'Azienda valorizza pertanto la formazione e l'aggiornamento del personale, considerati quali strumenti strategici per la realizzazione delle politiche Aziendali, nonché per la crescita professionale e la valorizzazione delle competenze e delle potenzialità del personale dipendente.

3.1.3 Sviluppo professionale e profili di ruolo

AOUI promuove lo sviluppo professionale dei dipendenti e il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini e delle competenze di ciascuno di essi, attraverso l'istituzione di un sistema finalizzato all'attribuzione di incarichi dirigenziali e di funzione, sulla base del proprio ordinamento, delle leggi regionali di organizzazione nonché delle scelte di programmazione sanitaria nazionale e regionale, garantendo nell'attribuzione degli stessi criteri di oggettività e imparzialità.

I sistemi di attribuzione degli incarichi delineati, in particolare, si basano sui principi di autonomia, responsabilità e valorizzazione del merito e delle prestazioni professionali e sono funzionali ad un'efficace e proficua organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria; tengono inoltre conto della professionalità e della competenza conseguita dai singoli dipendenti.

3.1.3.1 Incarichi dirigenziali

A) Incarichi dirigenziali Area sanità

Le tipologie di incarichi dirigenziali conferibili al personale della Dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie sono, secondo quanto previsto dall'art. 22 CCNL Dirigenza Area Sanità 2019-2021 i seguenti:

INCARICHI GESTIONALI	INCARICHI PROFESSIONALI
Direzione di Struttura Complessa	Altissima Professionalità a. a valenza Dipartimentale b. quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale
Direzione di Struttura Semplice a valenza dipartimentale o distrettuale	Alta Specializzazione
Direzione di Struttura Semplice quale articolazione interna di struttura complessa	Professionale, di Consulenza, di Studio, di Ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo
	Iniziale

Per quanto concerne gli incarichi professionali, l'art. 22 del CCNL Dirigenza Area Sanità 2019-2021, prevede che ai dirigenti sanitari, anche neo-assunti, dopo il periodo di prova, debba essere conferito un incarico dirigenziale. Ai dirigenti con meno di cinque anni di effettiva anzianità sono conferiti solo incarichi professionali iniziali; per i Dirigenti con almeno cinque anni di anzianità, il procedimento di valutazione deve essere avviato almeno 30 giorni prima della maturazione del quinquennio e deve concludersi, ai sensi della medesima disposizione, immediatamente dopo tale maturazione. Entro e non oltre sessanta giorni dall'avvenuta predetta verifica e valutazione, ferma restando la necessità di valutazione positiva, deve essere conferito, in relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare nonché alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, una delle seguenti tipologie di incarico:

- senza attivazione della procedura di cui all'art. 23, comma 9, CCNL Dirigenza Area Sanità 2019-2021, l'incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;
- con l'attivazione della procedura di selezione interna, di cui all'art. 23, comma 9, CCNL Dirigenza Area Sanità: un incarico, diverso dall'incarico professionale iniziale e dall'incarico di cui all'art. 22, c. 9, par. II, lett. c), tra quelli di cui al comma 1, par. I, lett. b) e c) e par. II lett. a) e b) cui possono partecipare anche i Dirigenti già titolari di un incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo.

Con riferimento all'individuazione, graduazione e attribuzione degli incarichi professionali di cui sopra l'AOUI Verona con deliberazione del Direttore Generale n. 799 del 08.08.2025 ha preso atto della sottoscrizione avvenuta il 03/07/2025 del Contratto Integrativo Aziendale del CCNL 23/01/2024 nel quale risulta ricompreso il Verbale di confronto concernente l'"Individuazione, graduazione delle funzioni dirigenziali e determinazione del valore economico della correlata posizione; Individuazione dei criteri e delle procedure per l'affidamento degli incarichi dirigenziali" recante, tra l'altro, il numero massimo di incarichi

istituibili di Altissima Professionalità di cui all'art. 22, c. 1, par. II, lett. a), a1) e a2) del CCNL 23/01/2024, da assegnare, mediante espletamento di apposite selezioni interne.

Con riferimento al numero di incarichi professionali di Altissima Professionalità definito con la Contrattazione Integrativa Aziendale del 03/07/2025 va osservato che l'art. 22, comma 4, CCNL 23/01/2024 Dirigenza Area Sanità 2019-2021 prevede che il numero di posizioni dirigenziali da istituirsi presso ciascuna Azienda non può superare:

- per gli incarichi di "altissima professionalità a valenza dipartimentale" il 5% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi professionali di cui al comma 1 par. II lett. b) e c) conferiti complessivamente a livello aziendale;
- per gli incarichi professionali di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa ovvero di struttura semplice anche a valenza dipartimentale di cui al comma 1 par. II lett. a2): il 10% (arrotondato all'unità superiore) del numero degli incarichi di natura professionale di cui al comma 1 par. II lett. b) e c) conferiti complessivamente a livello aziendale.

Stante quanto sopra nell'ambito della nuova contrattazione integrativa aziendale è stato ridefinito il numero di incarichi dirigenziali di Altissima Professionalità istituibili presso questa AOUI Verona, in particolare:

- n. 25 incarichi di Altissima Professionalità a valenza Dipartimentale;
- n. 50 incarichi di Altissima Professionalità quale articolazione interna di UOC.

Per quanto attiene agli incarichi dirigenziali di tipo gestionale di cui all'art. 22, c. 1, par. I, CCNL 23/01/2024 Dirigenza Area Sanità 2019-2021 la graduazione degli stessi è stata definita con deliberazione del Direttore Generale n. 894 del 08/09/2022 e sulla base dell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 316 del 27/03/2024, modificato con deliberazione n. 1331 del 31/12/2024 e da ultimo con deliberazione n. 839 del 12/08/2025.

Per quanto attiene alle procedure per l'affidamento degli incarichi gestionali nella Dirigenza Area Sanità (Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie) di cui all'art. 22 co. 1 punto 1) CCNL 23.01.2024 si rappresenta che per il conferimento degli incarichi di cui alla lettera a) di "Direzione di Struttura Complessa" si procede con le procedure previste dal DPR 484/1997 e s.m.i., nonché da quanto stabilito in materia dal decreto legislativo 502/1992 e ss.mm.ii., dalla D.G.R. n. 1096/2022 e dalla D.G.R. n. 1475/2024. Per l'incarico di Direttore di UOC Direzione delle Professioni Sanitarie il riferimento è invece la DGRV n. 1475 del 12.12.2024.

AOUI anche per l'anno 2026 potrà provvedere ad attribuire gli incarichi di Direzione di UOC vacanti in relazione alle eventuali autorizzazioni regionali pervenute; alcune procedure di copertura dei posti sono già in corso di espletamento e di ciò è stato data evidenza nella seguente tabella riassuntiva:

UOC	A direzione Ospedaliera	A direzione Universitaria	Note
Angiologia	x		incarico da attribuire
Chirurgia dei Trapianti	x		incarico da attribuire
Endocrinochirurgia	x		incarico da attribuire
Psichiatria A	x		UOC non ancora trasferita dall'ULSS 9
Allergologia e Asma Center		x	incarico da attribuire
Radiologia BT	x		Procedura indetta, in fase di espletamento nel 2026
Servizio di Medicina Legale e della Responsabilità Sanitaria	x		incarico da attribuire
Direzione delle Professioni Sanitarie	x		Procedura indetta, in fase di espletamento nel 2026
Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico	x		Procedura indetta, in fase di espletamento nel 2026
Farmacia	x		Procedura per la sostituzione a tempo determinato in fase di espletamento nel 2026
UOC CHIRURGIA GENERALE	x		indizione nel corso del 2026
UOC DMO PER LE FUNZIONI IGIENICO SANITARIE E PREVENZIONE DEI RISCHI	x		indizione nel corso del 2026
UOC MEDICINA TRASFUSIONALE	x		indizione nel corso del 2026

Nel corso del 2026 si renderanno altresì vacanti le seguenti UOC a direzione Universitaria: UOC Ortopedia e Traumatologia; UOC Maxillofacciale e Odontoiatria; UOC Anatomia ed Istologia patologica; UOC Geriatria B nonché l'USD Liver Unit.

Nell'anno 2025 sono invece stati conferiti gli incarichi di direzione delle seguenti UOC:

a) con riferimento alle UOC afferenti all'Area Sanità a direzione universitaria: UOC Terapia del Dolore, UOC Psichiatria B, UOC Medicina Generale C, UOC Oculistica, UOC Ostetricia e Ginecologia, UOC Nefrologia, UOC Chirurgia Pediatrica;

b) con riferimento alle UOC afferenti all'Area Sanità a direzione ospedaliera: UOC Anestesia e Terapia intensiva polispecialistica post-operatoria, UOC Medicina Nucleare (l'incarico è stato conferito, il vincitore prenderà servizio nel corso del 2026), UOC Radioterapia (l'incarico è stato conferito, il vincitore prenderà servizio entro il primo trimestre del 2026).

Con riferimento invece agli incarichi di cui all'art. 22 co. 1 punto l) lettere b) di "Direzione Struttura Semplice a valenza Dipartimentale" e lettera c) "Direzione di Struttura Semplice", gli stessi sono conferiti dal Direttore Generale, previo parere del Direttore Sanitario, secondo quanto previsto dall'art. 22 del CCNL 23/01/2024 previo svolgimento di avviso di selezione interna. Questa AOUI Verona anche per l'anno 2026 potrà attribuire gli incarichi di Direzione delle USD e UOS vacanti (come di seguito elencate), previa valutazione di compatibilità rispetto alla programmazione aziendale. Alcune procedure di copertura dei posti sono già in corso di espletamento e di ciò è stato data evidenza nella seguente tabella riassuntiva:

USD	Note
Day Surgery/Week Surgery/Multidisciplinare	incarico da attribuire
Servizio di Oncologia	In corso di espletamento
Endoscopia diagnostica interventistica del pancreas	incarico da attribuire
Chirurgia dei trapianti di rene	incarico da attribuire
Chirurgia della Tiroide	incarico da attribuire
Malattia di Parkinson e Disturbi del Movimento	incarico da attribuire
Terapia Intensiva	incarico da attribuire
Coordinamento Locale Ospedaliero per il Procurement	In corso di espletamento
Ospedale di giorno e patologia ostetrica	In corso di espletamento
Malattie congenite pediatriche	incarico da attribuire
Neurochirurgia pediatrica	incarico da attribuire
Genetica Clinica	In corso di espletamento
Psicologia Clinica BT	incarico da attribuire
Microbiologia Clinica	incarico da

USD	Note
Day Surgery/Week Surgery/Multidisciplinare	incarico da attribuire
Servizio di Oncologia	In corso di espletamento
Endoscopia diagnostica interventistica del pancreas	incarico da attribuire
Chirurgia dei trapianti di rene	incarico da attribuire
Chirurgia della Tiroide	incarico da attribuire
Malattia di Parkinson e Disturbi del Movimento	incarico da attribuire
	attribuire
Patologia cutanea oncologica	incarico da attribuire
Unità Ricerca Clinica	In corso di espletamento
Nucleo Aziendale di Controllo e Governo Clinico	incarico da attribuire

US	Note
Cardiochirurgia Pediatrica	In corso di espletamento
Endoscopia respiratoria	incarico da attribuire
Traumatologia e chirurgia ricostruttiva post-traumatica	incarico da attribuire
Patologia speciale odontostomatologica	incarico da attribuire
Pedodonzia e traumatologia dentaria	incarico da attribuire
Chirurgia Maxillo-facciale e Odontostomatologia	incarico da attribuire
Chirurgia Maxillo-facciale pediatrica	incarico da attribuire
Chirurgia oncologia urologica	incarico da attribuire
Day Surgery Urologico	incarico da attribuire
Neurochirurgia Vascolare	incarico da attribuire
Neuroriabilitazione in età pediatrica	incarico da attribuire
Disturbi Alimentari	In corso di espletamento
Salute Mentale Ospedale- Territorio	incarico da attribuire
Ospedale senza dolore - acute pain service	incarico da attribuire
Ecografia toracica nel lattante e nel bambino in condizioni critiche	In corso di espletamento
Epatologia e Sviluppo del trapianto di fegato	incarico da attribuire
Cure palliative intraospedaliere	incarico da attribuire
Stewardship degli antibiotici nei pazienti ospedalizzati	incarico da attribuire
Endocrinologia	incarico da attribuire

US	Note
Medicina dello Sport e Malattie scheletriche e degenerative	incarico da attribuire
Emodialisi	incarico da attribuire
Istocitopatologia	incarico da attribuire
Micologia e sorveglianza microbiologica delle infezioni nosocomiali e coordinamento del progetto, mantenimento della certificazione ISO	incarico da attribuire
Neuroradiologia avanzata diagnostica e interventistica	incarico da attribuire
Tomografia computerizzata	In corso di espletamento
Day Surgery: promozione e valutazione dell'appropriatezza dell'attività di Day Surgery	incarico da attribuire
Malattie professionali	incarico da attribuire
Qualità e Accreditamento	In corso di espletamento
Rischio Clinico	incarico da attribuire

B) Incarichi dirigenziali Area amministrativa, Professionale e Tecnica

Lo sviluppo della carriera professionale del personale dirigente dell'Area Amministrativa, Professionale e Tecnica è definito degli artt. 69 e successivi del C.C.N.L. Area Funzioni Locali triennio 2016-2018. L'AOUI con deliberazione n. 460 del 28/04/2022 ha preso atto della sottoscrizione in data 22/03/2022, tra l'amministrazione e le organizzazioni sindacali, del verbale di confronto ex art. 64 co. 1 lett a) e d) "Individuazione, graduazione delle funzioni dirigenziali e determinazione del valore economico della correlata posizione; individuazione dei criteri e procedure per l'affidamento degli incarichi dirigenziali". Tale verbale di confronto è stato confermato e nuovamente sottoscritto stante l'entrata in vigore a decorrere dal 16/07/2024 del nuovo CCNL dell'Area Funzioni Locali Triennio 2019 – 2021. In applicazione di quest'ultimo AOUI Verona procederà, nel corso del 2026, a conferire e/o confermare gli incarichi correlati alle funzioni aziendali in argomento secondo le procedure e con le modalità prevista dal capo II, titolo III, art. 69, 70 e 71 del CCNL 17/12/2020, tenuto conto anche della modifica dell'atto aziendale di cui alle deliberazioni del Direttore Generale n. 316 del 27/03/2024 e n. 1331 del 31/12/2024 e, da ultimo, con deliberazione n. 839 del 12/08/2025. Nel corso del 2025 è stato conferito l'incarico di direzione dell'UOC Servizio per lo sviluppo della Professionalità e l'Innovazione (a direzione universitaria), dell'UOC Sistemi Informativi (a direzione ospedaliera) e, con decorrenza dal 01/01/2026, è stato conferito anche l'incarico di Responsabile dell'US "Gestione dei Servizi externalizzati e delle Procedure di affidamento sotto soglia comunitaria".

AOUI potrà inoltre provvedere, nel corso del 2026, ad emanare gli avvisi di selezione per il conferimento degli incarichi vacanti di cui alla seguente tabella:

	UOC
	Gestione Risorse Umane, Personale universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università
	US
	Gestione Fiscale
	Servizio Gestioni e Patrimonio
	Sviluppo e Transizione Digitale
	Economato e Gestione della Logistica
	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (procedura in corso di espletamento)

3.1.3.2 Incarichi nel Comparto sanità e progressioni verticali tra le Aree

Il CCNL Comparto Sanità del 27.10.2025 ha sostanzialmente confermato, con riferimento al sistema degli incarichi, l'impianto delineato dal precedente CCNL relativo al personale del Comparto Sanità triennio 2019-2021.

Nelle more della sottoscrizione del nuovo Accordo integrativo aziendale in materia di incarichi di funzione, rimane applicabile il Contratto Integrativo Aziendale sottoscritto in data 21.11.2023, attuativo delle disposizioni oggetto di confronto con le OO.SS. ai sensi dell'art. 6, comma 3 lett. d) ed e) del C.C.N.L. 02.11.2022, ovvero i "Criteri per il conferimento, la revoca, nonché per la graduazione degli incarichi di funzione ai sensi del Capo III del C.C.N.L. 02.11.2022" di cui al Verbale di contrattazione integrativa aziendale n. 3), recepito con Deliberazione n. 1184 del 23/11/2023.

Con il "Regolamento per l'attuazione delle disposizioni relative all'istituto degli "incarichi" di cui al Capo III Titolo III del CCNL 02.11.2022", allegato al citato Verbale di contrattazione n. 3 del 21.11.2023, è stata dettata la disciplina che regola le procedure di conferimento degli incarichi in parola.

Gli incarichi di funzione, nella loro diversa tipologia "di organizzazione" e "professionali", del personale dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari del Ruolo Amministrativo, Tecnico e Professionale, sono stati individuati e graduati con deliberazione n. 1199 del 30/11/2023, successivamente modificata con deliberazione n. 392 dell'11/04/2024 ai fini dell'adeguamento degli stessi all'atto aziendale approvato con deliberazione n. 316 del 27/03/2024.

Per quanto riguarda gli incarichi di funzione dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari del Ruolo sanitario, quelli di tipologia organizzativa sono stati inizialmente individuati e graduati con deliberazione del Direttore Generale n. 330 del 27/03/2024. Successivamente con deliberazione n. 465 del 16/05/2025 si è proceduto alla ricognizione e approvazione di una nuova graduazione ai fini dell'adeguamento degli stessi all'atto aziendale approvato con deliberazione n. 316 del 27/03/2024 e ss. mm. e ii..

Gli incarichi di funzione di tipologia professionale sono stati mappati e graduati con deliberazione del Direttore Generale n. 1229 dell'11/12/2024.

L'Azienda con deliberazione del Direttore Generale n. 107 del 11/02/2025 ha provveduto ad individuare e graduare gli incarichi di funzione dell'Area degli Assistenti e degli Operatori del personale del Ruolo Amministrativo, Tecnico e Professionale e, sempre nel corso del 2025, ha provveduto al conferimento degli stessi.

Nel corso del 2026 AOUI proseguirà al conferimento degli incarichi organizzativi e professionali del personale dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari del Ruolo Amministrativo,

Tecnico e Professionale e al conferimento degli incarichi organizzativi e professionali dell'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari del Ruolo Sanitario, in conformità alla mappatura aziendale come sopra descritta, ai fini di una completa e efficiente organizzazione dei servizi al fine di rispondere all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) richiesti dai cittadini.

Nel corso del 2025, a seguito della sottoscrizione con le Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità del verbale di confronto n. 14 avente ad oggetto il "Regolamento per le progressioni tra le aree ai sensi degli artt. 20 e 21 del CCNL 02/11/2022", AOUI Verona ha attivato le progressioni tra Aree di cui agli artt. 20 e 21 CCNL Comparto Sanità 02/11/2022 del personale tecnico e amministrativo.

In particolare, considerate le esigenze organizzative dei Direttori UU.OO.CC. e dei Responsabili di UOS dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa e valutate le esperienze e professionalità maturate dal personale ed effettivamente utilizzate dall'Azienda, ha individuato le seguenti posizioni oggetto di procedure selettive per le progressioni tra Aree:

- per il Ruolo Amministrativo: n. 15 posti per le Progressioni dall'Area del Personale di Supporto all'Area degli Operatori; n. 12 posti per le Progressioni dall'Area degli Operatori all'Area degli Assistenti; n. 10 posti per le Progressioni dall'Area degli Assistenti all'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari.

- per il Ruolo Tecnico: n. 1 posti per le Progressioni dall'Area del Personale di Supporto all'Area degli Operatori; n. 3 posti per le Progressioni dall'Area degli Operatori all'Area degli Assistenti; n. 6 posti per le Progressioni dall'Area degli Assistenti all'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari.

Le procedure selettive precitate indette con deliberazioni n. 684 e 685 del 26/06/2025, concluse al 31.12.2025, hanno consentito il passaggio tra Aree del Personale selezionato a decorrere dal 02/01/2026.

Poichè tale procedura è stata estesa dal nuovo CCNL Comparto Sanità del 27/10/2025 fino al 31.12.2026, questa AOUI Verona valuterà l'opportunità di attivare le stesse anche nel corso del 2026, tenuto conto delle risorse disponibili e nei limiti del tetto di spesa; in primo luogo con riferimento al personale del Ruolo tecnico e del Ruolo Amministrativo e in un secondo momento, a seguito dell'introduzione del nuovo profilo di Assistente Infermiere (novità dell'ultimo CCNL del 27.10.2025), anche del personale appartenente al Ruolo Sociosanitario.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Livello di attuazione del lavoro agile

1.a) La disciplina del lavoro agile e telelavoro con riferimento al Comparto Sanità

La disciplina del lavoro agile (o smart-working) e del telelavoro domiciliare è stata per la prima volta oggetto di regolamentazione a livello di Contrattazione Collettiva, con riferimento al personale del Comparto Sanità, nel Titolo VI, Capo I, del C.C.N.L. del 02.11.2022 relativo al triennio 2019-2021; successivamente il CCNL del 27.10.2025 ha sostanzialmente confermato l'istituto, apportandovi qualche (minima) modifica.

Nel corso del 2025 AOUI Verona ha dato applicazione al Regolamento aziendale in materia di lavoro a distanza adottato con deliberazione n. 816 del 02/08/2024; in particolare è stata effettuata una mappatura delle postazioni di lavoro a distanza attivabili in ciascun servizio aziendale, tenuto conto del numero massimo di postazioni "remotizzabili" nel rispetto della

percentuale massima prevista nel Regolamento (10% dei dipendenti in servizio) e della presenza, nei singoli servizi, di attività e mansioni passibili di lavoro a distanza e, contestualmente, è stata predisposta la modulistica aziendale per consentire l'operatività dell'istituto.

Va premesso che all'interno del termine "lavoro a distanza" vanno distinti due diversi istituti: il lavoro agile (o smart working) e il lavoro da remoto (o telelavoro domiciliare).

Infatti, sebbene entrambi rispondano ad una logica comune di conciliazione vita/lavoro, con il Regolamento aziendale si è voluto attribuire una specifica e differente funzione ai due strumenti, al fine di rispondere ad esigenze diverse del lavoratore.

Mentre il telelavoro è stato pensato per venire incontro soprattutto a lavoratori che versano in situazioni "croniche" o comunque non estemporanee (ad. esempio, a titolo non esaustivo, lavoratori che abitano lontano dalla sede lavorativa, o dipendenti affetti da handicap), il lavoro agile (sebbene risponda comunque a logiche di agevolazione di determinate categorie di dipendenti) è pensato per far fronte anche ad altre esigenze, più limitate nel tempo.

Ed infatti:

- per lo smart-working la durata massima stabilita nel Regolamento è inferiore rispetto a quella prevista per il telelavoro (12 mesi lavoro agile – 3 anni telelavoro);
- sono state previste nel Regolamento modalità più snelle di accesso per lo smart-working rispetto al telelavoro (scheda progetto sottoscritta dal Responsabile per il singolo dipendente richiedente l'accesso all'istituto del lavoro agile, mentre per accedere al telelavoro è necessario il previo esperimento di una procedura selettiva interna).

Infatti, solo per il lavoro agile, i dipendenti che intendano presentare domanda per accedere a questo istituto devono compilare una "Scheda progetto" insieme al proprio Responsabile, nella quale vengono indicati, tra l'altro, i contenuti dell'attività svolta in lavoro agile, i criteri per la misurazione e la verifica delle mansioni svolte, la durata del progetto e la strumentazione utilizzata (se di proprietà aziendale o del dipendente). Se la strumentazione è di proprietà del dipendente quest'ultimo deve indicare il sistema operativo utilizzato e l'antivirus installato sul computer, al fine della successiva verifica da parte del Servizio Sistemi Informativi in ordine all'idoneità della strumentazione stessa.

Un'ulteriore differenza tra i due istituti è costituita dall'organizzazione dell'orario di lavoro: mentre il telelavoro comporta una c.d. delocalizzazione dell'attività lavorativa, con mutamento del luogo di svolgimento della prestazione (dalla sede di lavoro aziendale al domicilio), con invarianza delle fasce orarie di svolgimento della prestazione lavorativa (il lavoratore svolge lo stesso orario che svolgeva in ufficio), il lavoro agile risponde a delle logiche di maggiore flessibilità, in quanto consente al lavoratore di organizzare la propria prestazione lavorativa durante la giornata con orari diversi rispetto a quelli che farebbe in sede, garantendo comunque una fascia di contattabilità (definita nel singolo contratto e stabilita in accordo con il Responsabile) che può essere diversa da dipendente a dipendente a seconda delle mansioni svolte riportate nella "scheda progetto".

Occorre altresì menzionare gli elementi di similitudine tra i due istituti, con particolare riferimento:

- alle prestazioni passibili di svolgimento da remoto, meglio precisate nel Regolamento Aziendale; in particolare, sono escluse le prestazioni articolate su turni, o che richiedano la necessaria presenza del lavoratore in sede o l'utilizzo di strumentazione non remotizzabile;
- al principio del consenso, in quanto per l'accesso ad entrambi gli strumenti è necessario un accordo scritto tra le parti;

- al luogo della prestazione lavorativa, di norma il domicilio/residenza del dipendente (da indicarsi nell'accordo);
- ai casi di giustificato motivo di recesso, individuati dettagliatamente nel Regolamento (es. mancata osservanza delle disposizioni in materia di salute e sicurezza, trasferimento interno o cambio di mansioni, mancato rispetto delle fasce di contattabilità, etc..);
- alle modalità di monitoraggio, da parte del Responsabile, in ordine alla prestazione resa dal lavoratore in lavoro agile/telelavoro, mediante la verifica, a cadenza programmata, delle attività e prestazioni svolte dallo stesso.

3.2.2 Il lavoro agile e lavoro da remoto per la Dirigenza dell'Area Sanità e Dirigenza dell'Area Funzioni Locali (Dirigenza PTA)

Il CCNL Dirigenza Area Sanità del 23/01/2024 regola l'accesso per i Dirigenti sia al lavoro agile sia al telelavoro, prevedendo - tra le materie oggetto di confronto sindacale - i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi. Nel corso del 2026 verrà avviato il suddetto confronto sindacale e si prevede di adottare il relativo Regolamento aziendale entro il medesimo anno.

Per quanto riguarda la Dirigenza PTA, il CCNL dell'Area Funzioni Locali ha invece previsto la sola regolamentazione del lavoro agile mentre non vi è alcuna menzione con riferimento all'istituto del lavoro da remoto (telelavoro), che allo stato, è escluso per questa categoria di Dirigenti. Nel corso del 2025 è stato avviato, e si è positivamente concluso, il confronto sindacale con riferimento ai criteri di individuazione delle attività effettuabili in lavoro agile, nonché ai criteri di priorità per l'accesso agli stessi; pertanto nel corso del 2026 verrà adottato il Regolamento Aziendale in materia di lavoro agile anche per la Dirigenza PTA.

In breve, nel Regolamento suddetto verrà previsto un "pacchetto" di 30 giorni di lavoro agile che ogni dirigente potrà utilizzare nel corso dell'anno solare di riferimento, di norma in modo non continuativo, alternando le giornate di lavoro agile alle giornate in presenza, previo parere favorevole del proprio superiore gerarchico che effettuerà una valutazione di opportunità rispetto alle esigenze del Servizio di afferenza del dirigente.

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP)

3.3.1 Modalità di approvazione del PTFP

Con deliberazione n. 677 del 15 maggio 2018 "Piani triennali dei fabbisogni di personale delle aziende ed enti del SSR ex art. 6 del decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001: incarico al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di emanare indicazioni operative per l'applicazione delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche" contenute nello schema di decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione sul quale nella seduta del 19 aprile 2018 è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Unificata." la Giunta Regionale del Veneto recependo le modifiche apportate dal decreto legislativo n. 75 del 25 maggio 2017 al decreto legislativo n. 165/2001, in particolare con le modifiche e integrazioni agli artt. 6 e 6 bis e all'introduzione dell'art. 6 ter, ha emanato le linee guida per la predisposizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale (PTFP) da parte delle aziende ed enti del SSR.

Secondo il testo attualmente vigente del decreto n. 165/2001, la determinazione delle dotazioni organiche è una conseguenza della formulazione dei piani dei fabbisogni, che si distinguono dalle prime in quanto il piano dei fabbisogni può essere definito come lo strumento che individua, in termini qualitativi (per professionalità) e quantitativi (per ore nel triennio), le risorse umane necessarie a porre in essere le prestazioni che le pubbliche amministrazioni sono tenute ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati, mentre la dotazione organica può essere definita come lo strumento che, facendo riferimento al piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per porre in essere le prestazioni che sono tenute ad erogare.

Successivamente la Regione Veneto, utilizzando lo schema tipo predisposto a livello nazionale ed inserendovi gli specifici riferimenti amministrativi regionali, ha dettato ulteriori indicazioni alle Aziende ed agli Enti del SSR in materia con:

- DGRV n. 1717 del 30.12.2022 recante "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. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113", trasmessa dalla Regione Veneto con nota n. 20438 del 12.01.2023 ed acquisita agli atti di questa AOUI Verona in data 13.01.2023, prot.n. 2389. La Regione Veneto, con detta DGRV, ha inteso fornire indicazioni di elaborazione del piano sistematizzando i diversi provvedimenti regionali che si occupano degli argomenti contenuti nel PIAO;

- DGRV n. 65 del 27 gennaio 2025 recante "Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR e di specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29 della LR 30 dicembre 2016, n. 30. Deliberazione/CR n.146 del 3 dicembre 2024", trasmessa con nota 58848 del 04/02/2025 ed acquisita agli atti di questa Azienda al prot. gen. n. 8204, pari data. Alla lettera C) dell'allegato alla citata D.G.R. sono state fornite indicazioni in ordine all'adozione del Piano Triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) alla luce dell'introduzione del PIAO, confermando altresì le seguenti tempistiche:

- a) adozione in via provvisoria dei PTFP da parte delle aziende entro il 30 novembre di ogni anno;
- b) approvazione dei PTFP da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e sociale entro il 31 dicembre successivo, fatte salve eventuali richieste di chiarimenti o integrazioni;
- c) successivo inserimento dei PTFP da parte delle aziende all'interno del PIAO- Sezione 3: Organizzazione e capitale umano – sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale, entro il 31 gennaio di ogni anno.

La suddetta DGR è stata, da ultimo, prorogata temporaneamente dalla Regione Veneto, nelle more dell'adozione della nuova DGR sulle disposizioni in materia di personale per l'anno 2026, con nota dell'Area Sanità e Sociale acquisita al prot. aziendale n. 74312 in data 24.12.2025.

Con nota prot. n. 620623 del 13/11/2025, acquisita al protocollo generale di questa Azienda al n. 66000 in data 13/11/2025, la Regione Veneto ha chiesto alle Aziende l'aggiornamento del Piano per l'anno 2025 e l'adozione del Piano per il triennio 2026-2028, tenuto conto delle nuove condizioni maturate e dei nuovi obiettivi di costo inseriti negli allegati 1), 2), e 3) trasmessi con la medesima nota, confermando contestualmente la data ultima del 30 novembre per la trasmissione degli stessi.

Conseguentemente questa A.O.U.I. ha redatto il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale nell'ottica di coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini rivolti a mantenere il più elevato livello di risposta alla domanda di salute e di assicurare, nel contempo, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Con deliberazione n. 1273 del 28/11/2025, oltre ad aver aggiornato il Piano del Fabbisogno del personale per l'anno 2025, ai sensi dell'art. 2 quater D.L. 17/03/2020 n. 18, questa Azienda ha:

- approvato provvisoriamente i Piani del Fabbisogno di personale per gli anni 2026 - 2027 - 2028;
- determinato in via provvisoria la dotazione organica del personale dipendente relativa all'anno 2026.

La Regione Veneto con nota n. 697490 del 29/12/2025, acquisita al prot. gen. n. 74930 in data 30/12/2025, ha approvato l'Aggiornamento del Piano Triennale del Fabbisogno per l'anno 2025 e il Piano triennale dei fabbisogni 2026-2027-2028 di questa Azienda in quanto coerenti con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione dell'08 maggio 2018, nonché con le indicazioni fornite con DGR 677/2018.

3.3.2 Relazione alla definizione del Piano dei Fabbisogni di Personale

La presente relazione sintetica, come richiesto dalle Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani del fabbisogno di personale di cui alla DGR n. 677/2018, ha il fine di illustrare le scelte strategiche aziendali che hanno portato alla determinazione del fabbisogno di personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona e di fornire le informazioni utili per la corretta lettura delle tabelle che compongono il PTFP secondo le previsioni degli art. 6 e 6-ter del D. Lgs. n. 165/2001, come novellato dall'art. 4 del d. Lgs. n. 75/2017.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale è stato redatto nell'ottica di coniugare l'ottimale impiego delle risorse pubbliche disponibili e gli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini rivolti a mantenere il più elevato livello di risposta alla domanda di salute e di assicurare, nel contempo, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Principali fonti normative nazionali

Le principali fonti normative nazionali di riferimento sono:

- Piano Sanitario Nazionale è il principale strumento di programmazione sanitaria e rappresenta secondo normativa il primo punto di riferimento per ogni riforma e iniziativa riguardante il sistema sanitario;
- Decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75 ad oggetto "Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l), m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione del personale delle amministrazioni pubbliche";
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e in particolar modo gli art. 6, 6 bis, 6 ter;
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

- Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018 con cui sono state definite, ai sensi dell'art. 6 ter, comma 1, del decreto legislativo 30 maggio 2001, n. 165, come inserito dall'art. 4 comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, le linee d'indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale.

Principali fonti normative regionali

Le principali fonti normative regionali di riferimento sono:

- Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 approvato con L.R. n. 23 del 29.06.2012 (modificato con L.R. 46 del 3/12/2012).
- Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 approvato con L.R. n. 48 del 28.12.2018 e DDGGRR applicative.
- DGRV 677 del 15.05.2018 con la quale è stato incaricato il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto ad emanare indicazioni operative per l'applicazione delle linee d'indirizzo previste dall'art. 6 ter del d. lgs. 165/2001. Tali indicazioni operative sono state trasmesse alle aziende con nota prot. n. 198914 del 29 maggio 2018.
- DGRV 614 del 14.05.2019 in materia di adeguamento delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie PSSR 2019/2023.
- DGRV 2122 del 19.11.2013 e successive modificazioni ed integrazioni con la quale veniva approvato l'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016.
- DGRV 552 del 05.05.2020 di approvazione del "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici".
- DGRV 782 del 16.06.2020 in materia di salute connessa all'emergenza epidemiologica da COVID19;
- DGRV 162 del 22.02.2022 in materia di "Rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa";
- DGRV n. 106 del 12 febbraio 2024 in materia di interventi organizzativi per far fronte alla carenza di personale sanitario e definizione per le Aziende ed Enti del SSR della misura massima delle tariffe orarie di riferimento degli incarichi di lavoro autonomo;
- DGRV n. 580 del 27 maggio 2024 modifica della DGRV n. 106/2024 in materia di interventi organizzativi per far fronte alla carenza di personale sanitario e definizione per le Aziende ed Enti del SSR della misura massima delle tariffe orarie di riferimento degli incarichi di lavoro autonomo;
- DGRV n. 626 del 04 giugno 2024 in materia di Aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);
- DGRV n. 960 del 13/08/2024 "Approvazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto;
- DGRV n. 65 del 27 gennaio 2025 "Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna".

3.3.3 Piano attuativo aziendale ai sensi della DGRV n. 614/2019

Con la deliberazione n. 844 del 08.08.2019, avente ad oggetto: "AOUI VR: Piano attuativo Aziendale ai sensi della DGRV n. 614 del 14.05.2019 in materia di adeguamento delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie. PSSR 2019-2023. Provvedimenti.", e successive è stato predisposto il crono programma dell'attivazione di UO/Servizi/attività previste dalle schede di programmazione sopra richiamate.

Si evidenzia come nel dispositivo della stessa deliberazione e nei relativi allegati, venga precisato che il completamento dell'attivazione dei posti letto previsti dalla programmazione regionale per talune articolazioni, è subordinato ad un adeguamento degli standard di personale infermieristico e medico, pur nel rispetto dei limiti di costo.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI), individuata dal Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 quale HUB di eccellenza di rilievo regionale, si articola su due sedi ospedaliere di Borgo Trento e di Borgo Roma.

In particolare, a partire dal 2024 è stata operata una profonda riorganizzazione dell'area medica della sede di BR ed è stata ristrutturata la nuova sede per le degenze della UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale e per l'Ospedale di Comunità. Queste progettazioni hanno avuto conclusione nel corso del 2025 e con il 2026 potrebbero allineare l'attivazione dei posti letto di area medica, riabilitativa e dell'Ospedale di Comunità a quanto disposto dalla programmazione sanitaria regionale e dal conseguente piano attuativo di AOUI.

3.3.4 Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici

Con DGRV n. 782 del 16 giugno 2020, sono stati determinati i fabbisogni per singola Azienda sia di posti letto, compreso il potenziamento delle terapie intensive e sub-intensive, che di personale in caso di emergenza.

Il Piano Aziendale di Aumento di Capacità e di Continuità dei Servizi Sanitari Assistenziali Ospedalieri, allegato al Piano Pandemico "PanFlu", adottato deliberazione n. 1338 del 30/12/2022, contiene gli elementi essenziali per l'aumento di capacità e di continuità dei servizi sanitari assistenziali di AOUI, in modo coordinato con le indicazioni regionali, nel caso di rischio posto da un virus a trasmissione respiratoria di tipo influenzale ad elevato potenziale pandemico.

Sulla base delle necessità del numero complessivo di posti letto aggiuntivi da dedicare a pazienti positivi e del setting assistenziale richiesto (area non critica, di tipo semi-intensivo e/o di terapia intensiva), si procederà progressivamente e in modo flessibile a rimodulare i posti letto, con incrementi più o meno rapidi e calcolati in relazione al mutevole trend epidemiologico. Si evidenzia, tuttavia, nel rispetto del profilo di centro hub quale è un'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata, come risulti fondamentale anche in piena epidemia, garantire non solo l'assistenza ai pazienti interessati dall'infezione emergente, ma anche la continuità dei servizi essenziali per tutti gli altri utenti, continuando ad assicurare l'erogazione di prestazioni assistenziali di alto livello, soprattutto per pazienti urgenti destinati al ricovero in specialità complesse.

Il personale valorizzato come incremento tiene conto del personale già in servizio presso i reparti convertiti in caso di emergenza. Le FTE previste sono calcolate tenendo conto di quanto previsto nella nota prot. n. 30513 del 28/05/2020 di trasmissione alle R.V. del "Piano di risposta di emergenza ospedaliera in caso di emergenza epidemica". Tale piano è ancora

punto di riferimento per la predisposizione delle misure di preparazione e risposta ad eventi pandemici.

L'allegato 8 della sopra citata deliberazione n. 1338 del 30/12/2022 contiene la valutazione e stima delle risorse economiche e del personale di questa A.O.U.I. a fronte di un evento pandemico ed in particolare le principali misure di preparazione e risposta ad eventi pandemici in ambito di personale.

Nello stesso è previsto che l'Azienda a fronte del verificarsi di una prima fase di emergenza pandemica faccia fronte alla stessa mediante utilizzo del personale dipendente oggetto della annuale programmazione triennale del fabbisogno di personale, tenendo conto anche delle acquisizioni di personale programmate ed autorizzate dai competenti uffici regionali nell'ambito dei piani trimestrali di assunzione.

In una seconda fase, caratterizzata dall'impossibilità di assicurare con il personale in servizio una tempestiva risposta alle esigenze assistenziali essenziali, anche alla luce di eventuali difficoltà che si potrebbero riscontrare nella fase di assunzioni di medici specialisti o altre specifiche professionalità e nel raggiungimento degli standard previsti dalle disposizioni regionali, l'A.O.U.I. potrebbe garantire la riorganizzazione e sviluppo dell'offerta specialistica con conversione di reparti e riqualificazione dei posti letto di semi-intensiva. Per quanto attiene il personale, in particolare, potrebbe disporre una riconversione di personale medico specialista, già in servizio, in favore di aree di attività o discipline che potrebbero risultare carenti per quanto attiene l'effettiva dotazione organica o necessitare di potenziamento dei servizi, considerata anche la formazione già acquisita dai dipendenti coinvolti nella ondata pandemica Covid-19. Sarà possibile altresì prevedere una riallocazione di personale sanitario e non, impiegato nelle attività coinvolte nella riorganizzazione dei servizi interessati alla fase pandemica. Infine in una terza fase emergenziale l'A.O.U.I. qualora si verificassero situazioni di carenza di personale o al fine di garantire la copertura dei livelli assistenziali e di affrontare le emergenze in casi di assenze impreviste (gravidanze, aspettative obbligatorie, per legge, lunghe malattie etc.) potrebbe dar idonea risposta ricorrendo prevalentemente a contratti a tempo determinato e/o incarichi di lavoro autonomo, da utilizzare per il periodo necessario, previo rilascio delle prescritte autorizzazioni regionali all'espletamento delle obbligatorie procedure comparative ad evidenza pubblica.

3.3.5 Criteri e modalità di individuazione dei fabbisogni

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona costituisce un centro di eccellenza della rete di offerta sanitaria della Regione Veneto. Agli ospedali ad alta tecnologia e assistenza è stato affidato il compito di assicurare, in ogni circostanza, la cura appropriata ad ogni paziente attraverso la pratica clinica integrata, la formazione e la ricerca.

Tale compito comporta il raggiungimento di alcuni obiettivi strategici:

- provvedere all'assistenza e al trattamento della fase acuta della malattia attraverso interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, tecnologicamente aggiornati;
- potenziare le prestazioni in regime di ricovero diurno e ambulatoriale;
- sviluppare la cultura sanitaria, di ricerca intellettuale e di aggiornamento professionale per i medici, interni ed esterni, per il personale infermieristico e per la collettività;
- integrarsi con le strutture territoriali;

- il modello organizzativo attuale e futuro della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona è coerente e conforme agli indirizzi di programmazione nazionale e regionale; In esso si tiene conto di tutti aspetti che sono alla base degli strumenti di programmazione e che di seguito vengono sintetizzati:

- crescita esponenziale della popolazione oltre i 65 anni di età e conseguente aumento delle malattie dell'anziano;
- cause di morte per fasce di età, con particolare riferimento alle patologie neonatali;
- patologie della donna e nuove frontiere diagnostiche e terapeutiche;
- trend di crescita per le alte specialità chirurgiche e fra queste in particolare per il trattamento della patologia oncologica e per i trapianti;
- implementazione di innovazioni organizzative cogliendo l'opportunità della doppia sede ospedaliera;
- potenziamento degli ambulatori integrati per i percorsi diagnostici e terapeutici;
- integrazione con la rete delle strutture territoriali;
- rispetto degli indicatori clinici;
- potenziamento ed ammodernamento tecnologico e strutturale;
- allestimenti di specifiche unità di cure intensive, semi-intensive e ordinarie per far fronte alla pandemia.

Come è stato già evidenziato, nel corso degli ultimi anni i Presidi Ospedalieri dell'Azienda hanno subito una profonda ristrutturazione dal punto di vista sia edilizio/impiantistico, sia organizzativo. L'ammodernamento strutturale ha consentito, infatti, di migliorare anche molti aspetti relativi all'organizzazione e alla tipologia di assistenza erogata di entrambe le sedi ospedaliere. Nel 2025, per esempio, sono aumentati i posti letto di Alta intensità di cura, destinati a pazienti che necessitano di ventilazione non invasiva nelle aree internistiche di entrambe le sedi. Sono, inoltre, state realizzate e attivate due sezioni ad elevato livello tecnologico tale da poter accogliere in questo piano i 18 posti letto della UOC Ematologia e 8 posti letto della sezione Trapianti di Midollo Osseo, nel rispetto dei requisiti previsti dalla autorizzazione e accreditamento regionale, ma anche dall'accREDITAMENTO JACIE.

Alcuni degli interventi anche strutturali e di riorganizzazione sono stati motivati dalla necessità di aumentare la capacità di ricovero dell'ospedale intervenendo sia sul numero complessivo di posti letto di area medica (con un aumento di almeno 12 posti letto) sia sull'appropriatezza del ricovero, attraverso il contemporaneo potenziamento del percorso riabilitativo con il raggiungimento, previsto nel 2026, di 30 posti letto di Recupero e rieducazione funzionale (cod. 56), di 20 posti letto di Neuroriabilitazione (cod. 75) e di 30 posti letto dell'Ospedale di Comunità.

La presente progettualità è stata programmata in condizioni prevalentemente di iso-risorse, nel rispetto del vincolo economico e attraverso un puntuale processo di ottimizzazione delle risorse umane; il suo consolidamento non può tuttavia prescindere da un potenziamento degli organici medici, infermieristici e Oss.

Nel corso del 2025 sono stati fatti anche importanti investimenti tecnologici nelle UOC delle Alte Energie che porteranno vantaggi nei prossimi anni.

In Radioterapia è stato sostituito l'Acceleratore lineare Tubim ed è stata invece acquisita una nuova apparecchiatura ibrida la Linac RM, oltre ad aver trasferito una TAC di centratura che sarà totalmente dedicata alla Radioterapia.

In Medicina Nucleare invece sono stati sostituiti lo Spect CT e la TAC PET, che avrà una produttività superiore alla precedente. È chiaro che anche dove si tratta di sostituzioni, la

nuova tecnologia inserita richiede una reingegnerizzazione dell'organizzazione dei flussi dei pazienti e del piano di lavoro in aumento di attività.

Tra gli obiettivi di potenziamento, l'AOUI VR si è data quella di rilancio e di progressivo recupero dei volumi dell'area materno-infantile, a tale scopo l'Azienda ha reso operative da luglio 2025 una serie di interventi mirati a rafforzare l'attrattività del Punto Nascita che vedranno i frutti nel 2026:

- Attività alberghiera a pagamento. È stata introdotta la possibilità per le pazienti di usufruire di stanze ad uso singolo o con accompagnatore, per migliorare il comfort e offrire un'opzione di accoglienza personalizzata.
- Percorso Gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO). È stato attivato il percorso dedicato alle gravidanze fisiologiche, gestito prevalentemente da ostetriche, che garantisce la piena sicurezza clinica e la possibilità di supporto medico in caso di necessità.
- Vasca per il travaglio e il parto. Consente alle gestanti di vivere il parto in acqua o in modalità non medicalizzata.
- Spazio Famiglie. È stata allestita un'area dedicata all'accoglienza dei partner e dei fratellini, in coerenza con il modello assistenziale centrato sulla famiglia.

È stato inoltre potenziato il percorso della Unità Semplice Dipartimentale di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), con investimenti su spazi, tecnologie e competenze professionali, in stretta integrazione con i percorsi ostetrico-ginecologici. Dopo la fisiologica contrazione del 2020 legata all'emergenza Covid-19, i volumi hanno registrato una crescita costante, superando i livelli pre-pandemici e attestandosi nel 2024 su un +50% circa rispetto al 2019: n. 1148 prestazioni erogate nel 2019 vs n. 1728 nel 2024. L'incremento è omogeneo nelle principali componenti del percorso (pick-up ovocitari, scongelamenti e procedure di transfer, attività di laboratorio), a conferma dell'efficacia degli investimenti effettuati e della capacità organizzativa maturata.

Nel loro insieme, questi interventi mirano a consolidare il percorso di umanizzazione delle cure, rafforzare la fiducia della comunità verso l'Ospedale della Donna e del Bambino e a ridurre la migrazione verso altre strutture extra-provinciali.

Sempre nell'ambito dell'ospedale Donna -Bambino l'Azienda sta portando avanti un progetto innovativo di riorganizzazione delle chirurgie specialistiche destinate ai bambini, concentrando presso l'ODB tutte le fasi del percorso pre-, intra- e post-operatorio, collegato a questo, nell'intento di allinearci alle norme di buona pratica clinica e di sicurezza per i piccoli pazienti, si è concretizzata la messa a punto dell'attività di Anestesia Pediatrica che, nel 2026, sarà in grado di garantire un gruppo dedicato di anestesisti esclusivamente impegnati nell'assistenza pediatrica, con un coordinamento unico, al fine di consolidare le competenze specialistiche e garantire omogeneità dei percorsi in sala operatoria.

In questa ottica è stato anche consolidato il percorso assistenziale dei pazienti pediatrici cardiologici e cardiocirurgici per assicurare la corretta gestione clinica in un setting dedicato a completamento del quale, è stata formalmente istituita l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Cardiologia Pediatrica, afferente al Dipartimento Cardio-Vascolare e Polmonare, riconoscendo e strutturando in modo stabile l'attività specialistica già di fatto consolidata negli anni precedenti.

Nell'ambito neurologico pediatrico segnaliamo, inoltre, l'adeguamento strutturale e il potenziamento dell'attività della Neuropsichiatria Infantile (NPI). In un contesto di crescita dei disturbi dell'età evolutiva e di aumento dei ricoveri psichiatrici post-pandemia, l'offerta è stata ampliata e qualificata: 16 posti letto complessivi, con una "zona bolla" (3 stanze, 6 PL) ad alta protezione per pazienti con rischio autolesivo o sintomatologie esternalizzanti.

L'apertura effettiva dei posti letto è modulata in modo sostenibile rispetto alla disponibilità e qualificazione del personale, che richiede competenze specifiche e percorsi formativi dedicati, a tutela di sicurezza e qualità assistenziale, privilegiando appropriatezza e presa in carico specialistica rispetto alla mera espansione numerica.

Prosegue l'attività della UOC di Psichiatria di AOUI Verona presso l'Articolazione Tutela Salute Mentale in Carcere, attiva da giugno del 2023, nella Casa Circondariale di Verona. Questa attività ha richiesto la concretizzazione ex-novo di una equipe multiprofessionale (psichiatri, psicologi, TERP, Infermieri) necessaria all'assistenza per i previsti sei pl. presso una sezione dedicata del carcere di Verona. Il costo di questa attività è coperto ad oggi da un finanziamento previsto dalla DGR 656 del 30 maggio 2023 - Articolazione Tutela Salute Mentale: ``Definizione linee di indirizzo per il funzionamento delle attività dell'Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM) presso la Casa Circondariale di Verona``.

Si evidenzia infine che, in applicazione della predetta DGR n. 614/2019 che ha disposto l'afferenza del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Borgo Trento (SPDC) ad AOUI Verona, la programmazione prevede il trasferimento dall'ULSS 9 Scaligera del SPDC di Borgo Trento. Sono in corso di definizione gli accordi relativi al trasferimento del ramo d'Azienda di cui non è ancora stata definita la data di decorrenza.

Per quanto riguarda l'attività chirurgica, si evidenzia in questi ultimi anni un potenziamento dell'attività, soprattutto per interventi di alta specializzazione e complessità, con necessità di creazione di equipe chirurgiche formate all'operatività di nuove procedure chirurgiche, anche multidisciplinari. L'avanzamento tecnico e tecnologico ha rivoluzionato, infatti, l'approccio clinico negli ultimi anni, portando a una riorganizzazione complessiva delle attività. Da evidenziare, in particolare, la transizione alla chirurgia robotica, che costituisce un passaggio strategico imprescindibile per il mantenimento di elevati standard di qualità clinica, attrattività e competitività dell'Azienda, nonché per lo sviluppo sostenibile e innovativo dell'attività chirurgica nel medio e lungo periodo.

Da evidenziare anche che dall'anno 2023 è incrementata in AOUI Verona l'attività di trapianto, in particolare per quanto riguarda il trapianto di cuore e di fegato, con mantenimento di quello di rene e di midollo; inoltre è stata attivata l'attività di trapianto delle insule pancreatiche assegnata alla UOC di Chirurgia del Pancreas, come indicato nelle schede di piano della rete ospedaliera, giusta DGRV n. 69/2020.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, si evidenzia che nel corso del 2025 è stata incrementata progressivamente anche a seguito dei piani di abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle liste di pre-appuntamento.

A tal riguardo, si riporta che la Regione Veneto con nota prot. n. 39517 del 24/01/2025, acquisita con prot. AOUI VR n. 6020, stessa data, ha approvato i Piani Operativi Aziendali 2025 per l'abbattimento delle liste d'attesa; con nota prot. n. 131919 del 28.02.2025 il Direttore Generale di AOUI ha trasmesso al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale di Regione Veneto il Piano Attuativo Aziendale aggiornato per l'anno 2025, secondo le disposizioni contenute nella DGR n. 626 del 04/06/202, relativa al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA). Da evidenziare anche l'Accordo con l'Ulss 9 Scaligera stipulato nel mese di marzo 2025, che ha definito la tipologia ed il volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale che l'AOUI Verona ha dovuto erogare nel corso dell'anno 2025 a favore degli assistiti residenti nel territorio dell'Azienda Ulss 9 Scaligera.

La preparazione delle risorse umane, per tutti i ruoli e a tutti i livelli sta evolvendo, verso un'assistenza più flessibile e personalizzata alle esigenze del paziente-utente: cura efficace,

tempestiva, sicura; presa in carico da un riferimento certo; informazioni chiare sul proprio percorso di cura; ascolto, accoglienza, assicurazione, confort, rispetto della privacy e tutela della dignità.

A corollario di tale processo, prosegue l'evoluzione del Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) che, negli anni in corso e nei prossimi, sarà integrato dalla sostituzione di altri fondamentali programmi informatici a supporto della diagnostica, completando la reingegnerizzazione dei percorsi di accoglienza e di erogazione dei servizi agli utenti /pazienti. È necessario, infine, ricordare che la mission di AOUI, oltre all'assistenza che è senz'altro l'obiettivo prioritario, deve rispondere, insieme alla Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Verona, agli obiettivi di ricerca e di didattica, con funzioni di tutoraggio nel corso dei tirocini degli studenti dei corsi di laurea in Medicina e delle varie Professioni Sanitarie e dei medici in formazione specialistica nelle diverse discipline.

PERSONALE AREA SANITA'

Gli organici di personale medico devono soddisfare i cambiamenti dell'organizzazione ospedaliera che sono occorsi in quest'ultimo periodo e che sono stati precedentemente descritti, anche a seguito dell'adozione dell'atto aziendale di cui alla deliberazione n. 316 del 27/03/2024, successivamente modificato con le deliberazioni n. 1331/2024 e n. 839/2025. In tale contesto si collocano anche le procedure selettive, finalizzate a dare attuazione alla nuova organizzazione aziendale, per l'individuazione dei Direttori delle Strutture Complesse, da effettuarsi ai sensi della D.G.R.V. 6.9.2022, n. 1096 e della D.G.R.V. 12.12.2024 n. 1475, e dei Responsabili delle Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale, mediante indizione di Avvisi Interni in conformità agli Accordi decentrati stipulati con le Organizzazioni Sindacali. È stata data evidenza, nella tabella B di cui all'Allegato 2 (dotazione organica personale dipendente anno 2026), dell'aumento della dotazione organica, pari a cinque unità, con riferimento al personale della Dirigenza medica.

Due unità delle cinque indicate andranno a compensare l'avvenuta cessazione, nell'anno 2025, di due medici specialisti ambulatoriali, mentre il restante incremento si rende necessario a seguito dell'aumento dei posti letto nella Terapia Intensiva Neonatale e dell'area riabilitativa.

Con riferimento alla dirigenza Sanitaria, la dotazione organica viene invece aumentata di due unità, di cui una destinata all'USD Procreazione Medicalmente Assistita e Preservazione della Fertilità' (un dirigente biologo) e la seconda in vista dell'assunzione, che avverrà nel corso dell'anno 2026, all'esito della relativa selezione, del Direttore di UOC Direzione delle Professioni Sanitarie.

PERSONALE INFERMIERISTICO, OSTETRICO, TECNICO SANITARIO E DI SUPPORTO

Il contingente infermieristico (Infermieri, ostetriche e OSS) definito nel Piano del Fabbisogno consente di soddisfare i requisiti in tema di standard minimi di riferimento previsti dalle DGRV n. 1616/2008 (salute mentale), n. 610/2014 (aree di degenza ospedaliera), n. 2238/2016 (punti nascita), n. 245/2017 (pronto soccorso), n. 2718/2012 (Ospedale di Comunità) e DGRV n. 685/2024 (Riabilitazione intensiva).

Oltre alla garanzia delle attività assistenziali di base, considerata la tipologia di AOUI Verona, è stata pianificata anche la necessità di personale infermieristico, ostetrico e di supporto per garantire le attività delle degenze di alta intensità assistenziale sia in ambito medico che chirurgico, oltre all'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, cui si affiancano

nuovi percorsi assistenziali complessi a ciclo diurno (Ambulatorio Integrato Diagnostico, Day Hospital, Day Surgery).

Si aggiungono all'assistenza di base le attività correlate al piano di prevenzione per il contrasto alle ICA e all'antimicrobica resistenza della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI VR) che prevede l'applicazione di specifiche misure di carattere assistenziale e gestione del paziente nelle varie UUOO. Una particolare attenzione è posta all'ambito intensivistico per le maggiori necessità conseguenti alla situazione emergenziale epidemica e l'adeguamento agli standard assistenziali adottati nell'area critica, e giustificati dalla complessità delle patologie trattate e dei curati.

Un particolare riguardo è stato altresì posto e va mantenuto all'ambito chirurgico che a seguito della profonda ristrutturazione intervenuta ha registrato un notevole incremento di attività nei diversi Gruppi Operatori, come precedentemente spiegato.

Questo aumento è stato reso possibile, in particolare, grazie alla diversificazione dei percorsi chirurgici elettivi e dell'emergenza, l'utilizzo delle sale operatorie 12 ore/die, la gestione flessibile del personale di sala e di anestesia. Tutto ciò richiede il mantenimento e l'eventuale ulteriore incremento del numero di personale infermieristico, tecnico sanitario e di supporto assegnato, per garantire una strutturazione dell'attività chirurgica secondo gli standard di alta specializzazione e complessità.

All'interno di un percorso di presa in carico del paziente che necessita di dimissione protetta oltre ai percorsi già avviati di collegamento con la COT territoriale per l'Assistenza domiciliare dal giugno 2024 è stato attivato, in accordo con ULSS9, l'Ospedale di Comunità con un incremento progressivo nel 2025 dei posti letto al fine di favorire le dimissioni precoci garantendo agli utenti e ai care-giver un percorso educativo e assistenziale che favorisca le dimissioni in sicurezza nella propria abitazione. Sempre nell'ottica di migliorare il percorso del paziente nel corso del 2025 si è provveduto alla divisione delle degenze di Riabilitazione e Neuroriabilitazione e implementazione dei posti letto, per le quali nel 2026 è previsto un progressivo incremento di posti letto, così da favorire una presa in carico riabilitativa precoce e migliorare l'appropriatezza dei ricoveri.

Va inoltre ricordato che in ottemperanza alla DGRV n. 1439/2014 AOUI garantisce il personale con funzioni di Coordinamento e di Tutoraggio per tutti i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie che negli ultimi anni sono state oggetto di incremento dei posti disponibili nei diversi Corsi di Laurea. I fabbisogni identificati favoriranno anche lo svolgimento di attività di didattica e ricerca nei setting assistenziali innovativi presenti in AOUI.

Il contingente di personale tecnico sanitario, oltre ad assicurare l'effettuazione delle indagini diagnostiche già in essere nel rispetto dei tempi d'attesa, deve garantire le attività interventistiche delle reti Stroke, STEMI, e Trauma, cui si aggiunge l'obiettivo di utilizzo delle "grandi apparecchiature" per 12 ore/die 6 giorni su 7.

Un aspetto da considerare inoltre è l'incremento delle prestazioni collegato alle specialità in fase di espansione e lo sviluppo di nuovi filoni diagnostici (es. Diagnostica prenatale, MrgFUS, PMA), caratterizzanti l'attività di un'Azienda di terzo livello.

Ciò premesso, dal raffronto tra la dotazione organica anno 2025 e la rimodulazione della dotazione organica anno 2026, si registra un lieve incremento nell'area della dirigenza medica e sanitaria, del personale del ruolo tecnico e socio sanitario, con contestuale riduzione del personale infermieristico/ostetrico.

Il fabbisogno previsto ha dovuto comunque tener conto dell'ulteriore necessità aziendale collegata all'obiettivo del perseguimento del rispetto del tetto di spesa attribuito e dell'equilibrio di bilancio.

Al fine di prevenire e contrastare gli effetti della carenza del personale prevista nei prossimi anni e garantire i livelli di servizio e di performance del sistema sanitario verranno attuate le azioni strategiche individuate nel "Piano Regione di contrasto alla carenza di personale del Servizio Sanitario Regionale" contenuto nell'Allegato A) della DGRV n. 960 del 13/08/2024, tra le quali politiche di sviluppo quantitativo del personale sanitario, strategie di *attraction* e *retention* nelle aree e settori disagiati.

Fra queste già dal 2025 AOUI ha messo in atto quanto previsto anche dai CCNL 02/11/2022 e dal nuovo CCNL del 27/10/2025 per la valorizzazione delle competenze avanzate del personale del comparto proseguendo con l'attribuzione degli Incarichi di Funzione Organizzativa e Professionale. Dato l'elevato turnover a seguito di quiescenza soprattutto del personale con Funzioni Organizzative tali procedure proseguiranno anche nel 2026.

Al fine di massimizzare l'appropriatezza organizzativa anche in relazione alle competenze proprie dei singoli profili professionali, questa Azienda ha iniziato da qualche anno un processo di transizione basato sulla revisione di modelli organizzativi basata sullo skill-staff mix change. Tale processo ha coinvolto non solo le professioni infermieristiche ed ostetriche, ma dal 2025 nel processo di staff change sono state coinvolte anche le figure tecniche.

Per dare attuazione a quanto sopra esposto, a partire dall'anno 2026 una quota del personale infermieristico verrà decurtata per incrementare invece le unità di personale Tecnico Sanitario, di ciò è stata data evidenza nella tabella B di cui all'Allegato 2 (dotazione organica personale dipendente anno 2026).

PERSONALE DEI RUOLI PROFESSIONALE, TECNICO E AMMINISTRATIVO

Per quanto attiene la definizione del fabbisogno di personale nell'area amministrativa si è tenuto conto delle disposizioni recate dalla L.R. n. 19/2016 "Istituzione dell'Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali della Aziende ULSS" con particolare riferimento al trasferimento di alcune attività ad Azienda Zero.

Con riferimento al personale del Comparto, l'Azienda, nonostante l'elevato turnover in uscita, che ha registrato soprattutto nell'ambito del Comparto sanitario (in primis Infermieri, Ostetriche ed O.S.S.), ha cercato nell'anno 2025 di garantire la copertura del turnover, sia mediante utilizzo di graduatorie concorsuali ovvero procedendo all'espletamento di avvisi pubblici, che hanno consentito di ricoprire temporaneamente le posizioni vacanti nelle more di poterle ricoprire tramite le procedure concorsuali, e di avvisi di mobilità.

Nel Piano triennale di fabbisogno si è tenuto conto anche delle esternalizzazioni che coinvolgono i servizi del front office delle casse dei presidi ospedalieri di Borgo Trento e di Borgo Roma, del Centro Prelievi di Borgo Trento nonché dell'esternalizzazione parziale del magazzino Farmacia e del servizio navette per trasferimento antitiblastici.

Con riferimento alla Dirigenza PTA l'Azienda intende assicurare il turn over del personale, a fronte delle cessazioni dal servizio in previsione nel 2026, tenuto conto delle previste autorizzazioni regionali e dell'assetto organizzativo descritto dall'atto aziendale di cui alla deliberazione n. 316 del 27/03/2024 e s.m.i.

Nel 2025 è avvenuta la trasformazione di n. 2 contratti di formazione e lavoro in contratti a tempo indeterminato e sono stati avviati n. 5 nuovi percorsi per l'acquisizione di Collaboratori Amministrativi Professionali attraverso i contratti di formazione e lavoro ex art. 33 co. 4 lett. a)

CCNL integrativo Comparto Sanità del 20/09/2001 per le seguenti Aree: Controllo di Gestione (2 unità), Privacy (1 unità), Logistica (1 unità), Controllo finanza e auditing (1 unità).

Progressioni tra Aree ai sensi degli artt. 20 e 21 CCNL Comparto Sanità 02/11/2022

Nel corso del 2025, a seguito della sottoscrizione con le Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità del verbale di confronto n. 14 avente ad oggetto il "Regolamento per le progressioni tra le aree ai sensi degli artt. 20 e 21 del CCNL 02/11/2022", AOUI Verona ha attivato le progressioni tra Aree di cui agli artt. 20 e 21 CCNL Comparto Sanità 02/11/2022 del personale tecnico e amministrativo, come previsto nell'ambito del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale per gli anni 2025-2027, contenuto nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'AOUI Verona per il triennio 2025-2027 approvato con deliberazione n. 69 del 31/01/2025.

In particolare, considerate le esigenze organizzative dei Direttori UU.OO.CC. e dei Responsabili di UOS dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa e valutate le esperienze e professionalità maturate dal personale ed effettivamente utilizzate dall'Azienda, ha individuato le seguenti posizioni oggetto di procedure selettive per le progressioni tra Aree:

- per il Ruolo Amministrativo: n. 15 posti per le Progressioni dall'Area del Personale di Supporto all'Area degli Operatori; n. 12 posti per le Progressioni dall'Area degli Operatori all'Area degli Assistenti; n. 10 posti per le Progressioni dall'Area degli Assistenti all'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari.

- per il Ruolo Tecnico: n. 1 posti per le Progressioni dall'Area del Personale di Supporto all'Area degli Operatori; n. 3 posti per le Progressioni dall'Area degli Operatori all'Area degli Assistenti; n. 6 posti per le Progressioni dall'Area degli Assistenti all'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari.

Le procedure selettive precitate, indette con deliberazioni n. 684 e 685 del 26/06/2025, sono in corso di espletamento e saranno concluse entro l'anno 2025, consentendo il passaggio tra Aree del Personale selezionato a decorrere dal 02/01/2026.

L'AOUI valuterà inoltre l'attivazione delle procedure finalizzate all'acquisizione del personale della nuova area ad elevata qualificazione al fine di creare/completare l'assetto organizzativo aziendale compatibilmente con i vincoli di spesa assunzionali e in conformità alla disciplina concorsuale contenuta tra l'altro nel DPR 220/2001 e nel rispetto delle indicazioni regionali.

Trattenimento in servizio

AOUI si riserva la facoltà di ricorrere al trattenimento in servizio, di cui all'art. 1 comma 165 della Legge 30 dicembre 2024 n. 207, sulla base delle Indicazioni applicative emanate il 20 Gennaio 2025 dal Ministro per la Pubblica Amministrazione, del personale, dirigenziale e non dirigenziale, di cui a sua esclusiva valutazione riterrà necessario continuare ad avvalersi per esigenze organizzative, quali attività di tutoraggio e di affiancamento ai nuovi assunti e esigenze funzionali che riterrà non diversamente assolvibili da altro personale.

Il trattenimento in servizio del personale così individuato avverrà, nel limite del 10% delle facoltà assunzionali autorizzate a legislazione vigente, non oltre il compimento del settantesimo anno di età da parte del personale individuato e comunque per la durata dell'esigenza organizzativa che lo ha determinato.

ATTUAZIONE DEL NUOVO CCNL COMPARTO SANITÀ DEL 27/10/2025

La sottoscrizione del nuovo CCNL Comparto Sanità in data 27/10/2025 comporta la necessità di ulteriori considerazioni con riferimento alle scelte strategiche aziendali ai fini della determinazione del fabbisogno di personale, con particolare riferimento a:

1) Progressioni tra Aree ai sensi degli artt. 18 e 19 del CCNL 27/10/2025:

Nel predisporre il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2026-2028 questa Azienda ha tenuto conto dell'opportunità di operare le progressioni tra Aree con la particolare procedura di cui all'art. 21 CCNL Comparto Sanità 02/11/2022 estesa dal nuovo CCNL Comparto Sanità 27/10/2025 fino al 31.12.2026, cui darà luogo tenuto conto delle risorse disponibili e nei limiti del tetto di spesa.

Si conferma la possibilità di procedere con l'espletamento delle procedure selettive del personale in primo luogo del Ruolo tecnico e del Ruolo Amministrativo e in un secondo momento a seguito dell'introduzione del profilo di Assistente Infermiere anche del personale appartenente al Ruolo Sociosanitario.

2) Introduzione del nuovo profilo professionale di Assistente Infermiere:

Con il nuovo CCNL Comparto Sanità del 27/10/2025 è stato introdotto il nuovo profilo professionale dell'Assistente infermiere, appartenente al ruolo Sociosanitario - Area degli assistenti.

Tale figura professionale, oltre a svolgere le attività proprie dell'Operatore Socio Sanitario, collabora con gli infermieri assicurando le attività sanitarie, fornisce assistenza diretta di tipo sanitario e supporto gestionale, organizzativo e formativo. La descrizione del profilo professionale e delle abilità e conoscenze essenziali è contenuta nell'Allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 3.10.2024, come modificato dal successivo Accordo del 18.12.2024, recepito con il DPCM del 28 febbraio 2025 pubblicato in Gazzetta Ufficiale in data 21 giugno 2025.

Può accedere al profilo chi sia in possesso della qualifica di OSS (o titolo equipollente) previa frequentazione di un corso di formazione da svolgersi in un periodo di tempo non inferiore a 6 mesi e non superiore a 12 mesi.

L'attestato di "operatore socio sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria", acquisito ai sensi del previgente Accordo stipulato in Conferenza Stato regioni il 16 gennaio 2003, è equipollente alla qualifica di Assistente Infermiere. Gli OSS in possesso di tale attestato dovranno comunque svolgere un corso di aggiornamento delle competenze di almeno 30 ore, i cui indirizzi formativi e organizzativi saranno definiti dalla Regione Veneto.

Questa AOUI, tenuto conto del tetto di spesa e delle risorse disponibili, nel corso del triennio 2026-2028 si riserva di adottare le procedure finalizzate all'inquadramento dei nuovi Assistenti Infermieri.

In fase di prima applicazione, tenuto conto delle esigenze assistenziali, l'accesso al Profilo di Assistente Infermiere sarà rivolto agli OSS che siano in possesso dell'attestato di "operatore socio-sanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria", previa definizione da parte della Regione Veneto dell'indirizzo formativo e organizzativo del relativo corso di aggiornamento, per proseguire, nella successiva fase, all'accesso al profilo per gli OSS che debbano invece frequentare il corso di formazione di 500 ore.

Per dare attuazione a quanto sopra esposto, a partire dall'anno 2026 una quota del personale OSS e una ridotta quota del personale ruolo amministrativo verranno riservate alla copertura del nuovo profilo di Assistente Infermiere, di ciò è stata data evidenza nella tabella B di cui all'Allegato 2 (dotazione organica personale dipendente anno 2026), ed è stato

previsto pertanto un aumento corrispondente all'interno del macroprofilo "Altro personale ruolo tecnico e sociosanitario".

3.3.6 Indicazioni sulle modalità di compilazione della tabella

Aggiornamento 2025

Sono valorizzati altresì i costi relativi all'inserimento in assistenza del personale universitario nell'apposita colonna.

Il totale delle colonne C+L+M, rappresenta la stima del totale del costo del Personale Dipendente anno 2025 pari ad € 291.867.168,36. Tale importo ricomprende i costi del CCNL del 27.10.2025 per il Personale del Comparto ma non ricomprende i costi CCNL 2022-2024 dell'Area della Dirigenza.

Per quanto riguarda la colonna H (Costo S.A.I.) si evidenzia il rispetto del tetto di spesa (limite € 675.472,56).

Fabbisogno 2026-2027-2028

Per l'anno 2025 l'AOUI intende perseguire l'obiettivo di mantenere la consistenza degli organici tenendo conto della necessità di salvaguardare i livelli occupazionali raggiunti, pur persistendo la criticità di reperimento di alcune figure professionali (infermieri, medici specialisti nelle aree ad esempio di pronto soccorso, anestesia e rianimazione).

È stata esposta la previsione delle somme relative all'anno 2026 per attività aggiuntiva di cui all'art. 89 del CCNL 23/01/2024 nonché la disponibilità relativa al cosiddetto "Fondo Balduzzi". Il personale universitario è stato indicato nella colonna B) come teste.

Sono valorizzati altresì i costi relativi all'inserimento in assistenza del personale universitario nell'apposita colonna.

Il costo esposto nella colonna C) ricomprende il costo del personale della Dirigenza Area Sanita e della Dirigenza PTA e del personale del comparto.

Con comunicazione del 20.11.2025 la Regione Veneto ha comunicato l'aggiornamento dei valori dei tetti di spesa per l'anno 2025, pari € 289.342.698,25 e per gli anni 2026-2028 € 291.867.168,36.

In particolare, per il personale del Comparto tali limiti ricomprendono i costi dell'applicazione del CCNL 2022-2024 sottoscritto il 27.10.2025.

Con riferimento ai rapporti di lavoro flessibile, si evidenzia che, a seguito del venir meno della disposizione in deroga prevista all'art. 44 ter comma 1 lett. b d.l. n. 19 del 02/03/2024 ("Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR") convertito con legge n. 56 del 29/04/2024, a decorrere dall'anno 2027 la disponibilità delle risorse per il reclutamento di tale tipologia di personale flessibile tornerà, per il personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio sanitario, pari al 100 % della relativa spesa sostenuta nel 2009 e di ciò l'AOUI dovrà tenere conto nella programmazione delle attività assistenziali e di abbattimento delle liste di attesa e di galleggiamento.

Il dato di cui alla colonna "S" "Altre tipologie" ricomprende il costo dei servizi del front office delle casse dei presidi ospedalieri di Borgo Trento e di Borgo Roma, dell'esternalizzazione parziale del magazzino farmacia, del servizio navette per il trasferimento degli antiblastici.

La dotazione espressa in FTE è stata suddivisa nei prospetti riferiti agli anni 2025, 2026, 2027 e 2028 tra la copertura attraverso l'inserimento di personale dipendente e altre forme di acquisizione.

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

Azienda		912 - AOUI di Verona																		
Macroprofilo	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti ¹	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 145/2007	Costo personale a F.O.T. ai sensi del D. Lgs. 30/2019 (in deroga al comma art. 6 c.28)	Costo per la F.O.T. ai sensi del D. Lgs. 30/2019 (in deroga al comma art. 6 c.28)	Costo Somme invariabili	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 5, del D. Lgs. 145/2007	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ³	Altra Tipologia		
						CCNL 3/1/2018, D.L. 20/2018	Cost Specifico (Prestazioni) ⁴			1) Costo 30% del costo contratto nel 2019 per attività a medio e non dirigenziale appartenente ai profili contrattati a costo variabile 2) Costo 90% del costo contratto nel 2019 per attività a medio e non dirigenziale appartenente ai profili contrattati a costo variabile										Cost Specifico (Prestazioni) ⁵
						Dirigenza	Comparto			Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitari e socio-sanitari										
		Altri Personale																		
		FTE ANNUA																		
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S		
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	3	630,28	235,74	€ 81.887.484,04	€ -	€ 3.884.875,32	€ 846.307,28	€ 7.875.285,21	€ 488.421,79	€ 1.219.754,20	€ -	€ 374.281,87	€ 1.087.404,94	€ -	€ 12.000,00	€ 1.700.148,87	€ 384.419,87	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	3	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	3	83,92	24,00	€ 7.411.173,81	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 584.314,28	€ -	€ -	€ 81.887,71	€ 112.182,82	€ -	€ -	€ 81.887,71	€ 342.285,28	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitaria	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza fuori PTA	PTA	25,07	0,00	€ 2.482.095,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 18.922,20	€ 58.587,84	€ -	€ -	€ 108.887,83	€ 48.834,28	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			839,27	259,74	€ 92.860.862,26	€ -	€ 3.884.875,32	€ 846.307,28	€ 8.291.579,39	€ 488.421,79	€ 1.222.584,00	€ -	€ 424.264,97	€ 1.192.787,34	€ -	€ 12.000,00	€ 1.887.388,87	€ 782.344,35	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/odonto	3	2.220,97	2,00	€ 109.824.282,28	€ -	€ 773.176,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 354.159,82	€ -	€ -	€ -	€ 354.159,82	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	3	403,86	26,37	€ 17.884.522,31	€ -	€ 178.425,33	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 419.254,41	€ -	€ -	€ -	€ 419.254,41	€ 28.120,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	3	114,83	0,81	€ 4.757.576,00	€ -	€ 178.425,33	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 63.929,04	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	3	0,28	1,00	€ 129.451,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altri personale ruolo sanitario	3	0,00	1,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 81.332,38	€ -	€ -
	0-00	SS	718,48	4,00	€ 24.284.824,83	€ -	€ 68.475,91	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 229.000,00	€ -
	Altri personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	114,20	6,00	€ 6.613.817,34	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 37.682,80	€ -	€ -	€ -	€ 37.682,80	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo/professionale	PA	607,42	23,00	€ 18.121.889,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 182.871,82	€ -	€ -	€ -	€ 182.871,82	€ -	€ -	€ 1.688.000,00
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			4.158,86	86,21	€ 184.846.394,35	€ -	€ 1.198.882,17	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.198.888,88	€ -	€ -	€ -	€ 1.198.888,88	€ 174.391,82	€ -	€ 1.718.000,00
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			5.019,23	345,95	€ 395.156.817,29	€ -	€ 5.084.177,49	€ 846.307,28	€ 8.291.579,39	€ 488.421,79	€ 1.222.584,00	€ 2.024.813,92	€ 1.192.787,34	€ -	€ -	€ 12.000,00	€ 3.087.197,83	€ 306.836,15	€ -	€ 1.718.000,00

- 1- Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc.
- 2- Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).
- 3- Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi).
- 4- Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.
- 5- Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

Nota:
Colonna A: Azioni BCCAMPNED gli FTE di cui alla Colonna C e L e le altre
Colonna B: NON DIPENDENTI FTE (comprensivo di personale universitario, e costato di tutte le tipologie di personale di ruolo con contratto a tempo pieno)
Colonna C: FTE di cui alla Colonna D (costo del personale a tempo pieno) e costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna D: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna E: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna F: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna G: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna H: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna I: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna L: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna M: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna N: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna O: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna P: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna Q: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna R: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna S: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna T: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna U: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)
Colonna V: Costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale (costo del personale a tempo pieno del Bilancio Sociale)

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

Azienda		912 - AOUI di Verona																		
Macroprofiti	Rubriche	Dipendenti	Non Dipendenti ¹	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 4, del D. Lgs. 185/2001	Costo personale a T.OET (NO DL. 35/2019)	Costo pers. a T.OET ai sensi DL. 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.23)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 4, del D. Lgs. 185/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ³	Altre Tipologie		
						CONV. S. 274/2002	Con Specifico Finanziamento ⁴													
		FTE ANNUI				Dirigenza						Altro Personale								
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	

- 1- Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc.
- 2- Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).
- 3- Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m. e i. (Cd Fondo Balduzzi).
- 4- Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.
- 5- Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

Note:
 Colonna A: Note dato RIFORMA degli FTE di cui alle Colonne C+L+M+P+Q
 Colonna B: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna C: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna D: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna E: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna F: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna G: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna H: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna I: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna L: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna M: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna N: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna O: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna P: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna Q: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna R: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna S: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna T: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna U: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)
 Colonna V: "NON DIPENDENTI" (compreso il personale universitario, escluso il personale del bilancio sociale considerato con rapporto 1:1 diretto)

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

PERSONALE DIRIGENTE	PERSONALE COMPARTO
---------------------	--------------------

- 1- Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc.
2- Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).
3- Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.i. (Cd Fondo Balduzzi).
4- Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.nn.ii.
5- Indicare la sommatoria dei costi iscritti al Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

[illegible]

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

Azienda 912 - AOUI di Verona								
Macroprofili			Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ²	Personale da processi di reinternalizzazione ³
				A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica		S	840	0	0	214	0
	Dirigenza veterinaria		S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria		S	94	0	0	24	0
	Dirigenza socio-sanitario		SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA		PTA	35	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			969	0	0	238	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico		S	2.630	0	0	2	0
	Personale tecnico sanitario		S	458	0	0	26	0
	Personale della riabilitazione		S	129	0	0	0	0
	Personale della prevenzione		S	6	0	0	1	0
	Altro personale ruolo sanitario		S	1	0	0	0	0
	OSS		SS	795	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario		SS T	279	0	0	5	0
	Personale ruolo amministrativo professionale		PA	693	0	0	11	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			4.991	0	0	45	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			5.960	0	0	283	0	

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

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

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

Il Direttore Generale

Colonna A: Non comprende il numero dei dipendenti derivante dal trasferimento del ramo d'Azienda della UOC Psichiatria dall'Uiss 9 Scaligera

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

Azienda 912 - AOUI di Verona							
	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ²	Personale da processi di reinternalizzazione ³
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	845	0	0	214	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	96	0	0	24	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	35	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		976	0	0	238	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.605	0	0	2	0
	Personale tecnico sanitario	S	483	0	0	26	0
	Personale della riabilitazione	S	129	0	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	6	0	0	1	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	1	0	0	0	0
	OSS	SS	760	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	319	0	0	5	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	688	0	0	11	0
TOTALE PERSONALE COMPARTO		4.991	0	0	45	0	
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		5.967	0	0	283	0	

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

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

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

Il Direttore Generale

Colonna A: Non comprende il numero dei dipendenti derivante dal trasferimento del ramo d'Azienda della UOC Psichiatria dall'Ulss 9 Scaligera.

3.3.7 Formazione

Come esplicitato nell'Atto Aziendale, la missione istituzionale dell'AOUI è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, intesa come recupero e mantenimento della salute fisica e psichica, attraverso un processo che integra in modo inscindibile assistenza, didattica e ricerca. In tale contesto, la formazione rappresenta uno strumento strategico per la costruzione, l'aggiornamento e il consolidamento delle competenze professionali degli operatori sanitari e del personale tecnico-amministrativo, nonché per il continuo progresso delle conoscenze cliniche, biomediche e organizzative. L'AOUI costituisce pertanto sede naturale della formazione specialistica e delle professioni sanitarie.

Il coordinamento delle attività formative è affidato all'Unità Operativa Complessa Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione (UOC SSPI), articolata nel Centro "Practice" e nel Centro di Simulazione e Formazione Avanzata della Regione Veneto (Si.F.A.R.V.), strutture tra loro integrate e complementari. Il Centro Practice è finanziato con risorse aziendali dedicate, mentre il Si.F.A.R.V. è sostenuto da fondi regionali assegnati alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (FSPP) e gestiti in collaborazione con l'UOC SSPI. Quest'ultima rappresenta inoltre il riferimento formativo per il Centro Regionale Emergenza-Urgenza (CREU), il Centro Regionale Trapianti (CRT) e l'Italian Resuscitation Council (IRC).

Nel 2025 l'AOUI ha assolto agli obiettivi regionali relativi alla rendicontazione della produttività scientifica aziendale, trasmettendo alla Regione Veneto la relazione richiesta e mantenendo un presidio di monitoraggio delle attività scientifiche aziendali, pur in assenza di un obbligo regionale per l'anno successivo. Parallelamente, è stato avviato un percorso di innovazione a supporto dell'attività clinica mediante la sperimentazione dell'integrazione dell'intelligenza artificiale in ClinicalKey (CK AI). I risultati preliminari hanno evidenziato un incremento della fiducia nelle decisioni cliniche e un miglioramento della gestione del paziente. Per il 2026 è in fase di valutazione l'attivazione di un contratto integrativo volto a consentire l'estensione dello strumento a tutta la popolazione clinica aziendale.

Il Piano della Formazione Aziendale (PAF) 2025 è stato definito a seguito di una rilevazione strutturata on-line del fabbisogno formativo ed ha previsto 310 corsi, di cui 285 con richiesta di accreditamento ECM. Le attività formative hanno interessato ambiti clinico-assistenziali, organizzativi e trasversali, con particolare attenzione alla sicurezza del paziente, alla sicurezza sui luoghi di lavoro, alla prevenzione e gestione del rischio, alla cybersecurity, alla transizione digitale e alla misurazione della salute. L'AOUI ha contribuito attivamente al raggiungimento degli obiettivi di sistema regionali, partecipando alle Comunità di Pratica promosse da Azienda Zero per la mappatura delle competenze e la valutazione dell'efficacia formativa secondo il modello di Kirkpatrick.

Nel settore Emergenza-Urgenza, nel 2025 sono stati accreditati e realizzati tutti i percorsi formativi base e avanzati richiesti, inclusi quelli relativi all'emergenza extraospedaliera. È proseguito inoltre il supporto alla progettazione e realizzazione di attività di Formazione a Distanza (FAD), in particolare per il corso sull'igiene delle mani, garantendo standard qualitativi, conformità ai requisiti ECM, accessibilità e inclusione.

Nel primo semestre del 2025 è stata predisposta la relazione sull'analisi di fattibilità del processo di qualificazione e certificazione delle attività formative del Si.F.A.R.V. ("bollino

qualità"), finalizzato ad assicurare elevati standard di qualità dei percorsi formativi e a favorire il riconoscimento delle competenze acquisite. A seguito dell'analisi dei percorsi inseriti nel PFA 2025, sono stati individuati corsi di simulazione avanzata idonei ai processi di qualificazione e, in parte, di certificazione delle persone, tra cui il Corso PIPAC e il corso teorico-pratico di microchirurgia dry & wet lab. Tali progetti sono stati inseriti nel PAF 2026 e saranno oggetto di sviluppo nei successivi esercizi.

Nel corso del 2025 sono stati inoltre realizzati corsi di interesse regionale e nazionale, in particolare in ambito di chirurgia robotica e di gestione di incidenti ed emergenze in circolazione extracorporea, nonché consolidate le attività formative in collaborazione con IRC, incluse progettualità di educazione alla rianimazione cardiopolmonare rivolte alle scuole. L'AOUI ha partecipato a iniziative di orientamento e valorizzazione dei talenti e a programmi di scambio formativo internazionale, rafforzando la propria dimensione di apertura e cooperazione.

Sono state garantite le attività formative obbligatorie in materia di salute e sicurezza sul lavoro, prevenzione e gestione del rischio, corretta movimentazione dei pazienti e dei carichi, prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, nonché in ambito amministrativo, con particolare riferimento a trasparenza, tutela dei dati personali e gestione del conflitto di interesse.

Nel 2025 l'UOC SSPI ha presentato alla Direzione Strategica la proposta di aggiornamento del Regolamento aziendale per la formazione, comprensivo delle relative istruzioni operative (IAG), con l'obiettivo di adeguare il sistema formativo aziendale all'evoluzione normativa, contrattuale e organizzativa e di rafforzare la governance complessiva dei processi formativi. Il documento è attualmente all'attenzione della Direzione Strategica.

Il Piano della Formazione Aziendale 2026 conferma i percorsi formativi strategici già attivati e introduce nuove iniziative orientate al miglioramento dei processi organizzativi in un'ottica di "Lean Organization" e di change management. Sono previsti percorsi di formazione iniziale per il personale neoassunto e un ampliamento dell'offerta formativa, sulla base delle proposte pervenute dai dipartimenti aziendali, in coerenza con le tematiche di interesse regionale individuate dalla Regione Veneto e con gli indirizzi della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025.

In attuazione del nuovo CCNL del personale del Comparto Sanità, il PAF 2026 recepisce la riduzione dell'obbligo formativo annuo da 40 a 24 ore, garantendo il pieno assolvimento dell'obbligo contrattuale e assicurando percorsi formativi coerenti con i fabbisogni professionali, organizzativi e normativi dell'Azienda.

L'AOUI assicura infine il monitoraggio sistematico della partecipazione agli eventi formativi e dell'efficacia delle attività previste nel PAF, in un'ottica di miglioramento continuo e di coerenza con gli obiettivi strategici aziendali.

SEZIONE 4 – Monitoraggio

Nella presente sezione del PIAO sono illustrate le modalità e le tempistiche con cui AOUI intende effettuare il monitoraggio degli obiettivi e delle misure elencate del presente Piano. In linea con l'intento del legislatore, l'Azienda auspica di sviluppare progressivamente l'integrazione del sistema di monitoraggio.

4.1 Monitoraggio del valore pubblico e della performance

Ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 150/2009, il monitoraggio della performance è garantito dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che controlla la conformità e l'appropriatezza dell'intero Ciclo della Performance, verificando l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi di performance organizzativa ed individuale a garanzia del rispetto delle norme vigenti e della correttezza della metodologia adottata da AOUI. In particolare, effettua la valutazione sull'avvio del ciclo, sull'effettiva assegnazione degli obiettivi organizzativi e individuali del personale, sul monitoraggio infrannuale e sulla valutazione della performance, evidenziando eventuali criticità del processo, segnalando la necessità o l'opportunità di interventi correttivi.

Misurare il valore pubblico generato dall'Azienda significa valutare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati nel presente Piano 2026-2028, individuare le cause cui attribuire eventuali scostamenti e suggerire le opportune azioni correttive da intraprendere, dandone evidenza nella Relazione sulla Performance³⁶. Infatti, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance che evidenzia i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, successivamente sottoposta all'OIV per la validazione che attesta la correttezza dell'intero Ciclo della Performance.

Infrannualmente viene effettuato il monitoraggio del ciclo della performance, condiviso con l'OIV, attuato a due livelli:

- monitoraggio degli obiettivi assegnati dalla Regione
- monitoraggio degli obiettivi di budget.

Per quanto riguarda il primo livello, il monitoraggio viene effettuato attraverso un sistema strutturato che prevede l'individuazione di un referente aziendale per ciascun obiettivo ed il periodico monitoraggio dello stato di avanzamento degli obiettivi anche secondo le tempistiche previste dalla Regione.

Per quanto concerne invece il secondo livello, il monitoraggio degli obiettivi di budget avviene secondo una prassi consolidata nel corso degli anni. Questa prevede una reportistica periodica predisposta dal Controllo di Gestione a cui si affianca una serie di report analitici e di dettaglio, spesso personalizzati, per indagare ed approfondire ambiti e situazioni critiche. Nel caso di eventi non prevedibili che possono rendere difficile, se non impossibile, la realizzazione di uno o più obiettivi, si procede alla revisione del budget.

³⁶ Secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1), lett b), Decreto Legislativo n. 150 del 2009.

Inoltre, con cadenza mensile, vengono elaborati report di monitoraggio sui principali dati di attività e di costo e su indicatori aziendali strategici e trasversali che consentono di dare una visione d'insieme sulla valutazione complessiva aziendale.

Inoltre, nell'ambito della qualità percepita, AOUI – per il tramite dell'Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) – promuove l'ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti raccogliendo segnalazioni, elogi e reclami provenienti dagli utenti.

Oltre a tale sistema di rilevazione sulla qualità dei servizi offerti, è stato previsto a livello regionale la partecipazione ad ulteriori indagini attraverso l'adesione all'Osservatorio PREMs (Patient Reported Experience Measures) – sull'esperienza di ricovero ordinario ospedaliero in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Sul fronte interno all'Azienda, è stata attivata l'indagine sul clima organizzativo con l'obiettivo di conoscere l'opinione del personale aziendale sull'organizzazione, l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori. I risultati della stessa sono stati oggetto di analisi da parte di un Gruppo di Lavoro aziendale costituito ad hoc, al fine di individuare interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo. L'implementazione delle azioni di miglioramento così definite viene costantemente monitorato, sia da AOUI sia dalla Regione Veneto.

4.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi e trasparenza

Il monitoraggio della sezione rischi corruttivi e trasparenza è condotto dal RPCT in collaborazione con i Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Il RPCT chiede annualmente ai Referenti una relazione dettagliata sulla realizzazione di tutte le misure generali e specifiche previste dal PTPC attraverso la compilazione di un questionario ed effettua verifiche puntuali come ad esempio sulle dichiarazioni raccolte in ordine al divieto di *pantouflage*, sull'attuazione del Codice di comportamento, sul rispetto dei tempi procedurali e sul raggiungimento degli obiettivi.

Particolare attenzione viene posta al monitoraggio programmato nel Piano della Trasparenza, che prevede un controllo di primo livello da parte dei Referenti aziendali per le sezioni di Amministrazione Trasparente di propria competenza e uno di secondo livello effettuato dal RPCT secondo lo scadenziario definito nel Piano.

Il RPCT coordina con i Referenti ulteriori controlli in occasione delle verifiche esterne come ad esempio quelle della Regione Veneto e dell'Organismo Indipendente di valutazione (OIV).

La Regione Veneto, infatti, effettua monitoraggi sugli obiettivi di trasparenza assegnati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

L'OIV è tenuto, invece, ad attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione secondo le indicazioni fornite annualmente da ANAC, esprimendo una valutazione su completezza, aggiornamento e apertura/fruibilità dei dati pubblicati.

L'OIV, inoltre, verifica i contenuti della Relazione annuale, trasmessa dal RPCT e recante i risultati dell'attività di prevenzione della corruzione svolta in Azienda, in relazione agli obiettivi fissati nel PTPC.

Infine, sempre l'OIV, in occasione della presentazione complessiva del PIAO, verifica la coerenza tra gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza con quelli stabiliti dalla programmazione strategico-gestionale.

I risultati dei monitoraggi sono rendicontanti nella sezione 2.3.

Nel dettaglio, i Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, riportano i risultati delle azioni di riduzione del rischio individuate per la Struttura di afferenza nelle rispettive "Schede di valutazione e trattamento del rischio corruzione" (Allegati da 3 a 23). Nelle Schede sono definiti indicatori e target per la realizzazione delle misure pianificate e gli eventuali controlli da effettuare per il monitoraggio.

I risultati sulle misure generali di trasparenza e anticorruzione, invece, sono riportati nella tabella del paragrafo 2.3.1.5, dove sono specificati gli indicatori, i responsabili e i tempi di attuazione.

4.3 Monitoraggio dell'organizzazione e capitale umano

Con riferimento alle risorse umane, si illustrano di seguito i principali strumenti di monitoraggio.

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di adottare il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n.165/2001. Tale strumento deve svilupparsi in maniera coerente con il ciclo della programmazione dell'Azienda, in armonia con gli obiettivi generali e le priorità strategiche individuati, nonché nel rispetto dei vincoli economici.

Data la complessità organizzativa di AOUI, l'elaborazione del PTFP richiede approfondite analisi preventive ed in itinere con il coinvolgimento di diversi attori; sebbene, quindi, il PTFP si sviluppi in una prospettiva triennale, esso viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno esso viene modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo e funzionale che devono sottendere l'individuazione dei fabbisogni necessari per l'azienda.

Inoltre, la Regione Veneto annualmente adotta un provvedimento deliberativo con cui definisce le disposizioni nei confronti delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Con tale provvedimento vengono dettate indicazioni sul reclutamento del personale nelle sue varie forme e si definiscono gli obiettivi di costo per il personale del SSR, individuati per singola Azienda con successivo e specifico Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale.

Considerato che tutte le acquisizioni di personale (sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, ivi comprese quelle per turn over, salvo poche eccezioni, come ad esempio l'acquisizione di personale appartenente alle categorie protette per ottemperare agli obblighi normativi di cui alla L. 68/99 e l'acquisizione di personale

attraverso mobilità reciproca o per compensazione) sono subordinate al rilascio dell'autorizzazione dell'Area Sanita e Sociale della Regione Veneto, trimestralmente le Aziende sono tenute a trasmettere a quest'ultima i piani trimestrali delle assunzioni nelle quali vengono declinate le singole richieste di personale necessarie a soddisfare il fabbisogno.

Generalmente, sempre con cadenza trimestrale, la Regione Veneto richiede alle singole aziende sanitarie una rilevazione sul costo del personale che la stessa sta sostenendo al fine di verificare il rispetto del tetto di spesa che viene definito su base annua.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA - VERONA
ELENCO PROCESSI

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER*	ID	SUBPROCESSI	OWNER*	Limiti	NOTE
PROCESSI DI SUPPORTO	Amministrativa	Pianificazione e controllo strategico A.1-A.10	A.1	Ciclo delle Performance	UOC Controllo di Gestione	A.1.1	Predisposizione Piano della Performance	UOC Controllo di Gestione	Dalla stesura del piano delle performance alla pubblicazione	
						A.1.2	Documento Direttive e Budget	UOC Controllo di Gestione	Dalla stesura del documento di direttive alla diffusione della scheda di budget alle Unità Operative	
						A.1.3	Monitoraggio periodico	UOC Controllo di Gestione	Dall'invio dei monitoraggi alla ricezione delle osservazioni	
						A.1.4	Valutazione Performance	UOC Controllo di Gestione	Dalla valutazione della performance delle Unità Operative alla diffusione	
						A.1.5	Valutazione individuale	UOC Gestione Risorse Umane	Dalla consegna delle schede di valutazione al responsabile individuato al pagamento della produttività/salario di risultato	
						A.1.6	Relazione della Performance	UOC Controllo di Gestione	Dalla stesura della Relazione della performance alla pubblicazione	
			A.2	Predisposizione e aggiornamento delle previsioni economiche aziendali (BEP/CEPA)	UOC Contabilità e Bilancio	A.2.1	Predisposizione del Bilancio di previsione	UOC Contabilità e Bilancio	Dall'acquisizione delle previsioni aziendali alla stesura del documento previsionale, all'invio in Azienda Zero	
						A.2.2	Monitoraggio e aggiornamenti periodici del BEP (CEPA)		Dal monitoraggio periodico dell'andamento delle previsioni, all'analisi degli scostamenti, all'elaborazione degli aggiornamenti e all'invio in Azienda zero	
			A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	UOC Contabilità e Bilancio			-	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	
			A.4	Gestione dei flussi aziendali	UOC Controllo di Gestione			-	Dall'acquisizione dei dati, alla loro analisi all'invio	
		Impianto organizzativo e di controllo A.11-A.20	A.11	Gestione documentale	UOC Affari Generali	A.11.1	Gestione della documentazione aziendale	Ufficio Protocollo	Dalla stesura del manuale della gestione della documentazione aziendale alla verifica della sua corretta applicazione	
						A.11.2	Gestione protocollo e provvedimenti aziendali	Ufficio Protocollo	Dalla stesura del manuale di gestione del protocollo alla verifica della sua corretta applicazione	
						A.11.3	Gestione iter provvedimenti amministrativi (deliberazioni e determinazioni)	Ufficio Delibere	Dal ricevimento delle proposte alla pubblicazione dei provvedimenti amministrativi	
			A.11 bis	Gestione Convenzioni	UOS Convenzioni con Enti e Organismi pubblici e privati (UOC Affari Generali)			-	Dalla individuazione del soggetto pubblico e/o privato con cui stipulare l'accordo alla sottoscrizione della convenzione, previa approvazione dello schema da parte del Direttore Generale con delibera proposta da UOC Affari Generali	
			A.11 ter	Procedimenti disciplinari	Responsabile Ufficio Procedimenti Disciplinari (UOC Affari Generali)			-	Dalla segnalazione dell'infrazione e/o dalla contestazione di addebiti al provvedimento disciplinare e adempimenti conseguenti.	
			A.12	Gestione Privacy	Responsabile Ufficio Codice Privacy (UOC Affari Generali)			-	Dalla rilevazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla verifica del rispetto della normativa alla attivazione di provvedimenti di adeguamento	
			A.13	Gestione della salute e sicurezza sul lavoro	RSPP			-	Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema	
			A.14	Sistema di controllo interno	Internal Auditing	A.14.1	Risk Assessment	Internal Auditing	Dalla valutazione dei rischi alla predisposizione della proposta del Piano di audit	
						A.14.2	Esecuzione del Piano di Audit		Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit report	
			A.15	Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	RPCT	A.15.1	Prevenzione alla Corruzione	RPCT	Dall'elaborazione del piano allo sviluppo dello stesso al monitoraggio delle azioni di prevenzione e alla relazione di fine anno	
						A.15.2	Gestione Trasparenza		Dalla predisposizione del Piano, al suo monitoraggio e alla predisposizione della relazione di fine anno	
		A.21		Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	A.21.1	Programmazione degli acquisti di beni e servizi	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione annuale/triennale, compresa la definizione delle modalità di acquisizione.	
						A.21.2	Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi sotto soglia		Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	
						A.21.3	Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi sopra soglia		Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	
						A.22.1	Gestione amministrativa del contratto di acquisizione di beni	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo amministrativo dello stesso e alla liquidazione della spesa	
						A.22.2	Gestione esecutiva del contratto di acquisizione di beni di consumo sanitari	UU.OO. di volta in volta individuate quali DEC	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo dello stesso e al rilascio della attestazione di regolare esecuzione.	

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER*	ID	SUBPROCESSI	OWNER*	Limiti	NOTE
		Acquisizione e gestione delle risorse strumentali e dei servizi A.21 - A.30	A.22	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	A.22.3	Gestione esecutiva del contratto di acquisizione di beni economici	UOS Economato e Gestione della Logistica (o altre UU.OO. di volta in volta individuate quali DEC)	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo dello stesso e al rilascio della attestazione di regolare esecuzione.	
						A.22.4	Gestione amministrativa del contratto di servizi sanitari	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo amministrativo dello stesso e alla liquidazione della spesa	
						A.22.5	Gestione esecutiva del contratto di servizi sanitari	UU.OO. di volta in volta individuate quali DEC	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al rilascio della stestazione di regolare esecuzione	
						A.22.6	Gestione amministrativa del contratto di servizi non sanitari	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo amministrativo dello stesso e alla liquidazione della spesa	
						A.22.7	Gestione esecutiva del contratto di servizi non sanitari	UU.OO. di volta in volta individuate quali DEC a seconda della tipologia del servizio	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al rilascio della stestazione di regolare esecuzione	
						A.22.8	Gestione amministrativa dei contratti in outsourcing (Pulizie, Lavanderia, Ristorazione)	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo amministrativo dello stesso e alla liquidazione della spesa	
						A.22.9	Gestione esecutiva dei contratti in outsourcing (Pulizie, Lavanderia, Ristorazione)	UOS Economato e Gestione della Logistica	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al rilascio della stestazione di regolare esecuzione, ferme restando le competenze della Direzione Medica Ospedaliera in ordine agli aspetti igienico sanitari.	
			A.23	Gestione della logistica di magazzino <i>Si ritiene che da tale processo debba essere scorporato il sottoprocesso "gestione del magazzino farmaceutico" (A.23.1), per il quale l'UOC Servizio di Farmacia è pienamente autonomo e non dipendente in alcun modo dall'owner individuato per il processo principale</i>	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	A.23.1	Gestione del magazzino farmaceutico	UOC Servizio di Farmacia	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	
						A.23.2	Gestione del magazzino economale	UOS 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	
						A.23.3	Gestione dei magazzini di reparto	UOC Servizio di Farmacia	Dalla richiesta dei beni al magazzino centrale al controllo del ricevuto, alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	
			A.24	Gestione del Project Financing	RUP del Project Financing	A.24.1	Gestione aspetti generali del contratto	RUP del Project Financing	Dall'acquisizione del contratto alla gestione degli aspetti generali, al controllo della corretta esecuzione, alla liquidazione della spesa	
						A.24.2	Gestione del servizio di manutenzione opere edili ed impianti	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	
			A.25	Gestione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	A.25.1	Acquisizione, sviluppo e alienazione del patrimonio immobiliare e impiantistico	UOS Servizio Gestioni e Patrimonio	Dalla definizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione,manutenzione,alienazione	
						A.25.2	Gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico	UOS Servizio Gestioni e Patrimonio	Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese	
			A.26	Gestione del Patrimonio dell'area ICT	UOS Servizio Sistemi Informativi	A.26.1	Acquisizione, sviluppo e alienazione del patrimonio ICT – Gare sopra soglia europea	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dall'acquisizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione, manutenzione ed alienazione	
						A.26.2	Gestione del patrimonio dell'area ICT – Gare sopra soglia	UOS Servizio Sistemi Informativi	Dalla definizione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto, alla verifica della corretta gestione, alla liquidazione delle spese	
						A.26.3	Gestione del patrimonio dell'area ICT – Gare sotto soglia	UOS Servizio Sistemi Informativi	Dalla definizione del fabbisogno, alle procedure di acquisizione, manutenzione ed alienazione, alla verifica della corretta gestione, alla liquidazione delle spese	
			A.27	Gestione delle Attrezzature sanitarie	UOS Servizio Ingegneria Clinica			-	Dalla definizione del fabbisogno all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese	

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER*	ID	SUBPROCESSI	OWNER*	Limiti	NOTE
		Acquisizione e gestione delle risorse umane A.31-A.40	A.31	Gestione delle Risorse Umane	UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	A.31.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti	UOC Gestione Risorse Umane, Personale in Convenzione e rapporti con l'Università	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	Sono in corso di identificazione gli owner di sub processo nell'ambito della stessa UOC Gestione Risorse Umane
						A.31.2	Gestione giuridica		Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.	
						A.31.3	Gestione orario di lavoro		Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	
						A.31.4	Gestione economica e fiscale		Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	
						A.31.5	Gestione previdenziale		Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del dipendente, il quale maturi i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza	
						A.31.6	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)		Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto	
						A.31.7	Gestione Personale universitario in Assistenza		Dall'inserimento in assistenza alla cessazione	
						A.31.8	Gestione Medici Specialisti ambulatoriali		Dall'avvio di procedure di selezione alla cessazione	
			A.32	Formazione	UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione			-	Dalla rilevazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori	
		Gestione finanziaria e contabile A.41-A.50	A.41	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)	UOC Contabilità e Bilancio	A.41.1	gestione contributi in c/esercizio	UOC Contabilità e Bilancio	Dalla registrazione del contributo all'incasso	
						A.41.2	gestione contributi vincolati		Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	
						A.41.3	gestione contributi in c/capitale dallo Stato		Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	
						A.41.4	gestione contributi da privati		Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	
			A.42	Gestione dell'Inventario	UOS Economato e Gestione della Logistica	A.42.1	Inventario beni mobili e attrezzature	UOS Economato e Gestione della Logistica	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile	
						A.42.2	Inventario fisico ciclico dei cespiti (patrimonio mobiliare aziendale)		Dall' programmazione dell'attività di verifica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari	
			A.43	Gestione della Tesoreria	UOC Contabilità e Bilancio	A.43.1	Gestione Fondo Economale	UOC Direzione Amministrativa di Ospedale	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione	
						A.43.2	Gestione Pagamenti	UOC Contabilità e Bilancio	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il Tesoriere	
						A.43.3	Gestione delle Casse aziendali	UOC Direzione Amministrativa di Ospedale	Dalla verifica della prenotazione o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature	
						A.43.4	Regolarizzazione entrate	UOC Contabilità e Bilancio	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reverse, alla riconciliazione con il Tesoriere	
						A.43.5	Gestione contratto di Tesoreria	UOC Contabilità e Bilancio	Dalla gestione dei rapporti contrattuali con il Tesoriere alla liquidazione delle spese derivanti dal contratto	
			A.44	Fatturazione attiva	UOC Contabilità e Bilancio			-	Dalla richiesta di fatturazione, all'emissione della fattura, alla verifica dell'incasso, alla eventuale richiesta di avvio della procedura di recupero del credito	
			A.45	Generazione e chiusura di bilancio	UOC Contabilità e Bilancio			-	Dall'elaborazione del calendario di bilancio, alla gestione delle scritture di assestamento, alla predisposizione della proposta di approvazione del bilancio	
			A.46	Gestione degli Adempimenti fiscali	UOC Contabilità e Bilancio	A.46.1	Gestione adempimenti sostituto d'imposta	UOC Contabilità e Bilancio	Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione degli importi, alle relative gestione delle dichiarazioni	
						A.46.2	Gestione adempimenti imposte dirette	UOC Contabilità e Bilancio	Dalla definizione degli importi alla liquidazione degli stessi fino all'invio delle dichiarazioni periodiche	
						A.46.3	Gestione adempimenti imposte indirette	UOC Contabilità e Bilancio	Dalla definizione degli importi alla liquidazione degli stessi fino all'invio delle dichiarazioni periodiche	
						A.46.4	Gestione imposte e tasse sul patrimonio	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione e all'invio di eventuali dichiarazioni	
			A.47	Recupero del credito	UOC Contabilità e Bilancio			-	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	
			A.48	Mobilità	UOC Controllo di Gestione			-	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso	
		Tutela legale A.51	A.51	Gestione Sinistri e contenzioso	UOS Ufficio Legale	A.51.1	Gestione del contenzioso	UOS Ufficio Legale	Dalla ricezione/comunicazione dell'evento alla definizione del contenzioso	
						A.51.2	Gestione dei sinistri		Dalla manifestazione dell'evento alla chiusura/liquidazione o proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi	

Tipologia	AREA aziendale	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER*	ID	SUBPROCESSI	OWNER*	Limiti	NOTE
PROCESSI PRIMARI	Ospedaliera	Produzione ambulatoriale e di ricovero O.1-O.10	O.1	Specialistica ambulatoriale per esterni	UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera	O.1.1	Gestione dell'offerta di prestazione (CUP)	UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera	Dalla programmazione dell'offerta, all'apertura e gestione delle agende	
						O.1.1 bis	Gestione delle prenotazioni SSN (CUP)	CUP Manager	Gestione e registrazione delle prenotazioni SSN	
						O.1.2	Prestazioni di laboratorio		Dall'accettazione del paziente, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'erogazione e registrazione della prestazione, al rilascio del referto	
						O.1.3	Prestazione di radiodiagnostica	Dir. DAI Patologia e Diagnostica	Dall'accettazione del paziente, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'erogazione e registrazione della prestazione, al rilascio del referto	
						O.1.4	Altre prestazioni specialistiche	DMO	Dall'acquisizione delle prenotazioni, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'esecuzione e alla registrazione della prestazione, al rilascio del referto	
			O.2	Prestazioni di pronto soccorso	Direttore UOC Pronto Soccorso BR Direttore UOC Pronto Soccorso BT			-	Dall'accettazione del paziente alla registrazione della prestazione e al rilascio del referto	
			O.3	Prestazioni di ricovero in SSN	UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera	O.3.1	Gestione delle prestazioni di ricovero SSN	UOC Direzione Medica Ospedaliera per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera	Dall'apertura del ricovero alla gestione dell'archiviazione della documentazione sanitaria	
						O.3.2	Gestione della SDO	Nucleo Aziendale di Controllo	Generazione e controllo del flusso SDO	
						O.3.3	Gestione delle fatturazione diretta	UOS Gestione Clienti	Gestione della richiesta di fatturazione diretta a paganti in proprio	
			O.4	Preparazione e custodia salme	UOC Direzione Medica Ospedaliera per le funzioni igienico - sanitarie e prevenzione dei rischi			-	Dalla presa in carico della salma, al trattamento, al rilascio all'IOF, alla rendicontazione dell'attività ai fini della fatturazione	
		Ricerca O.11-O.20	O.11	Gestione delle ricerche sanitarie	UOS Unità Ricerca Clinica	O.11.1	Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)	UOS Unità Ricerca Clinica	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi, alla rendicontazione e chiusura della stessa	
						O.11.2	Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)		Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi, alla rendicontazione e chiusura della stessa	
		Libera professione O.21-O.30	O.21	Prestazioni in regime LP	UOS Gestione Clienti	O.21.1	Acquisto di prestazioni di LP di azienda (art. 55)	UOS Gestione Clienti	Dalla predisposizione del fabbisogno alla gestione delle acquisizioni, alla liquidazione del compenso	
						O.21.2	Attività specialistica in regime di LP		Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di agende spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	
						O.21.3	Attività di ricovero in regime di LP		Dalla definizione del preventivo alla programmazione del ricovero alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	
						O.21.4	Consulenze / vendita di prestazioni esterne in regime di LP		Dalla pianificazione della consulenza/prestazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi	
			O.22	Vendita di prestazioni (regime istituzionale)	UOS Gestione Clienti			-	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	

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

L'elenco è stato approvato nel 2019 ed è attualmente in fase di aggiornamento

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT	annuale (febbraio)
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
			Atto aziendale	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa elabora il documento e lo trasmette all'Ufficio Comunicazione Interna per la pubblicazione	
			Atti amministrativi generali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, anche su richiesta di altre UO	
			Regolamenti e procedure aziendali		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, anche su richiesta di altre UO	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale		Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza PIAO	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	UOC Affari Generali		
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	dati non di pertinenza	/
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		/
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016		/
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			/

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	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).		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), 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)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) 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)]	Annuale		/
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	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).		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), 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)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) 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)]	Annuale		/

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	dati non di pertinenza	/
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		/
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		/
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		/
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		/
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [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)	Nessuno		/
				3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno		/
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [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)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		/

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Organizzazione	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Comunicazione Interna su indicazione delle singole Strutture	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa elabora il documento e lo trasmette all'Ufficio Comunicazione Interna per la pubblicazione	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Comunicazione Interna su indicazione delle singole Strutture	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ufficio Comunicazione Interna	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università + UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione + UOS Ufficio Legale	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
				Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

LEGENDA	
In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT su dati forniti dalla Direzione	annuale (in occasione rinnovo dichiarazioni incompatibilità o per nuova nomina)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT su dati forniti dalla Direzione	annuale (in occasione rinnovo dichiarazioni incompatibilità o per nuova nomina)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	annuale (marzo)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	annuale (marzo)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	annuale (marzo)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	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).	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		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)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		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)]	Annuale	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	RPCT	annuale (in occasione rinnovo dichiarazioni incompatibilità o per nuova nomina)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	RPCT	annuale (in occasione rinnovo dichiarazioni incompatibilità o per nuova nomina)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (marzo)
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre) funzionamento link e dati a campione
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre) funzionamento link e dati a campione
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	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).		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		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)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		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)]	Annuale		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	dati non di pertinenza alla luce della delibera ANAC n. 149/2014	/
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		/

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		/
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (novembre, vedi conto annuale)
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	dati non di pertinenza	/
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		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	Nessuno		quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [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)	Nessuno		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [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)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		obbligo non applicabile in attesa del Regolamento previsto dall'art.1 comma 7 del DL 162/2019

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT	annuale (marzo)
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	quadrimestrale (marzo, luglio, novembre)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (novembre)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (novembre)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (giugno)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	Trimestrale (febbraio, maggio, agosto, novembre)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Personale	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	Trimestrale (febbraio, maggio, agosto, novembre)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università In collaborazione con struttura aziendale interessata	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	annuale (giugno)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
		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	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)		quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Controllo di Gestione	annuale (giugno)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Tassi adesione sciopero				Tempestivo	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
	Telelavoro				Annuale	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	annuale (aprile)
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione, le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Controllo di Gestione in collaborazione con UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (febbraio)
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (febbraio)
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (agosto)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (dicembre)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (febbraio)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	annuale (dicembre)
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Gestione Risorse Umane, Personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università'	
	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		/
	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - Valutazione esiti	Art. 1, c. 522, L. n. 208/2015 Nota prot. 242544 del 22/06/2016 Giunta regionale – Regione Veneto	Esiti monitoraggio attività assistenziali e della loro qualità	Dati ufficiali e resi disponibili dal Piano Nazionale Esiti unitamente a quelli ufficiali e resi disponibili dal "Progetto Bersaglio" dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna	Annuale (entro il 30 giugno di ogni anno)	UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico	annuale (giugno, da pubblicare entro 30 giugno)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

LEGENDA	
In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali	annuale (febbraio)
				Per ciascuno degli enti:			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i><u>link al sito dell'ente</u></i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i><u>link al sito dell'ente</u></i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
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)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali	annuale (febbraio)
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028 AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali	annuale (febbraio)
		Per ciascuno degli enti:					
		1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)		Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (febbraio)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Attività e procedimenti	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 dlgs 97/2016		/
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:		RPCT coordina la raccolta dei dati di ogni struttura aziendale competente e li pubblica	annuale (marzo)
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		/
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale interessata	annuale (marzo)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche, di cui agli articoli 11 e 15 della Legge 241/90.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale interessata	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: 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. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche, di cui agli articoli 11 e 15 della Legge 241/90.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale interessata	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: 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		
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

LEGENDA	
In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Bandi di gara e contratti (da aggiornare ai sensi del D.Lgs. 36/2023)	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 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)	Tempestivo	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e altre strutture aziendali interessate ai bandi di gara e contratti	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		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	Tempestivo		
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive 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)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione		
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Bandi di gara e contratti (da aggiornare ai sensi del D.Lgs. 36/2023)	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e altre strutture aziendali interessate ai bandi di gara e contratti	annuale (febbraio)
				Per ciascuna procedura:			
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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 all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

LEGENDA	
In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Bandi di gara e contratti (da aggiornare ai sensi del D.Lgs. 36/2023)	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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 all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e altre strutture aziendali interessate ai bandi di gara e contratti	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo		
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ciascuna struttura aziendale interessata	annuale (febbraio)
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (febbraio)
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto:			
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 30gg dall'adozione	UOC Bilancio e Contabilità	annuale (febbraio, entro 30 giorni dall'adozione)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 30gg dall'adozione		
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (giugno, entro 30 giorni dall'adozione)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali o UOS Gestioni e Patrimonio	annuale (febbraio)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali o UOS Gestioni e Patrimonio	annuale (febbraio)
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 o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RPCT	annuale (aprile, in corrispondenza dell'adempimento attestazione OIV)
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	UOC Controllo di Gestione	annuale (luglio, dopo 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)	Tempestivo	UOC Controllo di Gestione	annuale (settembre, dopo 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Controllo di Gestione, UOC Contabilità e Bilancio	annuale (febbraio)
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Contabilità e Bilancio	semestrale (febbraio per preventivo e luglio per consuntivo)
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali, UOC Contabilità e Bilancio	annuale (febbraio)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

LEGENDA	
In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinamento Comunicazione: Ufficio Comunicazione Interna, URP in collaborazione con UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico	annuale (febbraio)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	UOS Ufficio Legale	annuale (febbraio)
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Controllo di Gestione	annuale (giugno)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Medica Ospedaliera	annuale (febbraio)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	tempi di attesa previsti di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata (EX ante)	mensile	UOC Controllo di Gestione in collaborazione con Ufficio Gestione Prenotazioni	mensile
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata (ex post)	trimestrale	UOC Controllo di Gestione in collaborazione con Ufficio Gestione Prenotazioni	trimestrale
	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.	Tempestivo	Ufficio Comunicazione interna	annuale (giugno)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Contabilità e Bilancio	trimestrale (gennaio, aprile, luglio, ottobre)
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	UOC Contabilità e Bilancio	trimestrale (gennaio, aprile, luglio, ottobre)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Contabilità e Bilancio	trimestrale (gennaio, aprile, luglio, ottobre)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		trimestrale (gennaio, aprile, luglio, ottobre)
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Contabilità e Bilancio	annuale (febbraio)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
	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 (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	annuale (giugno)
	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	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		annuale (giugno, verificare funzionamento link))
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		/
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	dati non di pertinenza	/
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		/
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i provvedimenti adottati dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona durante l'emergenza sanitaria legata al Covid-19 rispettano le disposizioni normative vigenti. Sono comunque pubblicati i link ai provvedimenti assunti nel periodo di emergenza relativi agli acquisti e al personale. Inoltre sono stati pubblicati i dati relativi alle donazioni di beni e in denaro per l'emergenza COVID-19	
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT	annuale (febbraio, dopo approvazione piano)
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT	annuale (febbraio)
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT	quadrimestrale (febbraio, giugno, ottobre) verificare funzioni link al software whistleblower
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT	annuale (entro 31 gennaio o secondo scadenza adempimento)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT	annuale (febbraio)
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT	annuale (febbraio)
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	annuale (febbraio)
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT	annuale (febbraio)
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT	semestrale (gennaio, luglio)

PIANO DELLA TRASPARENZA 2026-2028
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

					LEGENDA		
					In azzurro vengono evidenziati i dati non di pertinenza	In grigio vengono evidenziati o dati non più soggetti ad obbligo di pubblicazione	
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento (ove tempestivo si intende entro 30gg dall'elaborazione del dato)	Struttura competente per l'elaborazione e pubblicazione dei dati e per il monitoraggio sulla completezza dei dati pubblicati Responsabilità: Direttore/Responsabile della Struttura indicata (i nominativi sono individuabili nella sezione "Organizzazione/Articolazione degli uffici")	Tempistiche di monitoraggio RPCT (a campione)
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Responsabile transizione al digitale	annuale (entro 31 marzo)
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Responsabile transizione al digitale	annuale (entro 31 marzo)
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Obiettivi accessibilità: Responsabile transizione al digitale + Piano telelavoro: UOC Gestione Risorse Umane personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università	annuale (entro 31 marzo)
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 4 D.P.C.M. 25/09/2014	Censimento autovetture di proprietà dell'Azienda e in locazione/noleggìo	Numero ed elenco delle autovetture di servizio con l'indicazione della cilindrata e dell'anno di immatricolazione	Annuale	UOC Affari Generali	annuale (marzo)
	Dati ulteriori	Art. 4, c. 3 – Art. 3, c. 5 – Art. 10, c. 4, L. n. 24/2017 Nota prot. 2257 del 21/02/2018 Azienda Zero – Regione del Veneto	Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	Erogazioni a favore dei pazienti, per responsabilità della struttura e/o del professionista, in forma aggregata e suddivise per anno. Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, cause e conseguenze. Denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, contratti e clausole. Scheda broker regionale, peculiarità organizzative dell'Azienda, contatti aziendali per ulteriori informazioni	Annuale (entro il 31 marzo di ogni anno)	UOS Ufficio Legale, Risk Management	annuale (marzo)
	Dati ulteriori	D.Lgs. 52/2019	Dati sperimentazioni cliniche medicinali	CV principal investigator ed elenco sperimentazioni	trimestrale	UOS Unità Ricerca Clinica	trimestrale (gennaio, aprile, luglio, ottobre)
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		strutture aziendali interessate	annuale (febbraio)

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)						ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO				TRATTAMENTO DEL RISCHIO									
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIBRO DEL PROCESSO	CLASSE DI RISCHI	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Rating (1 - 5)	8 - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PFC 2024-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2024	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2024	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2026	INDICATORI E TARGET 2024-2026	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2026				
AFFARI GENERALI	A.11.1	Gestione della documentazione contabile	Dallo esaurimento del manuale della gestione della documentazione contabile allo verifica della sua corretta applicazione	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/	/				
AFFARI GENERALI	A.11.2	Gestione protocollo e provvedimenti contabili	Dallo esaurimento del manuale di gestione del protocollo allo verifica della sua corretta applicazione	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/	/				
AFFARI GENERALI	A.11.3	Gestione dei provvedimenti amministrativi (dell'elaborazione e determinazione)	Dal ricevimento delle proposte allo pubblicazione dei provvedimenti amministrativi	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/	/				
AFFARI GENERALI	A.11.1n	Gestione Convenzioni	Dalla individuazione del soggetto pubblico e/o privato con cui stipulare l'accordo alla sottoscrizione della convenzione, previa approvazione dello schema da parte del Direttore Generale non dell'ente proposto da UOC Affari Generali.	ARG2	Provvedimenti inerenti allo sfersa giuridico del contratto con effetto economico	Emissione spese associatori di convenzionati	Riconoscimento di rimborso spese violante per le attività svolte a favore di ASO Verona non ammessi da adeguata giustificazione in considerazione delle modalità e della diversità delle tipologie delle richieste prodotte da persone delle numerose Associazioni convenzionate.	1,50	MB	Esame e valutazione delle richieste di rimborso delle spese presentate da parte delle Associazioni di convenzionati, per le attività svolte a favore di ASO Verona, in base ai criteri previsti dal Regolamento contabile (di cui alla deliberazione n. 1175 del 27/12/2017, come modificata e integrata con deliberazione n. 343 del 14/6/2023, previa verifica delle somme messe a copertura, rispetto al tempo, alla congruità delle somme, alla correttezza e coerenza degli importi richiesti, quale rimborso spese e alla delegazione dei documenti giustificativi.	N. richieste emesse o seguite verifich con esito positivo / N. totale richieste pervenute target: 100%	Esame e valutazione delle richieste di rimborso delle spese, presentate nell'anno 2024 da parte delle Associazioni di convenzionati, in base ai criteri previsti dal Regolamento contabile (di cui alla deliberazione n. 1175 del 27/12/2017, come modificata e integrata con deliberazione n. 343 del 14/6/2023, previa verifica delle somme messe a copertura, rispetto al tempo, alla congruità delle somme, alla correttezza e coerenza degli importi richiesti, quale rimborso spese e alla delegazione dei documenti giustificativi, nonché di ricorso da parte delle U.O. interessate	13 richieste emesse / 13 richieste pervenute per le richieste pervenute nel 2024 e pervenute in tempo con le informazioni disponibili 14/10/2024 e 10/1/2025 per le richieste pervenute nel 2024 in corso di istruttoria in attesa della conclusione, entro la fine di dicembre 2025, della relativa determinazione di merito	Esame e valutazione delle richieste di rimborso delle spese presentate da parte delle Associazioni di convenzionati, per le attività svolte a favore di ASO Verona, in base ai criteri previsti nel Regolamento contabile per la disciplina delle attività di convenzionati, in cui vengono aggiunti in base di approvazione, previa verifica delle richieste, stesse con particolare riguardo al rispetto dei tempi, alla congruità delle somme, alla correttezza e coerenza degli importi richiesti, quale rimborso spese e alla delegazione dei documenti giustificativi.	N. richieste emesse o seguite verifich con esito positivo / N. totale richieste pervenute target: 100%	Verifica, attraverso il personale individuato (Coordinatori dei moduli di attività interessati e Dipartimento Direzione Medica) dell'effettivo espletamento delle attività, di ritorno dell'Aspirante, sulla base di quanto effettuato nel regime presenza o di ritorno dal CEDAS) tempestivo indicativamente una volta all'anno in settembre/ottobre					
AFFARI GENERALI	A.11.1n	Procedimenti disciplinari	Dalla segnalazione dell'infrazione o/o dalla contestazione di codici di comportamento disciplinare e conseguenti provvedimenti	ARG4	Accusazione e gestione del personale	Gestione dei procedimenti disciplinari	Rischio di tentativi di influenzare l'esercizio dell'attività disciplinare di fine di osservare le decisioni di compatibilità dell'UPD	1,50	MB	Esame di criteri di valutazione uniformi e coerenti nell'esame delle segnalazioni e nella definizione dei procedimenti disciplinari; comunicazione scritta, in caso di mancato avvio dell'azione disciplinare, al Direttore/Responsabile della struttura che ha effettuato la segnalazione dei fatti, dei motivi per i quali il fatto di non procedere, motivazione adeguata dei provvedimenti conclusi dei procedimenti disciplinari; con indicazione anche delle norme applicate, con riferimento alle norme di legge, contrattuali (CCNL) e ai Codici di comportamento (istituzionale e aziendale), nonché, in caso di irrogazione di una sanzione disciplinare, dei criteri adottati per la determinazione del tipo e dell'entità della sanzione	Numero procedimenti avviati e conclusi nel rispetto del stato termini / N. segnalazioni pervenute target: 100%	Esame di criteri di valutazione uniformi e coerenti nell'esame delle segnalazioni e nella definizione dei procedimenti disciplinari; comunicazione scritta, in caso di mancato avvio dell'azione disciplinare, al Direttore/Responsabile della struttura che ha effettuato la segnalazione dei fatti, dei motivi per i quali il fatto di non procedere, motivazione adeguata dei provvedimenti conclusi dei procedimenti disciplinari; con indicazione anche delle norme applicate, con riferimento alle norme di legge, contrattuali (CCNL) e ai Codici di comportamento (istituzionale e aziendale), nonché, in caso di irrogazione di una sanzione disciplinare, dei criteri adottati per la determinazione del tipo e dell'entità della sanzione	19 procedimenti conclusi nel termine / 19 segnalazioni pervenute / 19 procedimenti conclusi nel termine / 19 segnalazioni pervenute target: 100%	Esame di criteri di valutazione uniformi e coerenti nell'esame delle segnalazioni e nella definizione dei procedimenti disciplinari; comunicazione scritta, in caso di mancato avvio dell'azione disciplinare, al Direttore/Responsabile della struttura che ha effettuato la segnalazione dei fatti, dei motivi per i quali il fatto di non procedere, motivazione adeguata dei provvedimenti conclusi dei procedimenti disciplinari; con indicazione anche delle norme applicate, con riferimento alle norme di legge, contrattuali (CCNL) e ai Codici di comportamento (istituzionale e aziendale), nonché, in caso di irrogazione di una sanzione disciplinare, dei criteri adottati per la determinazione del tipo e dell'entità della sanzione	N. procedimenti conclusi nel termine / N. segnalazioni pervenute target: 100%	Verifica del rispetto delle misure previste per la riduzione del rischio con riferimento a ciascun procedimento disciplinare che sarà avviato, istruito e concluso					
AFFARI GENERALI	A.12	Gestione Privacy	Dalla deviazione degli oneri soggetti a normativa specifica, allo verifica del rispetto della normativa alla attuazione di provvedimenti di adeguamento	/	/	/	/	/			/	/	/	/	/	/	/				

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: UOC CONTABILITA' E BILANCIO

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)						ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO						
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto		AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTPC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTPC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2026-2028
CONTABILITA' E BILANCIO	A.2	Predisposizione e aggiornamento del Piano Investimenti	Dall'acquisizione delle previsioni/richieste interne ed esterne alla stesura del Piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorporamento	/	/	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONTABILITA' E BILANCIO	A.41.1	Gestione contributi in c/esercizio	Dalla registrazione del contributo all'incasso	/	/	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONTABILITA' E BILANCIO	A.41.2	Gestione contributi vincolati	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	/	/	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONTABILITA' E BILANCIO	A.43.2	Gestione Pagamenti	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il Tesoriere	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Effettuazione pagamenti	Effettuazione di pagamenti a beneficiari diversi dai creditori legittimi	3,50	MA	/	Reiterazione dei controlli e verifica dei pagamenti mediante la correttezza dell'iban di pagamento rispetto a quanto dichiarato dal fornitore nel modulo di Tracciabilità dei pagamenti	Zero pagamenti a soggetti diversi	Segregazione delle competenze e controlli sui pagamenti, anche a campione da parte del Collegio Sindacale in sede di verifica periodica	Nessuna anomalia riscontrata	Reiterazione dei controlli e verifica su segregazione delle competenze	Zero pagamenti a soggetti diversi	Controlli trimestrali a campione sulla corrispondenza del conto corrente dedicato e quello utilizzato per l'effettuazione del pagamento
CONTABILITA' E BILANCIO	A.43.4	Regolarizzazione entrate	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reverse, alla riconciliazione con il Tesoriere	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONTABILITA' E BILANCIO	A.44	Generazione e chiusura di Bilancio	Dall'elaborazione del calendario di Bilancio, alla gestione delle scritture di assestamento, alla predisposizione della proposta di approvazione del Bilancio	/	/	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONTABILITA' E BILANCIO	A.45	Gestione degli adempimenti fiscali	Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione e all'invio di eventuali dichiarazioni	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONTABILITA' E BILANCIO	A.46	Recupero del credito	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Mancato avvio delle procedure di recupero coattivo	Esclusioni per motivi opportunistici di alcune posizioni	2,80	M	Si tratta della fase di recupero coattivo del credito, che avviene sui crediti scaduti e già sottoposti a doppio sollecito effettuati da parte delle UO competenti	L'attività è stata analizzata ad ottobre 2025. Il monitoraggio delle azioni verrà effettuato a partire dal 2026	/	/	/	Mantenimento della segregazione delle competenze esistente	Totale posizioni da mettere a ruolo=posizioni messe a ruolo	Controllo a campione della messa a ruolo delle posizioni relative all'esercizio precedente (ad un anno dal 11° sollecito)
CONTABILITA' E BILANCIO	A.48	Donazioni	Dalla comunicazione del donante all'Azienda alla comunicazione dell'esito in merito all'accettazione o meno della donazione in oggetto	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Non si ravvedono attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata con DDG 1303/2023

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)						ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	DI AREA O AZIENDALI	AREA O AZIENDALI	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	8 - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PIPC 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PIPC 2024-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORI E TARGHE 2024-2028	PIANIFICAZIONE E DEI CONTROLLI 2024-2028
Controllo di Gestione	A.1.1	Predisposizione Piano della Performance (*)	Dalla stesura del piano delle performance alla pubblicazione	/	/	/	/	/	/	A partire dall'anno 2023 non è stato più predisposto il Piano della Performance ma come da normativa nazionale il Piano Integrato di Attività e Organizzazione	/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	A.1.2	Documento Direttive e Budget	Dalla stesura del documento di direttive alla diffusione della scheda di budget alla Unità Operative	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	A.1.3	Monitoraggio periodico	Dall'invio dei monitoraggi alla ricezione delle osservazioni	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	A.1.4	Valutazione Performance	Dalla valutazione della performance delle Unità Operative alla diffusione	AR08	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Valutazione delle Unità Operative	La valutazione degli obiettivi assegnati potrebbe essere condotta in modo improprio, abusando della discrezionalità per favorire determinate Unità Operative	2,00	MB	Adozione del manuale dei criteri di valutazione contenente azioni di miglioramento rispetto al precedente. Produzione di evidenze documentali relative alla valutazione dei singoli obiettivi da parte dei referenti valutatori, adozione atto deliberativo relativo ai risultati raggiunti e scostamenti nell'anno di riferimento.	Presentato e diffusione del nuovo manuale dei criteri, evidenze documentali relative alla valutazione dei singoli obiettivi da parte dei referenti valutatori e pubblicazione dell'atto deliberativo relativo alla performance raggiunta dall'ACUI	È stato aggiornato e adottato il manuale dei criteri di valutazione dei singoli obiettivi. È stata fatta solo scorta delle indicazioni date dai valutatori in collaborazione con la nostra UOC. È stato adottato l'atto deliberativo relativo ai risultati raggiunti e scostamenti nell'anno di riferimento.	Il manuale dei criteri di valutazione è stato predisposto sulla base delle indicazioni dei singoli valutatori, validate dalla Unità Direzione con il supporto della UOC Controllo di Gestione ed inviato alle UOC congiuntamente alla valutazione conclusiva annuale in data 01/07/2025.	Revisione del manuale dei criteri di valutazione specificando, in modo più dettagliato e approfondito, i criteri di valutazione, rispetto all'anno precedente. Produzione di evidenze documentali relative alla valutazione dei singoli obiettivi da parte dei referenti valutatori, adozione atto deliberativo relativo ai risultati raggiunti a livello aziendale e scostamenti nell'anno di riferimento.	Presentato e diffusione del nuovo manuale dei criteri, evidenze documentali relative alla valutazione dei singoli obiettivi da parte dei referenti valutatori e pubblicazione dell'atto deliberativo relativo alla performance raggiunta da ACUI Verona.	/	
Controllo di Gestione	A.1.6	Relazione della Performance	Dalla stesura della Relazione della performance alla pubblicazione	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	A.4	Gestione dei flussi aziendali (*)	Dall'acquisizione dei dati, alla loro analisi e invio	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	A.48	Misurabilità (*)	Dalla registrazione della prestazione/raggiungimento all'invio dei flussi	/	/	/	/	/	/		/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e all'aggiornamento periodico e a scostamento	AR03	Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio	L'UOC Controllo di Gestione interviene nei processi solo con attività di cost analysis.	Nelle richieste a vario titolo (es. investimenti, attrezzature aziendali) la valutazione potrebbe essere condotta adottando particolari procedure per favorire determinati soggetti	2,00	MB	Anche per l'anno 2025 la struttura non è stata più coinvolta.	/	/	/	/	/	/	/
Controllo di Gestione	O.22	Verifica di prestazioni (regime istituzionale)	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	AR03	Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio	L'UOC Controllo di Gestione interviene nei processi solo con attività di cost analysis.	Nelle richieste di prestazioni a vario titolo la valutazione potrebbe essere condotta adottando particolari procedure per favorire determinati soggetti	2,00	MB	Conduzione delle attività di analisi e costi secondo la procedura, adozione di modulistica aziendale, verifica delle informazioni fornite e segregazione delle fasi del processo, rispetto dei criteri di trasparenza.	Le azioni di riduzione del rischio saranno condotte solo scorta dei criteri degli anni precedenti indicati nella colonna note.	Evidenze documentali.	Le attività di analisi dei costi sono state condotte secondo parametri e formati standardizzati, sulla base dei dati aggiornati di contabilità analitica regionale, con la previsione di una fase di secondo verifica interna alla UOC Controllo di Gestione. Per le analisi dei costi legate alle sperimentazioni o ricerche cliniche, nel corso del 2024 è stato revisionato la procedura legata alle sperimentazioni in convenzione con il CRC.	Ci sono evidenze dell'analisi dei costi e della modulistica regionale/azienda nella documentazione archiviata presso l'UOC.	Le azioni di riduzione del rischio saranno condotte solo scorta dei criteri degli anni precedenti indicati nella colonna note.	Evidenze documentali.	/
Controllo di Gestione	O.21	Prestazioni in regime IP	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	AR02	Attività libero-professionale	L'UOC Controllo di Gestione interviene nei processi con il controllo dei volumi di attività svolte e di libera professione svolta dal personale medico.	Nelle richieste di prestazioni a vario titolo la valutazione potrebbe essere condotta adottando particolari procedure per favorire determinati soggetti	2,00	MB	Conduzione delle attività di analisi e costi secondo la procedura, adozione di modulistica aziendale, verifica delle informazioni fornite e segregazione delle fasi del processo, rispetto dei criteri di trasparenza.	Le azioni di riduzione del rischio saranno condotte solo scorta dei criteri degli anni precedenti indicati nella colonna note.	Evidenze documentali.	Le attività di analisi dei costi sono state condotte secondo parametri e formati standardizzati, sulla base dei dati aggiornati di contabilità analitica regionale, con la previsione di una fase di secondo verifica interna alla UOC Controllo di Gestione.	Ci sono evidenze dell'analisi dei costi e della modulistica regionale/azienda nella documentazione archiviata presso l'UOC.	Le azioni di riduzione del rischio saranno condotte solo scorta dei criteri degli anni precedenti indicati nella colonna note.	Evidenze documentali.	/
Controllo di Gestione																	
Controllo di Gestione	O.21	Prestazioni in regime IP	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	AR02	Attività libero-professionale	L'UOC Controllo di Gestione interviene nei processi con il controllo dei volumi di attività svolte e di libera professione svolta dal personale medico.	Il controllo dei volumi di attività svolta dal personale medico potrebbe essere condotta adottando particolari procedure per favorire determinati soggetti	2,00	MB	Conduzione dei controlli secondo la procedura, verifica delle informazioni fornite e segregazione delle fasi del processo, condizionalità dei risultati con le parti interessate dell'Azienda (INAM, OPV) e rispetto dei criteri di trasparenza.	Le azioni di riduzione del rischio saranno condotte solo scorta dei criteri degli anni precedenti indicati nella colonna note.	Evidenze documentali.	I controlli sono stati eseguiti trimestralmente utilizzando i dati del sistema informativo aziendale, con la previsione di una fase di secondo verifica interna al controllo di gestione. Sono stati condivisi i risultati con le parti interessate dell'Azienda (INAM, OPV) nel rispetto dei criteri di trasparenza.	Ci sono evidenze dell'analisi dei costi e della modulistica regionale/azienda nella documentazione archiviata presso l'UOC.	Le azioni di riduzione del rischio saranno condotte solo scorta dei criteri degli anni precedenti indicati nella colonna note.	Evidenze documentali.	/

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2026-2028

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
Struttura competente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)						ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO						
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto		AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTPC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTPC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2026-2028
DAO	A.43.1	Gestione Fondo Economico	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Consegna denaro	Consegna denaro. E' stata istituita apposita procedura e matrice del rischio. Il rischio consiste sia nel fatto che venga consegnata una quantità di denaro non coincidente con la pezza giustificativa o che non sia presente la pezza giustificativa.	1.50	MB		Procedere con i controlli mensili e redigere nuovo regolamento	Controlli sulle modalità di consegna del denaro	Redazione della bozza del regolamento condiviso con le altre U.U.O.O.	Testo condiviso del regolamento e invio dello stesso all'UO competente per la stesura della deliberazione di approvazione	Implementazione del nuovo adottando regolamento	Adozione e compilazione della modulistica indicata nel regolamento	Verifica ogni 4 mesi dell'implementazione
DAO	A.43.3	Gestione delle Casse aziendali	Dalla verifica della prenotazione (o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature	ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Pagamenti alla cassa	Dal 30/1/2023 si è completata l'esternalizzazione di entrambi i punti cassa di AQUL. Il fondo cassa è stato ceduto da AQUL a Consorzio Leonardo subentrato dal 30/1/2023 a GPI SPA	3.50	MA		Oltre alla prototipazione dei singoli operatori, in sinergia con il Servizio Bilancio è prevista la revisione del Regolamento delle Casse, che potrà avvenire solo quando il nuovo software conterrà tutte le funzionalità richieste ad AQUL e a GPI.	Verifica mensile sugli operatori in sinergia con il Servizio Bilancio b) A campione	Redazione della bozza del regolamento condiviso con le altre U.U.O.O.	Testo condiviso del regolamento e invio dello stesso all'UO competente per la stesura della deliberazione di approvazione	Implementazione del nuovo adottando regolamento	Adozione e compilazione della modulistica indicata nel regolamento	Verifica ogni 6 mesi dell'implementazione
DAO				ARG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Processo di revoca/ storno della prestazione	Rischio di annullamento indebito/ingiustificato di una prestazione con relativo storno alla cassa	1.90	MB		Per il 2025 si ritiene mantenere i controlli attuali nell'attesa di una verifica delle nuove funzionalità del nuovo SIO	Corrispondenza tra prestazioni/annullate e stornate	Controlli attuati	File con l'elenco di tutti gli storni effettuati	Mantenere i controlli	File con l'elenco di tutti gli storni effettuati	Mensili
DAO	A.22.7	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi/Gestione esecutiva del contratto di servizi non sanitari	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al rilascio della attestazione di regolare esecuzione	ARG4	Contratti pubblici	Verifica prestazioni in sede esecuzione contratto; Esternalizzazione Sportelli Multifunzione; casse automatiche	Alterazioni attività di controllo al fine di far conseguire al fornitore indebiti vantaggi o in cambio di vantaggi	2.00	MB		Per il 2025 si ritiene mantenere i controlli attuali nell'attesa della nuova esternalizzazione e delle nuove SLA	rispetto budget orario mensile definito nella nuova gara regionale b) rispetto numero di sportelli richiesti per fascia oraria c) controllo valutati mensili	Controlli attuati	Verbal di verifica fornitura e file con i controlli effettuati	Mantenere i controlli	Verbal di verifica fornitura e file con i controlli effettuati	Mensili

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
 Struttura competente: UOC DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
 Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso MA - Medio A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTFC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTFC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2026-2028
DPS	(*)	Gestione risorse umane dipendenti interni (*)	(*)	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Trasferimenti interni dei dipendenti	Poca trasparenza nella gestione della procedura di trasferimento	1,60	MB	procedura in revisione	Implementazione in via sperimentale del nuovo regolamento	Chiusura confronto con le OOSs sui criteri per la definizione delle graduatorie di mobilità. Attivazione di almeno 1 bando di mobilità in via sperimentale con il nuovo regolamento	Non applicabile	Non applicabile	Implementazione in via sperimentale del nuovo regolamento	Chiusura confronto con le OOSs sui criteri per la definizione delle graduatorie di mobilità. Attivazione di almeno 1 bando di mobilità in via sperimentale con il nuovo regolamento	controlli a campione sui trasferimenti effettuati nel corso dell'anno
DPS	(*)	Gestione del personale di assistenza per attività di supporto indiretto alla libera professione (bancari) (*)	(*)	ARS2	Attività libero-professionista	Controlli sulle timbrature per il calcolo delle ore svolte a supporto della libera-professione e invio alla UOC Gestione Risorse Umane per il successivo pagamento	Mancata effettuazione di controlli	1,60	MB		MANTENERE I CONTROLLI PERIODICI TRA LA PIANIFICAZIONE DEI TURNI DI SUPPORTO ALLA LP E LE TIMBRATURE EFFETTUATE	PRESENZA AGLI ATTI DELLE ELABORAZIONI UTILIZZATE PER EFFETTUARE I CONTROLLI	Durante il 2025 sono state effettuati controlli incrociati tra piano delle presenze in supporto alla LP e timbrature effettuate con la casuale prevista prima dell'invio della richiesta di pagamento al Servizio personale	Effettuato controllo mensile,evidenze agli atti	Mantenere il controllo periodico tra la pianificazione dei turni di supporto alla LP e le timbrature effettuate	Presenza agli atti delle elaborazioni utilizzate per effettuare i controlli	Prima di ogni richiesta per il pagamento o con cadenza mensile
						Reclutamento personale di assistenza per attività di supporto indiretto alla libera professione (bancari)	Scarsa imparzialità	1,40	B	procedura in revisione	MANTENIMENTO ATTIVITA' PIANIFICATE ED ATTUATA NEL 2024	VERIFICA DEL PERSONALE INTERMEDISTICO IMPIEGATO E DEI NUOVI INSERITI NELL'ANNO DI RIFERIMENTO (ALMENO 10 NEOINSERITI/ANNO)	Divulgata l'informativa a tutto il personale della possibilità di effettuare attività di supporto all'UF. Meccanismo di arruotamento, volontario per tutto il personale infermieristico a tempo indeterminato (che ha superato il periodo di prova, e comunque non prima di aver accumulato 6 mesi di anzianità), a tempo pieno, che ne fa richiesta. Compilazione MAG 51	B1- personale attivo: 141- turni coperti totali anno 2025: 2081- media turni assegnati per dipendente al mese: 2/3 - postazioni lavoro: 7- meccanismo di assegnazione: rotazione tra i bancari in base alle disponibilità espresse dal dipendente. Inseriti 14 nuovi infermieri su 22 colloqui informativi effettuati B6- personale attivo: 49- turni coperti totali anno 2025: 914- media turni assegnati per dipendente al mese: 3/4 - postazioni lavoro: 4- meccanismo di assegnazione: rotazione tra i bancari in base alle disponibilità espresse dal dipendente. Inseriti 8 nuovi infermieri su 12 colloqui informativi effettuati. Difficile la rotazione dei dipendenti tra Borgo Trento e Borgo Roma	Mantenimento attività pianificata ed attuata nel 2025	Verifica del personale di supporto impiegato e dei nuovi inseriti nell'anno di riferimento (almeno 10 nuovi inseriti /anno)	Annuale

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: UOC Direzione Medico Operativa per la Gestione e l'Organizzazione Ospedaliera

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)						ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO						
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	DI AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	9 - Rosso 10 - Arancio Rosso 11 - Giallo 12 - Verde 13 - Verde Chiaro 14 - Verde Scuro 15 - Verde Scuro		AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PIP 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PIP 2024-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NEL BIENNIO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2025-2026	INDICATORI E TARGHET 2025-2026	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2025-2026
DMD Gestione e Organizzazione	Q.1	Specificistica ambulatoriale per sistemi	Dalla programmazione dell'offerta, all'apertura e gestione delle agende, al controllo dell'avvenuto pagamento, all'efficienza e registrazione della prestazione, al rilascio del referto	ARG1	Provvedimenti inerenti alla linea giuridica del distruttato PRIV di effetto economico	Programmazione dell'offerta: apertura e gestione delle agende. Se è verificata la richiesta di chiusura di un'agenda, la comunicazione della lista dei pazienti viene data alla segreteria o a quella la comunicazione ai pazienti già programmati e la programmazione è stata data. E' in capo alla DMD-GO il compito di garantire sulla offerta ambulatoriale attraverso la predistribuzione (chiusura delle agende e registrare il governo delle liste di attesa	Rischio di preavviso nella fase di prenotazione di una prestazione, rischio che venga meno in seguito ad un'aggiornamento programmazione e ad un adeguato servizio di prenotazione	3,3	M	Verifica di costanti controlli sull'apertura e chiusura agende e sul piano di prenotazione e presso il servizio	Miglioramento proficuo dell'attività e tempi/registri del collegamento delle liste.	Estensione del piano operativo pluriennale del governo delle liste di attesa; pubblicazione delle agende Regionali di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 702 del 28/06/2024; approvazione del documento flow chart di cui al Decreto Regionale n. 17 del 4 Agosto 2024 inerenti all'attività della Cattedra di Regia ospedaliera per il governo delle liste di attesa ambulatoriali. Per le prestazioni ambulatoriali, si fine di ridurre i tempi di attesa, si è implementato un monitoraggio settimanale delle richieste assunte in pre-appuntamento	Referti dei vari controlli hanno garantito, per quanto possibile, una regolare gestione dei processi di apertura e chiusura agende, anche in rapporto alla gestione dei tempi di attesa. Sono state, altresì, offerte agende aggiuntive con ricupero di prestazioni dei dirigenti avanti detto e sul personale del comparto suoneria richiesta del tipo di prestazione (es. Ginecologia e otorinolaringoiatria)	Prestazione di costanti controlli sull'apertura e la chiusura delle agende. Se necessario, le richieste vengono discusse in sede di team multidisciplinari	Obiettivo: miglioramento proficuo e costante dell'attività e riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni delle prestazioni ambulatoriali.	Controlli svolti contestualmente alla richiesta di apertura e chiusura delle agende	
DMD Gestione e Organizzazione	Q.1.1	Gestione delle prestazioni di ricovero SMI	(*) Dall'apertura del ricovero fino alla gestione dell'aspirazione della documentazione sanitaria	ARG3	Lista di attesa	Attività di governo delle liste di attesa	Rischio possibile consistere in un mancato rispetto delle liste e dei tempi di attesa per classe di priorità, con conseguenti allungamenti nel tempo di attesa, che necessita di verifiche da parte degli uffici centrali competenti, consistenti nell'invio di note di richiamo sul rispetto delle procedure e di report o codici registrati relativi all'attività di tutte le UOC.	3,1	M	(*) Dalla messa in lista di attesa, apertura del ricovero fino alla gestione dell'aspirazione della documentazione sanitaria	Controllo del rispetto delle liste di attesa e delle classi di priorità, con conseguenti allungamenti nel tempo di attesa, che necessita di verifiche da parte degli uffici centrali competenti, consistenti nell'invio di note di richiamo sul rispetto delle procedure e di report o codici registrati relativi all'attività di tutte le UOC.	Obiettivo: controllo del rispetto delle priorità nei montaggi dei tempi e delle liste di attesa, secondo la class di priorità anche mediante report trimestrali.	Effettuazione di incontri a cadenza periodica (di norma trimestrali) con i referenti clinici della gestione delle liste di attesa di ricovero. Tali incontri vengono veicolati tramite la Direzione Strategica. Istituzione della PAG LA (GESTIONE DELLA LISTA DI ATTESA E DELLA PRESA IN CARICO PER I RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI) e della IAG LA (PROCESSO MINIMINVASIVO). AZIENDALE PER ICDI OPERAZIONARI. Monitoraggio della UOC Chirurgia di interventi di cura con LA "scatoli" con richiesta di prenotazione LA. Trasmissione del Assistenza SO delle posizioni di LA non manifestabili dalle UOC Chirurgiche	Riduzione del numero di pz in LA "scatoli" rispetto alla classe di priorità assegnata. Miglioramento della manutenzione delle LA (vedi report trimestrali mensilmente al Gruppo tecnico regionale)	Preselezione della calendarizzazione mensile degli incontri con referenti LA. Pubblicazione trimestrale con tutte le UOC chirurgiche di eventuali richieste di intervento da Regione del Veneto sul tema "gestione LA" (AGGIORNAMENTO CONTINUO). Presentazione degli interventi di manutenzione (a compenso) la prima della stessa) concordata con i Referenti LA. Vigilanza sull'andamento in LA Chirurgiche dei casi provenienti da LP.	Riduzione del numero di pz in LA "scatoli" rispetto alle classi di priorità di riferimento. Revoca anche dell'invio mensile alla Gruppo tecnico Regionale per i ricoveri programmati (PUBBLICAZIONE), numero veicolati preventi dal GdL LA Chirurgiche	Trasmissione alla UOC Chirurgiche (tramite Referenti LA) del calendario incontri annuale e registrazione della loro partecipazione. Controllo a campione delle posizioni dei pz in LA, con riduzione delle conversioni dalle classi di priorità
DMD Gestione e Organizzazione	Q.21	Prestazione in regime di LP	Dall'effettuazione della agende LP per gli interventi, con dimostrazione di orario, nella tariffa fino alla prenotazione della prestazione da parte dell'utente ed all'effettuazione della prestazione	ARG2	Attività basso professionalità	Passibili eventi rischio di ritardo nel non rispetto delle agende LP offertes secondo ARG2 24 (es. effettuazione di visite presso i pronto da di reparto e non negli ambulatori ambulatoriali) oppure nel mancato rispetto dell'orario e della giornata prestabilita dal dirigente per lo svolgimento dell'intervento in LP (es. visite effettuate nell'orario del mattino offrendo dell'attività all'utente)	Rischi connessi al rispetto delle agende LP autorizzate, sono tutti descritti nella precedente colonna: il preciso che per garantire attività nella fase di prenotazione, è stato stabilito che tutte attività da quella unicamente attraverso il CUP, con supervisione dell'Ufficio Agende, scomparendo dalla segreteria di reparto.	3,4	M	Controllo delle qualifiche, delle disponibilità dei locali, dei volumi di attività e della capacità di erogazione della prestazione.	Obiettivo: per le non conformità accertate, trovare contromisure di soddisfacimento sul volume delle attività e delle capacità di erogazione della prestazione.	E' in fase di deliberazione il regolamento sulla Basso professionalità aggiornato al 2025. I controlli gli interventi su prestazioni di riferimento della Linea Professionale per il predetto richiedente, su apertura e chiusura delle agende e sono stati effettuati i controlli sul rispetto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali erogate in SMI e in LP, per singolo medico.	Controllo sulle qualifiche, sulla disponibilità dei locali, dei volumi di attività e sulla corretta applicazione della normativa.	Obiettivo: per le non conformità verranno inviate richieste di chiarimento sul comportamento dovuto ad eventuali contestazioni di soddisfacimento sulla erogazione.	Attività di controllo in collaborazione con il GdL, UCC e Servizio Personale.		
DMD Gestione e Organizzazione	A.22.7	Gestione esecutiva del contratto di servizi non sanitari	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al rilascio della certificazione di regolare esecuzione	ARG4	Contratti pubblici	Process mining - Sele Operatore della PE	Rischio di preavviso nel caso in cui la data esterna (P.4) richiesta dall'attività per poi utilizzarla a scopo di lavoro/ pubblicizzato per lo altro.	3,3	M	Il contratto con Poesia Mining - Sele Operatore della PE è in corso nel primo semestre 2023.							

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2023-2025

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: UOC Direzione Medico Operativa per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio: corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO						
ID	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1-5)		B - Base MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2023-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PFC 2023-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2023	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2023	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2025	INDICATORI E TARGET 2024-2025
DMO per le Funzioni Igienico-Sanitarie e Prevenzione dei Rischi	Q.4	Preparazione e custodia salme	Dopo presa in carico della salma, al trattamento, al Riscatto (RSC), alla riedificazione dall'attività o fin della funeralizzazione	AB1	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero, in modo particolare il rapporto conseguente tra la Direzione Medico - Cella Salme familiari e la Cronaca Funeraria.	si possono ipotizzare come variabili alcuni eventi che rappresentano possibili rischi di comportamenti a rischio e precisamente: - la possibilità di comunicare un decesso preventivamente ad una impresa, rispetto ai familiari - la segregazione di parenti, da parte del personale delle Camere Mortuarie e/o dei Reparti di una specifica impresa di Cronaca Funeraria - la indicazione o occultazione di negati atti compiuti per lo svolgimento di attività che invece sono affidati alle funzioni istituzionali come ad es. la vestizione della salma	3.4	M	Con nota prot. n. 26784 del 24.03.2019, è stato trasmesso a tutte le Cronache Funerarie il nuovo regolamento di vestizione della salma che prevede: "Gli atti di Cronaca Funeraria incaricati delle anaghe dovranno provvedere autonomamente alla vestizione delle salme" Nelle proposte formative per il PFA 2023 sono state inserite iniziative formative per il personale della Cella salme (gestione dati anagrafici rapporto con i familiari) che potranno essere occasione per ricomporre l'etica e le procedure comportamentali etiche. Per l'anno 2023 è previsto la verifica e l'aggiornamento delle procedure interne, in conclusione delle quali le stesse dovranno essere diffuse a tutto il personale interessato.	Segregazioni, reclami, non conformità, relativi ai processi istituiti Completamento PFA 2023 Aggiornamento procedure	Nell'anno 2023 sono state avviate 2 iniziative formative previste dal PFA Nell'anno 2023 è stato avviato la revisione della documentazione del MAIA Cella Salme - MO C3 Nota informativa in caso di decesso di un	Non pervenuti segregazioni, reclami, non conformità relativi ai processi istituiti La microsegregazione è stata completata per 2 delle 3 iniziative inserite nel PFA, le iniziative saranno concluse entro il 31/12/2023 Avvio aggiornamento documentazione MAIA Cella Salme	Monitoraggio segregazioni, reclami, non conformità Formazione del personale, con particolare riferimento alle tematiche dell'anticorruzione Aggiornamento procedure	N° segregazioni, reclami, non conformità istituite (presa in carico, valutazione ed azione correttiva) Completamento da parte di tutto il personale assegnato dei percorsi formativi relativi all'anticorruzione Verifica dello stato di aggiornamento delle procedure interne e rispetto del piano di aggiornamento per ogni annualità	Monitoraggio trimestrale delle segregazioni, reclami, non conformità Ulteriori dati delle segregazioni, reclami e non conformità a occasione del Rapporto della Direzione

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA
 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024-2028

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
 Struttura competente: UOC FARMACIA
 Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPA TURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
UO	ID PROCE SSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PPC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PPC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2026-2028
Farmacia	A.23.1	Gestione del magazzino farmaceutico	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	ARG6	Contratti pubblici	logistica e acquisti farmaci	mancato rispetto della concorrenza	2,6	M	Riferito al dato di procedure avviate in AOUI in attesa di aggiudicazioni da parte di Azienda Zero	Richiesta di procedure di confronto per farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità	n° procedure avviate/n farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità	verifica nuove procedure di confronto per farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità	46 procedure avviate/46 farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità	Richiesta di procedure di confronto per farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità	n° procedure avviate/n farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità	verifica nuove procedure di confronto per farmaci a brevetto scaduto o nuove necessità
Farmacia	A.23.3	Gestione dei magazzini di reparto	Dalla richiesta dei beni al magazzino centrale al controllo da ricevuto, alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	ARG6	Contratti pubblici	/	/	/	/	Come già sottolineato lo scorso anno, tale rischio non si reputa di pertinenza della Farmacia							
Farmacia	A.32	Formazione	Dalla rilevazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori	ARS5	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie; ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Partecipazione a corsi, eventi, Congressi, aggiornamenti ripetuti come docenti con o senza compenso	Sponsorizzazioni ripetute di una stessa Casa farmaceutica; Congressi monosponsor	1,7	MB		Analisi delle partecipazioni ai vari eventi di ogni singolo farmacista	n. eventi per farmacista con uno stesso sponsor / n. eventi totali	Monitoraggio delle partecipazioni di ogni singolo farmacista ai vari eventi	1 eventi per farmacista con uno stesso sponsor/ 10 eventi totali	Analisi delle partecipazioni ai vari eventi di ogni singolo farmacista	n. eventi per farmacista con uno stesso sponsor / n. eventi totali	Controlli con tempistica semestrale
Farmacia	A.21.2	Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi sotto soglia e sopra soglia	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	ARG6	Contratti pubblici	Stesura capitolati gare Farmaci	Descrizione tecnica che preclude apertura del mercato/ ampia partecipazione delle Ditt	2,5	M	Al momento nessun farmacista area farmaci è coinvolto nelle gare di Azienda Zero. Le gare attuali in AOUI sono relative a prodotti esclusivi o procedure di acquisto urgenti in attesa della gara di A. Zero.							
Farmacia	A.21.2	Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi sotto soglia e sopra soglia	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	ARG6	Contratti pubblici	Stesura capitolati gare DISPOSITIVI MEDICI (DM)	Descrizione tecnica che preclude apertura del mercato/ ampia partecipazione delle Ditt	2,7	M		Monitoraggio e conteggio n. dialoghi e n. capitolati	n. dialoghi e/o manifestazioni d'interesse / n. capitolati	Monitoraggio e conteggio n. dialoghi e n. capitolati	8 dialoghi tecnici / 8 capitolati DM per AOUI	Monitoraggio e conteggio n. dialoghi e n. capitolati	n. dialoghi e/o manifestazioni d'interesse / n. capitolati	controllo effettuato per ogni capitolato DM redatto
Farmacia	A.21.2	Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi sotto soglia e sopra soglia	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	ARG6	Contratti pubblici	componenti commissioni tecniche e giudicatrici DM	Conflitti di interesse non dichiarati	2,8	M		Monitoraggio n. dichiarazioni	n. dichiarazioni / n. capitolati	Richiesta di presentazione del modulo "Dichiarazione di non incompatibilità" per ogni capitolato tecnico DM redatto	22 dichiarazioni di non incompatibilità/ 8 capitolati inviati nell'anno 2025	Monitoraggio n. dichiarazioni	n. dichiarazioni / n. capitolati	controllo effettuato per ogni capitolato DM redatto
	A.21.3	Gestione delle gare di acquisto di beni e servizi sotto soglia e sopra soglia	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto			Sperimentatori CET	Conflitti interesse non dichiarati	1,4	MB		Monitoraggio n. dichiarazioni	n. dichiarazioni / n. sperimentazioni	Richiesta di presentazione del modulo "Dichiarazione conflitto di Interesse" per ogni studio clinico presentato	288 dichiarazioni / 288 sperimentatori che hanno presentato almeno 1 studio nel 2025 (dato aggiornato al 12/12)	Monitoraggio n. dichiarazioni	n. dichiarazioni / n. sperimentazioni	Controlli effettuati ad ogni seduta del CET
Farmacia	O.11	Gestione delle ricerche sanitarie	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi, alla rendicontazione e chiusura della stessa	ARS5	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie; ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Componenti CET	Valutazione dei protocolli in particolare agevolazione degli studi profit	1,8	MB		Monitoraggio n. applicazioni procedura standard/ n.studi profit	n. applicazioni procedura standard/ n.studi profit	Utilizzo di procedura standard di valutazione (griglia di valutazioni) per ogni studio presentato	23 griglie di valutazione predisposte /23 studi profit (dato aggiornato al 12/12)	Monitoraggio n. applicazioni procedura standard/ n.studi profit	n. applicazioni procedura standard/ n. componenti	Controlli effettuati ad ogni seduta del CET
						Componenti Commissioni varie, CTAV, UVA-DM	Conflitti di interesse non dichiarati	1,8	MB	UVA-DM: invio dell'ordine del giorno e della convocazione ad ogni riunione, con indicazione a compilare il modulo di "conflitto di interesse" qualora siano presenti conflitti rispetto ai dispositivi da discutere, con richiesta di astensione dalla valutazione CTS; richiesta di astensione dalla valutazione	UVA-DM: n. riunioni/n. mail di convocazione (con allegato modulo conflitto di interesse) CTS; n. dichiarazioni conflitto interessi / n. componenti (CTS)	UVA-DM: in tutte le convocazioni delle riunioni effettuate nel 2025 i componenti sono stati invitati a compilare il modulo di conflitto di interesse qualora fossero presenti dei conflitti in merito ai dispositivi da discutere in quella seduta.	UVA-DM: 8 sedute effettuate nel 2025/ 8 mail di convocazione con allegato modulo conflitto interessi CTS; 22 dichiarazioni conflitto d'interesse/22 componenti	UVA-DM: invio dell'ordine del giorno e della convocazione ad ogni riunione con indicazione a compilare il modulo di "conflitto di interesse" qualora sono presenti conflitti rispetto ai dispositivi da discutere, con richiesta di astensione dalla valutazione CTS; richiesta di astensione dalla valutazione	UVA-DM: n. riunioni/n. mail di convocazione (con allegato modulo conflitto di interesse) CTS; n. dichiarazioni conflitto interessi / n. componenti (CTS)	Regolamento è prevista l'astensione dagli argomenti in cui sussistono potenziali conflitti d'interesse CTS; il Regolamento è prevista l'astensione dagli argomenti in cui sussistono potenziali conflitti d'interesse	

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024-2028
SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
Struttura competente: UOC GESTIONE RISCHI UMANI, PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO (Legenda 1 FMA 2011)	ATTIVITA' A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PFC 2024-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2024	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2028	INDICATORE E TARGET 2024-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2028
GRU	A.1.2	Performance Individuale	Dalla predisposizione delle schede da inviare ai singoli Direttori/Responsabili alla raccolta della valutazione finale	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Correzione del premio di produttività	Modifica delle valutazioni	2.00	MB	Verificare se data ricezione delle schede alla erogazione della produttività sia tutta automatizzata o se siano possibili interventi manuali.	non si ritiene necessario attuare azioni perché il sistema è blindato	controlli a campione sulle somme erogate		nessuna criticità	Controlli della contabilità relativa al calcolo della produttività (verbalizzati nei mesi durante i quali viene erogata nei cedolini stipendiali la produttività, viene data evidenza del pagamento dell'istituto economico	Controlli della contabilità relativa al calcolo della produttività (verbalizzati nei mesi durante i quali viene erogata nei cedolini stipendiali la produttività, viene data evidenza del pagamento dell'istituto economico	controlli della contabilità relativa al calcolo della produttività (verbalizzati nei mesi durante i quali viene erogata nei cedolini stipendiali la produttività, viene data evidenza del pagamento dell'istituto economic
GRU	A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano del fabbisogno delle Risorse Umane	Dall'acquisizione delle previsioni/richieste interne ed esterne alla chiusura del Piano al monitoraggio e aggiornamento periodico e scorporamento.	/	/	Non si individuano attività a rischio	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
GRU	A.31.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'implemento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Reclutamento	1)Ammissione candidati anche in mancanza dei requisiti minimi per la partecipazione ai concorsi 2)Irregolare composizione delle commissioni ed eventuale incompatibilità dei commissari rispetto ai candidati 3) valutazione dei titoli a favore di alcuni candidati	3.40	M	/	Verifiche delle autocertificazioni dei candidati utilizzando il sistema di accreditamento delle banche dati su dell'Università che Giudiziale, al fine di una maggiore tempestività	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti	il 100% dei candidati controllati è risultato in regola	Verifica del 95% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 95% delle autocertificazioni degli assunti	controlli in fase di affidamento dell'incarico edella sottoscrizione del contratto di incarico; i controlli sui titoli di studio, e controlli in fase preventiva soprattutto per i progetti PRIN e Progetti Finanziati
GRU	A.31.2	Gestione giuridica	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Progressori di carriera di cui all'art. 24 del D.Lgs. 27/10/2009 n. 150	1)Ammissione candidati anche in mancanza dei requisiti minimi per la partecipazione ai concorsi 2)Irregolare composizione delle commissioni ed eventuale incompatibilità dei commissari rispetto ai candidati 3) valutazione dei titoli a favore di alcuni candidati	2.90	M	/	Verifiche delle autocertificazioni dei candidati utilizzando il sistema di accreditamento delle banche dati su dell'Università che Giudiziale, al fine di una maggiore tempestività	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti	il 100% dei candidati controllati è risultato in regola	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 90% delle autocertificazioni degli assunti
						Incarichi di Struttura Complessa	Definizione del profilo del candidato in maniera discrezionale	2.80	M	/	Attuazione direttive Nazionali e Regionali	Attuazione direttive Nazionali e Regionali					
						Incarichi di Struttura Complessa	Irregolare composizione della commissione effettuato in modo preordinato alla scelta di eventuali candidati	2.80	M	/	Attuazione direttive Nazionali e Regionali	Attuazione direttive Nazionali e Regionali	Verifica del 100% delle autocertificazioni degli assunti	il 100% dei candidati controllati è risultato in regola	Verifica del 100% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 100% delle autocertificazioni degli assunti	Verifica del 100% delle autocertificazioni degli assunti
GRU	A.31.3	Gestione orario di lavoro	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assente alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Attribuire attività e indennità non dovute o ostestazione di presenza in servizio non reale	la non corretta attribuzione di indennità economica comporta danno erariale	1.40	B	/	Applicazione della segregazione delle attività e effettuazione dei controlli mensili sugli stipendi da erogare	Applicazione della segregazione delle attività e effettuazione dei controlli mensili sugli stipendi da erogare	Verifica del 90% delle posizioni individuali e delle presenze e degli istituti da applicare	il 100% dei candidati controllati è risultato in regola	Verifica del 95% delle posizioni individuali e delle presenze e degli istituti da applicare	Verifica del 95% delle posizioni individuali e delle presenze e degli istituti da applicare	I controlli vengono fatti mensilmente e mensilmente si invia alle Direzioni una nota contenente l'andamento della spesa del Personale
GRU	A.31.4	Gestione economica e fiscale	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Imputazione emolumenti non corretti o non dovuti	Possono essere caricati a sistema informatico compensi o indennità non dovute	2.80	M	/	stampe di controllo su Macro Dati prima della chiusura e riunione dell'Aree Economiche per candidati casi singoli dubbi				Controlli preventivi e successivi all'elaborazione degli stipendi su mensili che a campione		Controlli preventivi e successivi all'elaborazione degli stipendi su mensili che a campione
GRU	A.31.5	Gestione previdenziale	Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del dipendente, i quote mensili i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Imputazione periodi di servizio e retribuzioni non corrette	in caso di dati non corretti può incidere sulla determinazione del diritto, della decorrenza della pensione e del relativo importo	1.40	B	/	Controlli tra i dati contenuti nei fascicoli e i dati presenti in banca dati con successivo controllo con gli operatori dell'INPS	Controlli tra i dati contenuti nei fascicoli e i dati presenti in banca dati con successivo controllo con gli operatori dell'INPS					Controlli tra i dati contenuti nei fascicoli e i dati presenti in banca dati con successivo controllo con gli operatori dell'INPS
GRU	A.31.6	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 4, art. 7 D.lgs 165/2001)	Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Incarichi a soggetti esterni.	1)Carente trasparenza nelle procedure 2)Formulazione dei requisiti di partecipazione dei candidati in modo vago o personalizzato, tali da favorire alcuni candidati 3)Discrezionalità nella richiesta di consulenti esterni.	3.10	M	/	Verifiche autocertificazioni del titolo di studio di incaricati di lavoro autonomo e di collaboratori assegnatori di borse di studio	Verifica dell' 80% delle autocertificazioni degli incaricati di lavoro autonomo e dei collaboratori assegnatori di borse di studio	Verifica dell' 80% delle autocertificazioni degli incaricati di lavoro autonomo e dei collaboratori assegnatori di borse di studio	il 100% dei candidati controllati è risultato in regola	Verifica dell' 90% delle autocertificazioni degli incaricati di lavoro autonomo e dei collaboratori assegnatori di borse di studio	Verifica dell' 90% delle autocertificazioni degli incaricati di lavoro autonomo e dei collaboratori assegnatori di borse di studio	Verifica dell' 90% delle autocertificazioni degli incaricati di lavoro autonomo e dei collaboratori assegnatori di borse di studio
GRU	A.31.7	Gestione Personale universitario in Assistenza	Dall'inserimento in assistenza alla cessazione	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	L'università chiede ad AOUI un da parere sull'individuazione di incarichi o medici (esempio Ricercatore o Professore Associato o Professore Ordinario) a cure di cura Univ. Univ fa una selezione e individua il personale docente vincitore della procedura, da inserire "in assistenza" presso AOUI. AOUI con delibera seguito di pareri del Direttore Scientifico e del Direttore della UOC, stipula uno intero con l'università e dopo viene fatto lo delibera di inserimento in attività assistenziale.	procedura di inserimento in assistenza scelta e condivisa con Univ. Nel caso di nomina di Direttori di UOC il Direttore Sanitario di AOUI fa una valutazione sulla nomina	1.80	MB	/	Si ritiene che i controlli esistenti siano idonei e non so necessario individuare ulteriori azioni	Si ritiene che i controlli esistenti siano idonei e non so necessario individuare ulteriori azioni	Si ritiene che i controlli esistenti siano idonei e non so necessario individuare ulteriori azioni	/	/	/	/
GRU	A.31.8	Gestione Medici Specialisti ambulatoriali	Dall'avvio di procedure di selezione alla cessazione	ARG4	Acquisizione e gestione del personale	Attività in esaurimento. Non verranno attivati ulteriori selezioni per incarichi Specialistica Ambulatoriale Interno	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata con DDG 1303/2023

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
Struttura competente: UOC QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO
Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTPC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTPC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2026-2028
Qualità	A.22.7	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi/Gestione esecutiva del contratto di servizi non sanitari	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al rilascio della attestazione di regolare esecuzione	ARG6	Contratti pubblici	SELEZIONE DEL FORNITORE	Favorire un soggetto rispetto ad un altro	2.00	MB		condivisione, collegialità nella stesura del capitolato di acquisizione di servizi	/	Nel corso del 2025 non si sono effettuate azioni di trattamento del rischio in quanto non sono state espletate gare e quindi non sono state attuate azioni	/	condivisione, collegialità nella stesura del capitolato di acquisizione di servizi	/	/
						AUTORIZZAZIONE ALLA LIQUIDAZIONE DEI COMPENSI	Liquidazione di compensi non dovuti o sovradimensionati	2.00	MB		condivisione nella verifica nell'autorizzare il pagamento delle prestazioni ricevute attraverso il confronto con i colleghi che hanno presentato alla prestazione della ditta fornitrice del servizio	/	Nel corso del 2025 sono stati attuati i seguenti controlli: condivisione nella verifica nell'autorizzare il pagamento delle prestazioni ricevute attraverso il confronto con i colleghi della UOC Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico per autorizzare il pagamento delle verifiche di certificazione ISO 9001:2015 - ditta BUREAU VERITAS - e di certificazione EUSOMA - ditta ITALCERT, condivisione nella verifica nell'autorizzare il pagamento delle prestazioni ricevute attraverso il confronto con i colleghi della UOC Laboratorio Analisi per autorizzare il pagamento delle verifiche di certificazione ISO 15189 - ditta ACCREDIA.	/	condivisione nella verifica nell'autorizzare il pagamento delle prestazioni ricevute attraverso il confronto con i colleghi che hanno presentato alla prestazione della ditta fornitrice del servizio	/	/

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024-2026

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Strutture coinvolte: UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPA DEL RISCHIO (C)				ATTIVITÀ A RISCHIO		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
ID	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	AREA A RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO		Risk Scoring (1-5)	M: Medio Basso MB, Medio MA, Medio Alto A, Alto	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2023-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PFC 2023-2027	AZIONI ATTUALI NEL 2023	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2023	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2023-2028	INDICATORE E TARGET 2023-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2023-2028
SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALI (SU)	A.24.1 A.24.2 A.25.1	Gestione del Project Financing Acquisizione, sviluppo e elevazione del patrimonio immobiliare e impiantistico. Definizione del bilancio e della procedura di acquisizione, manutenzione ed erogazione	Definizione del contratto, gestione degli aspetti generali, di controllo della corretta esecuzione, alla liquidazione dello stesso	ARG4	Contratti pubblici	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restituzione del mercato nella fase di individuazione delle specifiche tecniche, mediante l'indicazione di affidamento di un prodotto ed il loro fornitore (operatori economici).	2.80	M	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Per provvedimento di contestazione applicazione delle regole tecniche per le buste e richieste sull'elemento produttivo/prestazione. Si invitano spesso più operatori economici anche se non obbligatorio per ottenere un miglior prezzo e per non restringere il mercato. Pubblicazione sul sito internet calendario di inviti al mercato o manifestazione interesse/formazione del personale attraverso così molti sulle corrette procedure da seguire per l'affidamento dei contratti pubblici. Utilizzo, ove necessario, della procedura di dialogo competitivo con i principali fornitori solo	Gli affidamenti sono stati oggetto di procedure concorsuali. Nel caso di affidamenti diretti di lavori di importo rilevante e € 130.000, di servizi e forniture di importo rilevante e € 139.000,00 gli inviti sono stati preclusi in alcuni casi da tempi previsti dalla legge e in altri casi sono stati inviati a presentare offerte più operatori economici per non restringere il mercato e per avere una migliore offerta economica	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento; - richiesta di preventivi a più operatori economici e introduzione di nuovi operatori mai invitati con idonee esperienze pregresse.	Richiesta di preventivi per affidamenti diretti a più operatori economici e loro liquidazione degli inviti. Se possibile offrono con procedure ordinarie.	Effettuazione di un controllo semestrale di tutte le gare.	
				ARG4	Contratti pubblici	Individuazione dello strumento/struttura per l'affidamento	Restituzione delle regole dell'esecuzione pubblica, utilizzo della procedura negoziata e altro ai fini di cui previsti dalla legge o di fornire un'imposta.	3.00	M	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Si invitano spesso più operatori economici anche se non obbligatorio per ottenere un miglior prezzo e per non restringere il mercato. Ricerca delle procedure ordinarie ove possibile.	Gli affidamenti sono stati oggetto di procedure concorsuali. Nel caso di affidamenti diretti di lavori di importo rilevante e € 130.000, di servizi e forniture di importo rilevante e € 139.000,00 gli inviti sono stati preclusi in alcuni casi da tempi previsti dalla legge e in altri casi sono stati inviati a presentare offerte più operatori economici per non restringere il mercato e per avere una migliore offerta economica	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento; - richiesta di preventivi a più operatori economici e introduzione di nuovi operatori mai invitati con idonee esperienze pregresse.	Analisi del numero degli appalti affidati con procedure non ordinarie e relativa motivazione	Effettuazione di un controllo semestrale di tutte le gare.	
				ARG4	Contratti pubblici	Requisiti di qualificazione	Accordo celebrato tra la SA e l'impresa o la fine di agenzia servizi, ultimo nell'aggiudicazione di un contratto o l'invio di un'offerta anomala.	2.90	M	- formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Definizione dei requisiti tecnici ed economici, collaudi in forma di individuazione dei requisiti, nel rispetto della normativa vigente e delle linee guida ANAC.	Gli affidamenti sono stati oggetto di procedure concorsuali. Nel caso di affidamenti diretti di lavori di importo rilevante e € 130.000, di servizi e forniture di importo rilevante e € 139.000,00 gli inviti sono stati preclusi in alcuni casi da tempi previsti dalla legge e in altri casi sono stati inviati a presentare offerte più operatori economici per non restringere il mercato e per avere una migliore offerta economica	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento; - richiesta di preventivi a più operatori economici e introduzione di nuovi operatori mai invitati con idonee esperienze pregresse.	Analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Effettuazione di un controllo semestrale di tutte le gare.	
				ARG4	Contratti pubblici	Requisiti di applicazione	Accordo celebrato tra la SA e l'impresa o la fine di agenzia servizi, ultimo nell'aggiudicazione di un contratto o l'invio di un'offerta anomala.	2.90	M	- formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Definizione dei criteri dell'offerta tecnica, collaudi in forma di individuazione dei requisiti, nel rispetto della normativa vigente e delle linee guida ANAC.	Gli affidamenti sono stati oggetto di procedure concorsuali. Nel caso di affidamenti diretti di lavori di importo rilevante e € 130.000, di servizi e forniture di importo rilevante e € 139.000,00 gli inviti sono stati preclusi in alcuni casi da tempi previsti dalla legge e in altri casi sono stati inviati a presentare offerte più operatori economici per non restringere il mercato e per avere una migliore offerta economica	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento; - richiesta di preventivi a più operatori economici e introduzione di nuovi operatori mai invitati con idonee esperienze pregresse.	Analisi del numero di offerte economicamente più vantaggiose affidate nella gara d'appalto	Effettuazione di un monitoraggio semestrale	
				ARG4	Contratti pubblici	Valutazione delle offerte	Accordo celebrato tra la SA e l'impresa o la fine di agenzia servizi, ultimo nell'aggiudicazione di un contratto o l'invio di un'offerta anomala.	2.20	MB	- formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Definizione dei criteri dell'offerta tecnica, collaudi in forma di individuazione dei requisiti, nel rispetto della normativa vigente e delle linee guida ANAC.	Gli affidamenti sono stati oggetto di procedure concorsuali. Nel caso di affidamenti diretti di lavori di importo rilevante e € 130.000, di servizi e forniture di importo rilevante e € 139.000,00 gli inviti sono stati preclusi in alcuni casi da tempi previsti dalla legge e in altri casi sono stati inviati a presentare offerte più operatori economici per non restringere il mercato e per avere una migliore offerta economica	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento; - richiesta di preventivi a più operatori economici e introduzione di nuovi operatori mai invitati con idonee esperienze pregresse.	Analisi del numero di offerte economicamente più vantaggiose affidate nella gara d'appalto	Effettuazione di un monitoraggio semestrale	
				ARG4	Contratti pubblici	Verifica dell'eventuale anomalia dell'offerta	Accordo celebrato tra la SA e l'impresa o la fine di agenzia servizi, ultimo nell'aggiudicazione di un contratto o l'invio di un'offerta anomala.	2.00	MS	- formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Accordo celebrato tra la SA e l'impresa o la fine di agenzia servizi, ultimo nell'aggiudicazione di un contratto o l'invio di un'offerta anomala.	Nel corso dell'anno 2023 non sono state ricevute offerte che la istone opportuna ha rifiutato non congrue	Se ci fossero state offerte anomale nell'anno 2023 è previsto il procedimento di una puntuale verifica dei presupposti che hanno fatto dichiarare anomala un'offerta e conseguente sanzione o revoca dell'offerta e degli elementi che la compongono	Nel corso dell'anno 2023 non sono state ricevute offerte che la istone opportuna ha rifiutato non congrue	Effettuazione di un monitoraggio semestrale	
				ARG4	Contratti pubblici	Procedure negoziate	Proprio utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge o di fornire un'imposta.	2.80	M	- formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge		
				ARG4	Contratti pubblici	Affidamenti diretti	Proprio utilizzo dell'affidamento diretto ai di fuori dei casi previsti dalla legge o di fornire un'imposta.	2.80	M	- formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge	Non è stato fatto alcun utilizzo della procedura negoziata ai di fuori dei casi previsti dalla legge		
				ARG4	Contratti pubblici	Revoca del bando	Revoca del bando di gara	2.10	MB	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Revoca del bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	
				ARG4	Contratti pubblici	Revisione del cronoprogramma	Revisione del cronoprogramma	2.30	MS	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Revisione del cronoprogramma	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	
SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALI (SU)	A.24.1 A.24.2 A.25.2	Gestione del Project Financing Acquisizione, sviluppo e elevazione del patrimonio immobiliare e impiantistico. Definizione del bilancio e della procedura di acquisizione, manutenzione ed erogazione	Definizione del contratto, gestione degli aspetti generali, di controllo della corretta esecuzione, alla liquidazione dello stesso	ARG4	Contratti pubblici	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di adeguare il prezzo all'andamento del mercato.	2.80	M	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara
				ARG4	Contratti pubblici	Subappalto	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di adeguare il prezzo all'andamento del mercato.	2.10	MS	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Subappalto	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara
				ARG4	Contratti pubblici	Utilizzo di mezzi di esecuzione delle controprestazioni	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di adeguare il prezzo all'andamento del mercato.	1.80	MS	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Utilizzo di mezzi di esecuzione delle controprestazioni	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara
				ARG4	Contratti pubblici	Affidamento di servizi di progettazione	Ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di adeguare il prezzo all'andamento del mercato.	2.10	MS	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Affidamento di servizi di progettazione	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara
SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALI (SU)	A.4.4	Gestione immobiliare e tasse sul patrimonio	Definizione del contratto, gestione degli aspetti generali, di controllo della corretta esecuzione, alla liquidazione dello stesso	ARG3	Contratti pubblici	Definizione delle specifiche tecniche, delle spese e del patrimonio	Restituzione delle regole dell'esecuzione pubblica, utilizzo della procedura negoziata e altro ai fini di cui previsti dalla legge o di fornire un'imposta.	2.70	M	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Definizione delle specifiche tecniche, delle spese e del patrimonio	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara
				ARG3	Contratti pubblici	Definizione delle specifiche tecniche, delle spese e del patrimonio	Restituzione delle regole dell'esecuzione pubblica, utilizzo della procedura negoziata e altro ai fini di cui previsti dalla legge o di fornire un'imposta.	2.80	M	- pubblicazione sul sito internet di manifestazioni di interesse; - formazione del personale per la corretta procedura di affidamento dei contratti pubblici; in vitro anche dell'introduzione del nuovo codice degli appalti; - applicazione nella delibere a controllo delle motivazioni di affidamento	analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi	Definizione delle specifiche tecniche, delle spese e del patrimonio	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara	Nel corso dell'anno 2023 non è stato revocato alcun bando di gara

(*) La maggior parte di riferimento è quella approvata nel 2019

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
 Struttura competente: UOC SERVIZIO PER LO SVILUPPO DELLA PROFESSIONALITA' E L'INNOVAZIONE
 Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
UO	ID PROCESSI SO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTFC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTFC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2026-2028
Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione				ARG4	Contratti pubblici	Assegnazione esterna di servizi formativi/servizi complementari	Il rischio è quello di favorire un soggetto rispetto ad un altro. L'attività prevalentemente si attua su piccoli servizi (ristorazione per corsi regionali) e per l'acquisto di materiale di consumo per la manutenzione dei simulatori (anche in questo caso l'attività si svolge in collaborazione con il Servizio Provveditorato e Ingegneria Clinica e per cifre non elevate (comunque sempre sotto soglia). Nel caso di attività formative affidate ad organismi esterni (attività residuale) per importi più elevati, vengono utilizzati gli strumenti da evidenza pubblica (avvisi, manifestazione d'interesse o assegnazione diretta nel caso in cui la normativa lo preveda) con il supporto dell'UOC Provveditorato.	1,90	MB	Non si ritiene si possa ulteriormente ridurre il rischio, anche se in relazione all'entrata in vigore del nuovo regolamento sugli AFA si provvederà a verifiche ulteriori	Verifica del 100% degli AFA effettuati	Verifica del 100% degli AFA effettuati	Verifica di 28 AFA effettuati su 28 attivati (100% degli AFA effettuati)	Applicazione delle nuove indicazioni previste dal Regolamento AFA entrato in vigore alla fine del 2025, utilizzando le regole ivi previste e quelle degli affidamenti previsti dalla Legge sugli appalti	Verifica del 100% degli AFA effettuati	Regolare verifica semestrale degli AFA effettuati in accordo con il Provveditorato	
	A.32	Formazione	Dalla rilevazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori	ARG5	Incarichi e nomine	Assegnazione docenza corsi AOUI	Il rischio è quello di favorire un soggetto rispetto ad un altro. Le attività di docenza seppure con numeri importanti, sono pressoché tutte attività svolte da docenti già qualificati da coloro che richiedono l'attivazione del corso (Responsabile Scientifico).	2,10	MB	In accordo con l'approvando nuovo Regolamento aziendale sulla formazione verranno attuate fasi di controllo e verifica	Verifica su tutti gli affidamenti di docenza	Nel 2025 è stato redatto il nuovo Regolamento per la formazione regionale (che verrà approvato nel 2026) nel quale viene esplicitamente previsto che il Responsabile Scientifico nella scelta del corso docente dia priorità (a parità di competenze) alle risorse professionali interne	Verifica su tutti gli affidamenti di docenza attraverso richiesta di Cv aggiornati secondo le regole regionali	Verifica su tutti gli affidamenti di docenza mediante richiesta di Cv aggiornati secondo le regole regionali; diffusione capillare del nuovo regolamento; integrazione della modulistica necessaria all'attivazione dei corsi interni con precisazione del Responsabile Scientifico di aver applicato il Regolamento nella scelta del corpo docente compreso la necessità di dare precedenza ai docenti interni	Verifica degli affidamenti dei docenti attraverso la nuova modulistica predisposta e verifica dei Cv	La verifica verrà svolta per ogni corso attivato	
Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione				ARG5	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie; ricerca sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione Contratti di Sponsorizzazione Corsi ECM	Il rischio è quello di collusione con ditte che possono essere anche fornitori di AOUI. Si tratta di attività con numeri diventati a seconda dell'annata e che vedono coinvolti soggetti privati sia del campo farmaceutico che del campo dei "device" medici. Lo sponsor viene scelto dal Responsabile Scientifico dell'attività di formazione e non da personale del Servizio che però deve gestire tutta la parte contrattualistica e di richiesta poi di fatturazione. In alcuni casi l'attività viene svolta di concerto con le cd. Segreterie Organizzative esterne (non scelte né remunerate dall'AOUI).	2,50	M	In accordo con le norme nazionali sulla verifica	verifica contratti assegnati	Sono stati verificati tutti i contratti di sponsorizzazione	Verifica dei contratti dei corsi SPARV (5/5 100%)	verifica contratti assegnati	verifica contratti assegnati		

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

Struttura competente: UOC SISTEMI INFORMATIVI

MAPPAUTA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO						
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITE DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1-5)		Basso M - Medio MA - Medio Alto Alto	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTPC 2023-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTPC 2023-2027	AZIONI ATTIVATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2028	INDICATORE E TARGET 2024-2028
SSI	A26.2	Gestione del Patrimonio senza ICT		ARG4	Contratti pubblici	Pubblicità e scelta dei fornitori da invitare	Non invitare fornitori potenzialmente concorrentiali	2.30	MB	Procedure manifestazioni di interesse o procedure di gara aperta	n° procedure ristrette su n° procedure aperte <=20%	Per quanto riguarda i Prezzi sono stati privilegiati le adesioni ad Accordi Quadro e Conventori. Per le manifestazioni d'assistenza le procedure sono state di affidamento diretto per vincoli di esclusività del software. Dove possibile si utilizzano sempre Conventori/Coopini.	Per quanto riguarda i Prezzi sono stati privilegiati le adesioni ad Accordi Quadro e Conventori. Per le manifestazioni d'assistenza le procedure sono state di affidamento diretto per vincoli di esclusività del software. Dove possibile si utilizzano sempre Conventori/Coopini.	Ove non possibile ricorrere a strumenti di procurement canalizzati (Concorsi/CRAU...) è dove non ci siano vincoli di esclusività sul cassierino di software in dotazione ad ADUVIR, si procederà con manifestazioni di interesse.	Valore affidamenti diretti (exclut sistemi vincolati da escludibili) valore totale controlli < 20%	Monitoraggio semestrale
						Definizione capitolato	Mettere vincoli non strettamente necessari che avvantaggiano uno o più fornitori	2.50	M	Validazione da parte di persona non appartenente al gruppo che ha elaborato il capitolato prima di procedere	Contestazioni su pratiche amministrative <=2	La validazione da parte di soggetti diversi da chi ha elaborato il capitolato è sempre stata effettuata, salvo i casi in cui si sia verificata la scarsità personale con le competenze richieste	Nessuna contestazione	Validazione da parte di persona non appartenente al gruppo che ha elaborato il capitolato prima di procedere	Contestazioni su pratiche amministrative <=2	Monitoraggio continuo e registrazione delle eventuali contestazioni ricevute su apposito registro.
						Valutazione offerte tecniche	Si corre il rischio di non dare un peso a un punteggio congruo o a singolo criterio di valutazione	1.60	MB	Validazione da parte di persona non appartenente al gruppo che ha elaborato il capitolato prima di procedere	Contestazioni <=2	Nelle procedure effettuate nel 2025 i tecnici si sono riferiti solo a gruppi che hanno elaborato la valutazione e si basava successivamente sul criterio del minor prezzo.	Nessuna contestazione	Validazione da parte di persona non appartenente al gruppo che ha elaborato il capitolato prima di procedere	Contestazioni <=2	Monitoraggio continuo e registrazione delle eventuali contestazioni ricevute su apposito registro.
						Varianze in corso	In caso di variante è possibile che una organizzazione fatta non sia quella complessivamente migliore	2.50	M	Non previste in quanto le varianti non sono per natura prevedibili al momento della stesura del capitolato	n° varianti su n° pratiche<=2	nessuna variante effettuata	nessuna variante effettuata	Non previste in quanto le varianti non sono per natura prevedibili al momento della stesura del capitolato	n° varianti su n° pratiche<=2	Monitoraggio continuo e registrazione delle eventuali contestazioni ricevute su apposito registro.
						Caldaua	Deve essere obblivio per evitare il rischio di calcolare una fattura non completa o adeguata	1.40	S	Prevedere sempre la validazione da parte del Responsabile di Area e del Responsabile SSI	n° verbali di collaudo con unico calcolatore<=2	I calcolai sono stati firmati dal responsabile solo a seguito di conferma da parte del personale competente	I verbali di collaudo sono stati firmati dal responsabile solo a seguito di conferma da parte del Responsabile di Area e del Responsabile SSI	Verificare sempre la validazione da parte del Responsabile di Area e del Responsabile SSI	n° verbali di collaudo con unico calcolatore<=2	Verifica semestrale a campione su 2 calcoli effettuati sul rispetto della procedura definita.
						Liquidazione fatture	In caso di liquidazione di una fattura relativa ad una fattura non adeguata o non completo il fornitore verrebbe pagato comunque	2.20	MB	Controlli estesi a tutte le fatture da liquidare	Controlli estesi a tutte le fatture da liquidare	I controlli di adeguatezza della fattura prima di procedere alla liquidazione sono stati effettuati per tutte le fatture	Controlli effettuati su tutte le fatture da liquidare	Controlli estesi a tutte le fatture da liquidare	Controlli estesi a tutte le fatture da liquidare	Verifica semestrale a campione su 2 fatture liquidate
						Trasparenza	A seguito di aggiudicazione se non viene pubblicato l'esito della gara i fornitori non possono avere visibilità dell'operato dell'economia	2.10	MB	Verifica bimestrale da parte del personale di segreteria relativamente alla pubblicazione delle gare sopra la soglia dell'economia	n° pubblicazioni/n° delibere di acquisizione>95%	La pubblicazione avviene contemporaneamente all'adozione del provvedimento.	A causa dell'avvicendamento del personale amministrativo il risultato è ancora in corso di monitoraggio	Verifica semestrale da parte del personale di segreteria relativamente alla pubblicazione delle gare sopra la soglia dell'economia	n° pubblicazioni/n° delibere di acquisizione>95%	Verifica semestrale a campione su 2 rispetto degli obblighi di pubblicazione per due procedure di gara.

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024-2026

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: UO5 GESTIONE CLIENTI

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)										ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO					
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	IS AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	A - Esito MS / Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PFC 2024-2027	AZIONI ATTIVATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NEL ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER I 2024-2026	INDICATORI E TARGET 2024-2026	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2026		
Gestione Clienti	O.3.3	Gestione delle fatture/invio clienti	Gestione delle richieste di fatturazione dirette o per proprio o per conto	ASG3	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Non corretto affidamento delle prestazioni fatturate.	Rischio che venga agevolata una ditta fornendo meno prestazioni rispetto a quelle erogate dall'ASCU o che venga attribuita una tariffa diversa.	1,70	MS	F in fase di predisposizione, l'aggiornamento del Piano aziendale per la libertà Professionale, l'UO5 Gestione Risorse Umane ha in essere una procedura per la liquidazione degli emulanti che delega le attività dei servizi coinvolti. L'UO5 Gestione Clienti cura le agenzie e la liquidazione.	Il rischio è mitigato dalla procedura di predisposizione erogata in formato cartaceo o file all'UO5 Gestione Clienti, la quale opera le prestazioni alle tariffe e all'ordine dell'ordine della fattura. In fase di valutazione l'attendibilità dell'elaborazione fornita dall'applicativo Informa da confrontare con la documentazione. Invio dei report, segue la richiesta di emissione della fattura previa invio all'UO5 Contabilità e Bilancio del file con l'elenco delle prestazioni e relative tariffe suddivisi per cliente. Gli allegati file 20 file vengono poi allegati all'UO5 Bilancio della fattura elettronica, gli allegati superiori a 20 file vengono inviati tramite racc. L'UO5 Gestione Clienti verifica il file.	Adozione di una procedura standardizzata per l'elaborazione e liquidazione dei dati da fatturare tramite l'applicativo Informa. Verifica a campione della correttezza del procedimento per UO5 emulanti con verifica del dati inviati dalla UO5 rispetto a tariffe e quantità.	È stato adottato una procedura informatica per l'elaborazione dei dati applicativo Informa. La data Intermediazione applicativo JESAN per una migliore liquidazione degli emulanti. Sono state effettuate le verifiche a campione dei dati.	Adempito	Effettuare verifiche su tutti i dati finanziamenti inviati per la liquidazione sulla correttezza dei dati	100% dei dati controllati	Controlli mensili		
Gestione Clienti	O.2.1.1	Acquisto di prestazioni di LP di azienda	Dalla predisposizione del fattorino unito gestione delle eccezioni, alla liquidazione del compenso	ASG2	Attività lavoro-professionale	Liquidazione emulanti per attività lavoro-professionale di azienda	Non corretto affidamento del compenso al medico rispetto all'attività effettuata. Rischio che in sede di determinazione del compenso non venga considerato il volume erogato o comunicato dalla DMO e verificato dall'UO5 Gestione Risorse Umane (per la tariffa oraria) venga attribuito al medico un compenso superiore rispetto all'attività effettuata modificando il volume orario o attribuendo la tariffa superiore.	1,70	MS	L'UO5 Gestione Risorse Umane ha in essere una procedura per la liquidazione degli emulanti che delega le attività dei servizi coinvolti. L'UO5 Gestione Clienti verifica il preventivo e cura la liquidazione degli emulanti.	Invio all'Ufficio Stipendi dei dati in pagamento viene comunicato il file, di periodo della comunicazione dell'Ufficio Clienti Medici con cui sono state inviate le fatture per permettere la verifica della coerenza dei dati.	Protocolli di invio.	Sono stati effettuati tutti i controlli e gli invii preventivi	Adempito	Continuare con i controlli in atto	Protocolli di invio	Controlli mensili		
Gestione Clienti	O.2.1.2	Attività specialista in regime di LP	Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di ogni caso, spai e professionali, alla prenotazione della prestazione, alla ricezione della tariffa e liquidazione del compenso	ASG2	Attività lavoro-professionale	Liquidazione emulanti per attività lavoro-professionale	Non corretto affidamento del compenso al medico rispetto all'attività effettuata. Rischio che l'operatore GS, in sede di liquidazione, riconosca al personale compenso non dovuto.	2,00	MS	Elaborazione del sistema Informa da parte dell'UO5 Gestione Clienti del file con i dati necessari per la liquidazione. Periodo di introduzione di un nuovo applicativo per la completa informatizzazione del calcolo degli emulanti e produzione di un report mensile da archiviare per eventuali controlli.	Esistenza mensile della differenza tra i valori estratti per singolo medico e il liquidato con relativo motivazione. Verifica mensile tra fatture preventive e liquidate ricevute.	Esistenza mensile della differenza tra i valori estratti per singolo medico e il liquidato.	Effettuati i controlli riguardanti i valori estratti per singolo medico e liquidato.	Adempito	Adozione e implementazione applicativo JESAN	Esistenza delle estrazioni di dati da JESAN	Controlli mensili		
Gestione Clienti	O.2.1.3	Attività di ricovero in regime di LP	Dalla definizione del preventivo alla programmazione del ricovero alla ricezione della tariffa e liquidazione del compenso.	ASG2	Attività lavoro-professionale	Liquidazione emulanti per attività lavoro-professionale	Non corretto affidamento del compenso al medico rispetto all'attività effettuata. Rischio che l'operatore GS, in sede di liquidazione, riconosca al personale compenso non dovuto.	2,30	MS	Verifica a campione della correttezza dei dati di tutto il processo di perfezionamento dell'UO5 Gestione Clienti dal preventivo alla liquidazione del medico	File con elenco dei processi verificati	Sono stati effettuati i controlli a campione sui processi	Adempito	Assegnazione della verifica del processo ad un operatore (diretta rispetto al processo e di verifica superiore (collaboratore amministrativo)	Esistenza dei controlli effettuati dal collaboratore amministrativo	Controlli mensili			
Gestione Clienti	O.2.1.4	Consulenza e vendita di prestazioni esterne in regime di LP	Reporti con viaggiatori erogatori	ASG4	Reporti con viaggiatori erogatori	Personale di attivazione della convenzione	Avviamento una struttura rispetto ad un altro rispetto al tempo di espletamento della attività di competenza dell'UO5 Gestione Clienti.	1,40	S	Verifica a campione della correttezza del procedimento con analisi dei singoli invii.	Utilizzo di procedure standardizzate con relativo modulo per la costante verifica del procedimento.	Adozione della modulistica per standardizzare i processi	Adempito	Controllo e monitoraggio dell'applicazione dei modelli standardizzati	Esistenza dell'adozione dei modelli standardizzati	Controlli mensili			
Gestione Clienti			Reporti con viaggiatori erogatori	ASG4	Reporti con viaggiatori erogatori	Liquidazione emulanti per attività lavoro-professionale (art. 91, comma 4)	Non corretto affidamento del compenso al medico rispetto all'attività effettuata. Rischio che l'operatore GS, in sede di liquidazione, riconosca al personale compenso non dovuto.	1,70	MS	Utilizzo di procedure standardizzate con relativo modulo per la costante verifica del procedimento.	Verifica a campione della correttezza del procedimento non confrontato da quanto dichiarato dalla Struttura e il liquidato.	Verifica della correttezza del liquidato	Adempito	Verifica della correttezza del liquidato	Fe con l'elaborazione effettuata	Controlli mensili			
Gestione Clienti			Reporti con viaggiatori erogatori	ASG4	Reporti con viaggiatori erogatori	Liquidazione emulanti per attività lavoro-professionale (art. 91, comma 2)	Non corretto affidamento del compenso al medico rispetto all'attività effettuata. Rischio che l'operatore GS, in sede di liquidazione, riconosca al personale compenso non dovuto.	1,70	MS	Utilizzo di procedure standardizzate con relativo modulo per la costante verifica del procedimento.	Verifica a campione della correttezza del procedimento non confrontato da quanto dichiarato dalla Struttura e il liquidato.	Verifica della correttezza del liquidato	Adempito	Verifica della correttezza del liquidato	Fe con l'elaborazione effettuata	Controlli mensili			
Gestione Clienti	A.1.1.B5	Gestione convenzioni	Dalla individuazione del soggetto pubblico o privato con cui istituire l'accordo alla definizione della convenzione, previa approvazione dello schema da parte del Direttore Generale con deliberazione proposta dal UO5 Gestione Clienti.	ASG2	Procedimenti inerenti attività di gestione economica	Affidamento di prestazioni sanitarie, per periodi brevi, attraverso la convenzione. Attività assegnata a seguito dell'approvazione del nuovo Atto aziendale.	Rischio allo sfruttamento della convenzione/accordo per fare fronte a esigenze specifiche.	1,40	S	Verifica delle motivazioni alla base della richiesta di convenzione, anche mediante incontri specifici al fine della occupazione di tutti gli elementi necessari.	Elaborazione del tutto della convenzione al fine di disciplinare formalmente i rapporti tra le parti anche in ordine agli aspetti economici.	Elaborazione della convenzione mediante deliberazione, nella quale sono allegati anche le motivazioni alla base della stipula della convenzione.	Elaborazione della convenzione con i dati necessari per la stipula di ogni convenzione.	Verifica della correttezza e dell'adeguatezza dei presupposti e delle motivazioni per la stipula di ogni convenzione.	Adempito	Verifica delle motivazioni e dei presupposti di fatto	Deliberazione con l'indicazione di tutti i presupposti di fatto	Controlli mensili	

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA
 PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024-2027

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
 Struttura competente: UOS INNOVAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
 Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFPC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PFPC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2026-2028	INDICATORE E TARGET 2026-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2028
Innovazione e Sviluppo Organizzativo	A.22	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi	Gestione del contratto di acquisizione di beni sanitari e non sanitari, e di servizi esternalizzati sanitari e non sanitari	ARG4	Contratti pubblici	Attività collegate al Comitato SIO di supporto per la verifica della funzionalità del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero al fine di rispondere alle necessità operative aziendali e di agevolare il DEC nella fase esecutiva del contratto stipulato con la ditta che fornisce il software	Valutazioni tali da favorire/favore il fornitore per attività non svolte secondo le indicatori contrattuali	2,20	MB	La gestione del contratto è un processo segregato tra più soggetti. Il DEC è svolto da Azienda Zero. Il ruolo di Direttore Operativo è assegnato al Responsabile del Servizio Sistemi Informativi di AOUI. Il Comitato SIO istituito in AOUI.	1. Mantenimento del Comitato SIO 2. Creazione/mantenimento gruppi per analisi percorsi 3. Redazione puntuale di verbali sulle verifiche effettuate e decisioni prese	n° risposte entro i tempi richieste da Azienda Zero/n° richieste totali da Azienda Zero	1. Mantenimento del Comitato SIO 2. Istituzione di ulteriori nuovi GdL Percorsi Clinici SIO (Prot. 48218 del 14.08.2025) al fine di rendere più veloci i riscontri al DEC e al RTL 3. I verbali delle verifiche effettuate sono stati presi in carico dai referenti Arsenal per ciascun percorso, e in questo modo si sono ulteriormente ridotti i rischi potenziali nel PFPC 2025-2027.	/	1. Mantenimento del Comitato SIO 2. Mantenimento gruppi di lavoro 3. Redazione puntuale di verbali sulle verifiche effettuate e decisioni prese effettuati da Arsenal	n° risposte entro i tempi richiesti da Azienda Zero/n° richieste totali da Azienda Zero	trimestralmente
Innovazione e Sviluppo Organizzativo	A.22	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi	Gestione del contratto di acquisizione di beni sanitari e non sanitari, e di servizi esternalizzati sanitari e non sanitari	ARG4	Contratti pubblici	Attività DEC per i progetti: 1) Progetto Dematerializzazione e Firma Grafometrica, 2) Progetto Digital Twin Ospedaliero.	liquidazione di compensi non dovuti o sovradimensionati	2,20	MB	Attività appena assegnata in fase di definizione	/	/	/	/	Monitoraggio strutturato attraverso una check list di controllo.	Evidenza di verbali di collaudo	semestralmente

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata con DDG 1303/2023

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: VOS SERVIZIO REGISTRAZIONE CLINICA

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO								
VO	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	DI AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Base M - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PFC 2024-2027	AZIONI ATTIVATE NEL 2024	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2024	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2026	INDICATORI E TARGET 2024-2026	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2026
Servizio Ingegneria Clinica	A.27	Gestione delle Attrezzature sanitarie	Dato definizione del fabbisogno all'acquisizione del controllo e attività gestione, alla fruizione delle spese	AREA 4	Controlli pubblici	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Realizzazione del mercato mediante l'indicazione di caratteristiche tecniche tali da favorire l'interesse operatori economici.	3,10	M		Puntuale predisposizione della programmazione 2024-2027 degli acquisti di servizi di assistenza tecnica full-tilt.	Analisi di procedure di gara che hanno visto la partecipazione di un unico concorrente.	Pubblicazione di invito a manifestare il proprio interesse da parte degli operatori economici a partecipare all'eventuale gara	Le gare con partecipazione di un solo concorrente sono state esplicitate solo dopo la pubblicazione di un invito a manifestare il proprio interesse e presentazione della dichiarazione di esclusività.	Puntuale predisposizione della programmazione 2024-2027 degli acquisti di servizi di assistenza tecnica full-tilt.	Analisi di procedure di gara che hanno visto la partecipazione di un unico concorrente.	Puntuale predisposizione dell'aggiornamento annuale del programma triennale e verifica trimestrale del livello di partecipazione alle gare esplicitate
						Individuazione dello strumento/subito per l'affidamento	Esame delle regole dell'ordinato pubblico utilizzo delle procedure negoziate e al caso dell'affidamento diretto al fine dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa.	3,00	M		Proseguire sull'attività di controllo delle manifestazioni in economia e predisposizione di capitolati su contratti di importo minore da affidare con gara e non in economia	Rapporto tra valore totale affidamenti in economia e valore totale contratti di manifestazione	Nel corso dell'anno 2023 sono state predisposte dichiarazioni di gara al fine delle manifestazioni in economia con scadenza trimestrale	Proseguire sull'attività di controllo delle manifestazioni in economia e predisposizione di capitolati su contratti di importo superiore a EUR 100.000 da affidare con gara e non in economia	Rapporto tra valore totale affidamenti in economia e valore totale contratti di manifestazione	Verifica trimestrale sui capitolati e gare esplicitate e da esplicitare	
						Requisiti di qualificazione	Definizione dei requisiti di accesso alla gara ed alla partecipazione dei requisiti tecnico-economici e culturali in forma specificata nel bando di gara o nel bando di qualificazione.	3,00	M		Proseguire sull'attività di controllo dei requisiti di qualificazione prima dell'affidamento di appalti	Analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorrenziali.	Tutte le procedure con un solo offerente economico sono state affidate dopo la verifica dell'esclusività del servizio di assistenza tecnica e fornitura di servizi originali su apparecchiature biomedicali	Proseguire sull'attività di controllo dei requisiti di qualificazione prima dell'affidamento di appalti	Analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorrenziali.	Verifica trimestrale del livello di partecipazione alle gare esplicitate	
						Requisiti di aggiudicazione - valutazione offerta	Boa di gara del cliente dell'offerta economicamente più vantaggiosa indicata a favore di un'impresa.	3,00	M		Formazione del personale offeree con i procedimenti di scelta quelli dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Analisi degli affidamenti fatti nel corso dell'anno che hanno visto come offerta di scelta quella dell'offerta economicamente più vantaggiosa	A seguito della digitalizzazione dell'intero ciclo degli appalti e dei contratti pubblici previsti dal D.Lgs. 36/2023 il personale ha partecipato a corsi mirati sulle competenze procedurali da seguire per l'affidamento dei contratti pubblici.	Nel corso dell'anno 2023 non è stato necessario ricorrere all'offerta economicamente più vantaggiosa	Continuare nella formazione del personale offeree con i procedimenti di scelta quelli dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Analisi degli affidamenti fatti nel corso dell'anno che hanno visto come offerta di scelta quella dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Verifica trimestrale dei criteri di scelta
						Verifica dell'eventuale anomalia dell'offerta	Accordo collettivo tra la SA e l'impresa al fine di agevolare quest'ultima nell'aggiudicazione di un contratto a fronte di una offerta anomala.	2,70	M		Verifica presupposti offerta anomala e successivo provvedimento	Analisi delle offerte ritenute anomale nel corso dell'anno.	Nel corso dell'anno 2023 non ci sono state offerte anomale	Non ci sono state offerte anomale	Verifica presupposti offerta anomala e successivo provvedimento	Analisi delle offerte ritenute anomale nel corso dell'anno.	Verifica trimestrale delle eventuali offerte anomale
						Procedure negoziate	Improprio utilizzo della procedura negoziata al fine di favorire un'impresa	3,10	M		Pubblicazione invito a manifestare la capacità e possibilità di fornire il servizio richiesto.	Analisi delle procedure di gara che hanno visto la partecipazione di un unico concorrente.	Verificata la dichiarazione di esclusività in tutte le gare di procedura negoziate con un unico concorrente.	Tutte le gare con procedure negoziate sono state esplicitate dopo l'acquisizione della dichiarazione di esclusività	Pubblicazione invito a manifestare la capacità e possibilità di fornire il servizio richiesto.	Analisi delle procedure di gara che hanno visto la partecipazione di un unico concorrente.	Proseguire sull'attività di verifica trimestrale della partecipazione alle procedure di gara
						Affidamenti diretti	Improprio utilizzo dell'affidamento diretto al fine di favorire un'impresa	3,10	M		Ricorso alle procedure in affidamento diretto per servizi inferiori a 140.000 euro applicabile dall'art. 50 del D.Lgs. 36/2023	Analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorrenziali.	Verificata la dichiarazione di esclusività in tutte le gare di affidamenti diretti.	Tutte le procedure con affidamento diretto sono state esplicitate dopo la pubblicazione di un invito agli operatori economici a manifestare il proprio interesse e l'acquisizione della dichiarazione di esclusività	Ricorso alle procedure in affidamento diretto per servizi inferiori a 140.000 euro in applicazione dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023	Analisi del numero di appalti affidati tramite procedure non concorrenziali.	Verifica trimestrale delle procedure in affidamento diretto per servizi inferiori a 140.000 euro in applicazione dell'art. 50 del D.Lgs. 36/2023
						Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara o di favorire un'impresa	3,00	M		Puntuale individuazione della motivazione alla revoca del bando di gara.	Analisi delle procedure di gara che hanno visto la revoca del bando di gara.	Nel corso dell'anno 2023 non ci sono state revocate dei bandi di gara.	Non ci sono state revocate dei bandi di gara.	Puntuale individuazione della motivazione alla revoca del bando di gara.	Analisi delle procedure di gara che hanno visto la revoca del bando di gara.	Proseguire nell'attività di analisi delle offerte
						Realizzazione del cronoprogramma	Programmazione dei tempi di esecuzione delle prestazioni descritte in contratto tale da consentire la mancata applicazione di penalità all'appaltatore	3,20	M		Puntuale e motivata individuazione delle singole fasi del cronoprogramma	Analisi dei contratti nell'ambito dei quali si è proceduto a verificare l'eventuale applicazione di penalità	Alfabetto analisi dei tempi di esecuzione stabiliti nei Capitolati Speciali d'Appalto.	Si è valutato caso per caso l'applicazione di eventuali penali.	Puntuale e motivata individuazione delle singole fasi del cronoprogramma	Analisi dei contratti nell'ambito dei quali si è proceduto a verificare l'eventuale applicazione di penalità	Continuare nell'analisi trimestrale sull'andamento di applicazione di penalità
						Variazione in corso di esecuzione del contratto	Annullamento di contratti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare la somma anticipata in sede di gara o di consegnare altri vantaggi.	3,10	M		Applicazione della normativa e puntuale individuazione della motivazione per l'annullamento del contratto.	Analisi delle motivazioni che hanno visto origine alla necessità di una variazione in corso di esecuzione del contratto.	Nel corso dell'anno 2023 non ci sono state variazioni in corso di esecuzione del contratto.	Non è stato necessario ricorrere a una variazione in corso di esecuzione del contratto.	Applicazione della normativa e puntuale individuazione della motivazione per l'annullamento del contratto.	Analisi delle motivazioni che hanno visto origine alla necessità di una variazione in corso di esecuzione del contratto.	Verifica trimestrale dell'attività di analisi dell'andamento dei contratti in corso di esecuzione
						Subappalto	Accordi collettivi tra le imprese partecipanti a una gara nell'ipotesi di appalto, gli enti, utilizzando i meccanismi del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi del contratto a tutti i partecipanti alla gara.	3,00	M		Mantenere un'offerta indicazione degli affidamenti nei quali la ditta aggiudicatrice ha chiesto ricorso al subappalto.	Analisi del numero e tipologia delle richieste di autorizzazione di subappalto.	Si è applicato il parafiscio di legalità che prevede l'insediamento della ditta di subappalto o l'offerta di subappalto a favore di aziende partecipanti alla medesima gara.	Non sono pervenute richieste di subappalto a favore di aziende partecipanti alla medesima gara.	Mantenere un'offerta indicazione degli affidamenti nei quali la ditta aggiudicatrice ha chiesto ricorso al subappalto.	Analisi del numero e tipologia delle richieste di autorizzazione di subappalto.	Verifica trimestrale delle richieste di autorizzazione di subappalto
						Utilizzo improprio di risultato della controversia alternativa ai quali giudiziali durante la fase di esecuzione del contratto	Accordo collettivo tra la SA e l'impresa al fine di agevolare quest'ultima nelle prestazioni durante la fase di esecuzione del contratto.	3,10	M		Mantenere un'offerta indicazione degli affidamenti nei quali è stato necessario ricorrere a una controversia alternativa.	Analisi del numero e tipologia degli affidamenti nei quali è stato necessario ricorrere a una controversia alternativa.	Insediamento nel Capitolato Speciale d'Appalto dell'offerta relativa alle controversie risolte tramite il ricorso a una controversia alternativa.	Non ci sono state controversie legali.	Mantenere un'offerta indicazione degli affidamenti nei quali è stato necessario ricorrere a una controversia alternativa.	Analisi del numero e tipologia degli affidamenti nei quali è stato necessario ricorrere a una controversia alternativa.	Verifica trimestrale delle richieste delle soluzioni che possono generare controversie

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2024-2026

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: UO5 SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI				VALUTAZIONE DEL RISCHIO		TRATTAMENTO DEL RISCHIO						
VO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	R - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2023-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PFC 2023-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2023	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2023	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2026	INDICATORI E TARGET 2024-2026	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2026
Servizio Prevenzione e Protezione	A.13	Gestione della salute e sicurezza sul lavoro	Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività, compreso la formazione, il monitoraggio e l'ordine del sistema	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Servizio Prevenzione e Protezione	A.22.7	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi/Gestione esecutiva del contratto di servizi non sanitari	Dall'acquisizione del contratto, al controllo esecutivo del servizio e al controllo/Gestione esecutiva del contratto di servizi non sanitari	ARG4	Contratti pubblici	Affidamenti diretti. Riguardano l'attività di acquisizione del servizio di manutenzione per l'anno 2022/2023 di un software in uso in Azienda per la gestione del Documento di Valutazione dei rischi, servizio che solo la ditta che lo ha prodotto può fornire. Si rileva inoltre al rinvio 2024/2027 della fornitura in affidamento diretto della Piattaforma software e-learning testing per l'aggiornamento dei corsi di formazione sulla sicurezza (del. 137 del 30/10/2024). Per gli anni 2023/2027 è stato aggiudicato il servizio di monitoraggio dei rischi finalizzati all'aggiornamento del DVR (del. 42 del 14/01/2025).	Impiego di un software di affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di fornire un'impresa	2,70	M	/	Utilizzo della piattaforma telematica per la maggiore diffusione degli inviti a manifestazione interesse.	Analisi del numero di rapporti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi.	E' stata fatta la notazione degli inviti nel rispetto della normativa e in base tutte le procedure sono stati inviati più operatori economici	Gli affidamenti sono stati oggetto di procedure concorsuali in quanto sono stati inviati più operatori economici. Non risultano rapporti che nel corso dell'anno hanno ottenuto i valori soglia previsti dalla normativa.	Monitoraggio degli inviti	Analisi del numero di rapporti affidati tramite procedure non concorsuali e relativi motivi.	Stipulazione di un monitoraggio semestrale

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

SCHEDA DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE
Struttura competente: UOS UFFICIO LEGALE
Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corruzione: Direttore/Responsabile della Struttura

MAPPATURA DEL PROCESSO (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
UO	ID PROCESSO	PROCESSO	LIMITI DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)	B - Basso MB - Medio Basso M - Medio MA - Medio Alto A - Alto	NOTE	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PTPC 2025-2027	INDICATORI INDIVIDUATI NEL PTPC 2025-2027	AZIONI ATTUATE NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2028	INDICATORE E TARGET 2024-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2028
Legale	A.51	Gestione sinistri e contenzioso		ARG7	Affari legali e contenzioso	scelta del consulente legale esterno	mancaanza di imparzialità	2.00	MB	(**) limiti del processo: dalla ricezione/notifica di atto giudiziale alla definizione del contenzioso	1. rotazione nella scelta del consulente legale secondo l'elenco degli avvocati pubblicato 2. liquidazione delle spese sulla base di decreti ministeriali	1. si conferma la procedura della scelta di consulenti scelti a rotazione tra quelli elencati nell'albo avvocati pubblicato a seguito di avviso pubblico 2. si prosegue a liquidare le spese sulla base dei decreti ministeriali	1. si conferma la rotazione nella scelta dei consulenti 2. si conferma l'applicazione dei decreti ministeriali per la liquidazione delle spese	1. gli incarichi sono stati affidati a rotazione ai professionisti tra quelli elencati nell'albo avvocati pubblicato a seguito di avviso pubblico 2. la liquidazione delle spese avviene sempre sulla base di decreti ministeriali	1. si continua ad effettuare la rotazione nella scelta del consulente legale secondo l'elenco degli avvocati pubblicato a seguito di avviso pubblico 2. si prosegue a liquidare le spese sulla base di decreti ministeriali	1. si conferma la procedura della scelta di consulenti scelti a rotazione tra quelli elencati nell'albo avvocati pubblicato a seguito di avviso pubblico 2. si prosegue a liquidare le spese sulla base dei decreti ministeriali	1. scelta a rotazione con verifica degli incarichi precedentemente affidati all'esterno 2. verifica dei preavvisi di parcella in relazione ai decreti ministeriali per la liquidazione delle spese
				ARG7	Affari legali e contenzioso	valutazione dei requisiti e della documentazione	Avvantaggiare determinati soggetti rispetto ad altri, riconoscendo un risarcimento del danno non dovuto o sovrastimato	2.00	MB	(**) limiti del processo: dalla ricezione della richiesta stragiudiziale alla chiusura/liquidazione o proposta di eventuali accantonamenti di fondo rischi	1. assunzione delle proposte di definizione dei sinistri in ambito collegiale 2. Applicazione delle Tabelle proposte dall'Autorità Giudiziaria e convenzionalmente attuate sul territorio nazionale	1. si assumono in sede collegiale le proposte di definizione dei sinistri 2. si calcolano i risarcimenti sulla base delle tabelle proposte dall'Autorità Giudiziaria e convenzionalmente attuate sul territorio nazionale	1. le proposte di definizione sinistri vengono assunte in ambito collegiale 2. i calcoli per i risarcimenti sono stati effettuati applicando le Tabelle proposte dall'Autorità Giudiziaria e convenzionalmente	1. le proposte di definizione dei sinistri in ambito sanitario sono state assunte in ambito collegiale 2. sono state applicate le Tabelle proposte dall'Autorità Giudiziaria e convenzionalmente attuate sul territorio nazionale	1. le proposte di definizione dei sinistri sono state assunte in ambito collegiale 2. si continuerà a calcolare i risarcimenti sulla base delle tabelle proposte dall'Autorità Giudiziaria e convenzionalmente attuate sul territorio nazionale	1. si continueranno ad assumere in sede collegiale le proposte di definizione dei sinistri 2. si verifica della corretta applicazione delle tabelle proposte dall'Autorità Giudiziaria e convenzionalmente attuate sul territorio nazionale per i calcoli dei risarcimenti	

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019

SCHEDE DI VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUZIONE

Struttura competente: UO UNIV. RICERCA CLINICA

Responsabilità valutazione e trattamento del rischio corrutone: Direttore/Responsabile della Struttura dell'ao Anno Precedente

MAPPATURA DEI PROCESSI (*)					ATTIVITÀ E RISCHI		VALUTAZIONE DEL RISCHIO		NOTE	TRATTAMENTO DEL RISCHIO							
VO	ID PROCESSO	PROCESSO	UNITÀ DEL PROCESSO	ID AREA DI RISCHIO	AREA DI RISCHIO	ATTIVITÀ A RISCHIO	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Risk Scoring (1 - 5)		1 - Basso M1 - Medio Basso M2 - Medio MA - Medio Alto A - Alto	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE NEL PFC 2024-2027	INDICATORI INDIVIDUALI NEL PFC 2024-2027	AZIONI ATTUALI NEL 2025	RISULTATO INDICATORI NELL'ANNO 2025	AZIONI DI RIDUZIONE DEL RISCHIO PREVISTE PER IL 2024-2028	INDICATORI E TARGET 2024-2028	PIANIFICAZIONE DEI CONTROLLI 2024-2028
Unità Ricerca Clinica	O.11	Creazione delle ricerche scientifiche	Dall'avvio della sperimentazione allo richiesta di autorizzazione e licenziazione del compiere, alla realizzazione e chiusura della stessa	ASSI	Farmacologico, dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazioni e sperimentazioni	Spettimentazioni cliniche pacche e sperimentazioni cliniche no profit finanziata da privati, controllati tra Azienda Ospedaliere e Azienda private - controllo preventivo del Principal Investigator	Rischio è che la partecipazione allo studio venga effettuata per interesse del Principal Investigator con l'Azienda che propone lo studio. In pratica si trovano lo studio no profit, pratica nell'interesse dell'ACCU e dei Patient	2.00	M	Il rischio è stato riformulato nel 2022, in seguito ad confronto con CDEC, Internal Audit, PCT e URC	Studi prefilli soffermati di CE privi di documento "Dichiarazione di Interest" completamente compilato dal PI per le parti relative alla partecipazione a studi clinici in qualità di PI per studi sperimentali con farmaci soffermati secondo Regolamento UE 536/2014 (inglese e/o) momento pubblicazione dei dati sulle sperimentazioni (in art. 23 che sezione Altri contenuti)(inglese e/o)	Verifica da parte di URC della corretto compilazione da parte del PI del documento "Dichiarazione di Interest" per le parti relative alla partecipazione a studi clinici in qualità di PI per studi sperimentali con farmaci soffermati secondo Regolamento UE 536/2014	Neppure proposta di delibera di approvazione studio senza verifica preventiva di dichiarazione di conflitto d'Interest correttamente compilata.	Verifica da parte di URC della corretto compilazione da parte del PI del documento "Dichiarazione di Interest" per le parti relative alla partecipazione a studi clinici in qualità di PI per studi sperimentali con farmaci soffermati secondo Regolamento UE 536/2014 (inglese e/o) momento pubblicazione dei dati sulle sperimentazioni (in art. 23 che sezione Altri contenuti)(inglese e/o)	Studi prefilli soffermati di CE privi di documento "Dichiarazione di Interest" completamente compilato dal PI per le parti relative alla partecipazione a studi clinici in qualità di PI per studi sperimentali con farmaci soffermati secondo Regolamento UE 536/2014 (inglese e/o) momento pubblicazione dei dati sulle sperimentazioni (in art. 23 che sezione Altri contenuti)(inglese e/o)	Nel caso in cui è verificava una compilazione errata o incompleta delle parti relative alla partecipazione a studi clinici in qualità di PI nel documento "Dichiarazione di Interest" per studi sperimentali con farmaci soffermati secondo Regolamento UE 536/2014, segnalazione di URC al PI a supporto nella compilazione; controllo da parte di URC del dati sulle sperimentazioni pubblicati	
						Ripartizione dei preventivi - distribuzione dei ricavi netti derivanti da studi clinici profit	Potenziale disonestà/dichiarazione degli sperimentatori nell'attribuzione a distribuzione dei preventivi derivanti di ACQU o di ricavi di studi clinici profit	2.40	S	Per gli studi profit è MAG 102 è stato fornito dal "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" per ogni studio profit	Verifica della compilazione puntuale del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" per ogni studio profit	Studi prefilli deliberati privi di "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" completo (inglese e/o)	Verifica della corretto compilazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" da parte della sperimentazione principale per tutti gli studi clinici profit autorizzati dall'Autorità competente a da un CE competente.	Neppure proposta di delibera di studio profit privo di "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" completo	Verifica della compilazione puntuale del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" per ogni studio profit	Studi prefilli deliberati privi di "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" completo (inglese e/o)	Controllo della correttezza della compilazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" in fase di definizione della forfettaria locale in rispetto del Regolamento per lo svolgimento di studi profit e no profit in ACQU Verso" sottoscritto con DGCC n. 57 del 03/03/2024 e del successivo Regolamento per lo svolgimento di studi profit e no profit in ACQU Verso" sottoscritto con DGCC n. 102 del 14/08/2025 e dello IAG 37.
						Dichiarazione prestazioni aggiuntive in base di predisposizione del modulo di forfettaria locale prima della sottoscrizione dello studio al CDEC	Errata dichiarazione da parte del PI in merito alle prestazioni aggiuntive di ricerca da effettuare esclusivamente a fini dello studio e non da rendere pratica clinica (a carico SSN)	2.00	S	In Direzione Medica da novembre 2023 Revisione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" per tutti i nuovi studi sperimentali con farmaci soffermati secondo il Regolamento UE 536/2014 per cui il PI debba fornire al URC la informazioni necessarie all'elaborazione del forfettario locale (impegno economico per studi profit) degli studi sperimentali con farmaci.	Studi sperimentali con farmaci soffermati secondo il Regolamento UE 536/2014 per cui il PI debba fornire al URC la informazioni necessarie all'elaborazione del forfettario locale (impegno economico per studi profit) degli studi sperimentali con farmaci.	Per tutti gli studi sperimentali con farmaci, nella pubblicazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" è stato inserito la Dichiarazione Medica	Tutti gli studi sperimentali con farmaci autorizzati dall'Autorità competente a da un CE competente, sono stati deliberati (previo rilascio del "Voto della Direzione Medica)	Convergenza della Direzione Medica nella valutazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" da parte della Direzione Medica dopo aver ricevuto dal PI le informazioni necessarie alla corretta valutazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" degli studi sperimentali con farmaci.	Tutti gli studi sperimentali con farmaci autorizzati dall'Autorità competente a da un CE competente, sono stati deliberati (previo rilascio del "Voto della Direzione Medica)	Convergenza della Direzione Medica nella valutazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" da parte della Direzione Medica dopo aver ricevuto dal PI le informazioni necessarie alla corretta valutazione del "Modulo unico forfettario locale (impegno economico per studi profit)" degli studi sperimentali con farmaci.	Verifica da parte di URC della compilazione delle informazioni relative al rilascio del "Voto" da parte della Direzione Medica per tutti i nuovi studi sperimentali con farmaci soffermati secondo il Regolamento UE 536/2014
						Registrazione prestazioni di ricerca nel sistema gestionale	Errata registrazione delle prestazioni aggiuntive di ricerca (da effettuare esclusivamente o in tutti gli studi) nel sistema gestionale, con imputazione errata dei costi	2.00	S	Controlli annuali a campione da parte di URC sulla corretto registrazione delle prestazioni di studi di maggior interesse (stud finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente) (inglese e/o) studi finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente)	Verifica da parte di URC sulla corretto registrazione delle prestazioni di studi di maggior interesse (stud finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente) (inglese e/o) studi finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente)	Nel 2025 sono state controllate le prestazioni di ricerca di 4 studi no profit che sono stati chiusi e per studi di maggior interesse (stud finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente) (inglese e/o) studi finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente)	Le verifiche hanno evidenziate che la maggior parte delle prestazioni di studio specifiche viene registrato correttamente salvo alcune eccezioni rilevanti e problematiche legate al nuovo SO. tali problematiche sono relative al mancato passaggio nel sistema informativo ospedaliero (SIG) di alcune prestazioni registrate nei dipartimenti specialistici. In merito di alcune di ricerca, in caso di verifica sono state apportate alcune correzioni dell'ordine del ricovero.	Controlli annuali a campione da parte di URC sulla corretto registrazione delle prestazioni di studi di maggior interesse (stud finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente) (inglese e/o) studi finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente)	Verifica da parte di URC sulla corretto registrazione delle prestazioni di studi di maggior interesse (stud finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente) (inglese e/o) studi finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente)	Controlli annuali a campione da parte di URC sulla corretto registrazione delle prestazioni di studi di maggior interesse (stud finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente) (inglese e/o) studi finanziati con richiesta di rendicontazione nell'anno in corso e/o studi profit conclusi nell'anno precedente)	

(*) La mappatura di riferimento è quella approvata nel 2019