



P IANO
I NTREGRATO DI
A TTIVITA' E
O RGANIZZAZIONE

2023 - 2025

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	3
1 SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE.....	4
1.1 Il territorio e la popolazione	4
1.2 Livello essenziale di assistenza ospedaliera	8
1.2.1 Ricoveri	8
1.2.2 Pronto soccorso	9
1.2.3 Interventi chirurgici	9
1.2.4 L'assistenza specialistica.....	10
1.3 Livello essenziale di assistenza distrettuale	11
1.3.1 Strutture territoriali.....	11
1.3.2 Assistenza domiciliare integrata.....	12
1.3.3 Cure domiciliari e cure palliative	12
1.3.4 Centrale Operativa Territoriale (COT)	13
1.3.5 Assistenza psichiatrica territoriale.....	13
1.3.6 Assistenza nelle strutture intermedie	13
1.3.7 Assistenza farmaceutica	14
1.3.8 Dispositivi medici e assistenza protesica.....	14
1.3.9 Sanità penitenziaria	14
1.3.10 Assistenza alle persone anziane non autosufficienti.....	15
1.3.11 Assistenza alle persone con disabilità	15
1.3.12 Servizi per le dipendenze.....	15
1.3.13 Consultori familiari	16
1.3.14 L'assistenza primaria	16
1.4 Livello essenziale di prevenzione.....	16
2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	19
2.1 Valore pubblico.....	19
2.2 Performance	24
2.2.1 Il ciclo di gestione della performance.....	24
2.2.2 Gli obiettivi regionali: la governance del sistema.....	28
2.2.3 Gli obiettivi aziendali: l'integrazione	32
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	42

3	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	75
3.1	Struttura organizzativa	75
3.1.1	La Direzione aziendale	75
3.1.2	Il Dipartimento di prevenzione.....	76
3.1.3	I Distretti e la Funzione territoriale	77
3.1.4	Il Dipartimento di salute mentale.....	78
3.1.5	Gli Ospedali e la Funzione ospedaliera.....	79
3.1.6	I Servizi professionali, tecnici e amministrativi	81
3.2	Organizzazione del lavoro agile.....	82
3.2.1	Programma di sviluppo e modalità attuative	83
3.2.2	Criticità legate al luogo di svolgimento dell'attività in modalità agile	83
3.2.3	Formazione per lavoro agile	83
3.3	Piano triennale dei fabbisogni di personale	86
3.3.1	Il personale	86
3.3.2	Programmazione strategica delle risorse umane.....	87
3.3.3	Formazione del personale	103
4	MONITORAGGIO.....	104

INTRODUZIONE

L'articolo 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81 sono stati individuati gli adempimenti relativi ai documenti che confluiranno nel Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti. A livello regionale la DGR 1717 del 30/12/2022 ha fornito le linee guida alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale per la predisposizione del PIAO.

Il PIAO ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le pubbliche amministrazioni, inserendo in un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l'organizzazione del lavoro, compreso quello agile, la formazione del personale ed il fabbisogno del personale. Il Piano ha validità triennale e viene aggiornato annualmente.

1 SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Denominazione	Azienda ULSS 5 Polesana
Sede legale	Viale Tre Martiri 89 – 45100 Rovigo
PEC	protocollo.aulss5@pecveneto.it
Data di costituzione	01/01/2017 (L.R. n.19 del 25 ottobre 2016)
Partita Iva	01013470297
Codice Fiscale	01013470297
Sito web istituzionale	https://www.aulss5.veneto.it/
Telefono	0425 39 3931

1.1 Il territorio e la popolazione

L'Azienda ULSS 5 Polesana si estende su un territorio di 1.836 km² e comprende n. 51 comuni con una popolazione al 31.12.2021 pari a 231.295 abitanti, di cui 19.328 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali.

La tabella sottostante rappresenta i dati relativi alla popolazione al 31.12.2021 per ciascun Comune.

Comune	Maschi	Femmine	Totale popolazione
Adria	9125	9656	18781
Ariano nel Polesine	1934	2066	4000
Arquà Polesine	1296	1320	2616
Badia Polesine	4885	5135	10020
Bagnolo di Po	633	602	1235
Bergantino	1193	1229	2422
Boara Pisani	1196	1197	2393
Bosaro	723	728	1451
Calto	324	335	659
Canaro	1280	1319	2599
Canda	422	433	855
Castelguglielmo	770	744	1514
Castelmassa	1913	2084	3997
Castelnovo Bariano	1300	1339	2639
Ceneselli	770	782	1552
Ceregnano	1672	1768	3440
Corbola	1033	1138	2171
Costa di Rovigo	1165	1283	2448
Crespino	837	896	1733
Ficarolo	1076	1114	2190

Fiesso Umbertiano	1896	1973	3869
Frassinelle Polesine	673	671	1344
Fratta Polesine	1172	1329	2501
Gaiba	470	500	970
Gavello	745	706	1451
Giacciano con Baruchella	1028	1015	2043
Guarda Veneta	539	563	1102
Lendinara	5596	5861	11457
Loreo	1624	1651	3275
Lusia	1650	1673	3323
Melara	819	883	1702
Occhiobello	5840	6162	12002
Papozze	673	682	1355
Pettorazza Grimani	761	722	1483
Pincara	547	548	1095
Polesella	1860	1880	3740
Pontecchio Polesine	1129	1085	2214
Porto Tolle	4501	4634	9135
Porto Viro	6735	7047	13782
Rosolina	3122	3099	6221
Rovigo	24174	26016	50190
Salara	501	552	1053
San Bellino	530	505	1035
San Martino di Venezze	1846	1912	3758
Stienta	1561	1552	3113
Taglio di Po	3963	4007	7970
Trecenta	1255	1336	2591
Villadose	2346	2450	4796
Villamarzana	584	564	1148
Villanova del Ghebbo	999	984	1983
Villanova Marchesana	448	431	879
Popolazione ULSS 5 Polesana	113134	118161	231295

Principali indicatori demografici suddivisi per distretto.

(dato al 31.12.2021, fonte: elaborazione su dati ISTAT popolazione residente)

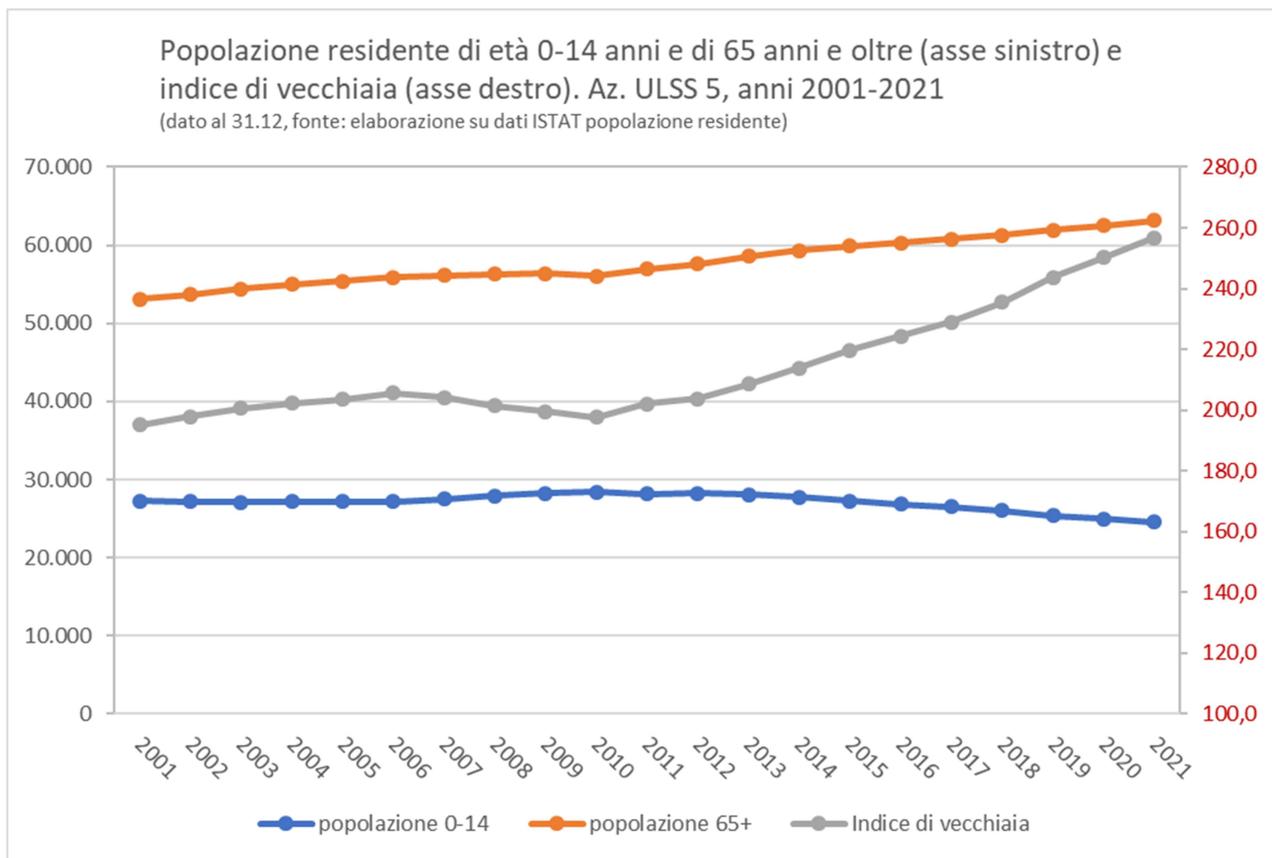
Indicatori demografici al 31/12/2021	Totale Azienda	Distretto 1 di Rovigo	Distretto 2 di Adria
Popolazione residente	231.295	163.122	68.173
Superficie (km ²)	1.836	996	840
Densità abitativa (abitanti/km ²)	125,97	163,67	81,17
Popolazione 0-14 anni	24.585	17.744	6.841
Popolazione 65 anni e più	63.134	44.003	19.131
Indice di vecchiaia (%)	256,8%	248,0%	279,7%
Nati vivi	1.185	831	354
Deceduti	3.317	2.272	1.045
Tasso di natalità (per 1000 residenti) ¹	5,1	5,1	5,1
Tasso di mortalità (per 1000 residenti) ²	14,3	13,9	55,4
Stranieri residenti	19.328	15.548	3.780
% stranieri residenti	8,4%	9,5%	5,5%

¹ Tassi osservati di natalità, grezzi non su popolazione media

² Tassi osservati di mortalità, grezzi non su popolazione media

Indicatori demografici sulla popolazione residente, ultimi 3 anni disponibili: confronto Azienda vs media regionale.
 (dato al 31.12, fonte: elaborazione su dati ISTAT popolazione residente)

Indicatori demografici (all'ultimo dato disponibile)	Azienda			Regione Veneto		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
0-14/popolazione totale (%)	10,9%	10,7%	10,6%	13,0%	12,8%	12,6%
65+/popolazione totale (%)	26,5%	26,8%	27,3%	23,3%	23,5%	23,8%
Indice di vecchiaia (%)	243,8%	250,2%	256,8%	179,2%	183,3%	189,0%
Indice di dipendenza (%)	59,5%	60,1%	61,1%	56,9%	56,9%	57,3%



Causa iniziale di morte: numero di decessi osservati nel biennio 2020-21 e differenza rispetto alla media del quadriennio 2016-19. Azienda ULSS 5

Fonte: Registro di mortalità SER

	TOTALE		UOMINI		DONNE	
	2021-2020	Δ % vs. 2016-19	2021-2020	Δ % vs. 2016-19	2021-2020	Δ % vs. 2016-19
<i>Tutte le cause</i>	6.647	9,9%	3.144	11,3%	3.503	8,7%
<i>COVID-19 (U07.1, U07.2)</i>	459	-	263	-	196	-
<i>Polmonite</i>	73	-36,0%	46	-7,1%	27	-58,1%
<i>Altre patologie respiratorie</i>	102	1,5%	50	-4,8%	52	8,3%
<i>Tumori (C00-D48)</i>	1.638	2,1%	898	1,2%	740	3,2%
<i>Diabete (E10-E14)</i>	254	29,3%	106	21,1%	148	35,8%
<i>Demenza, Alzheimer (F01-F03, G30)</i>	338	-9,1%	108	-3,6%	230	-11,5%
<i>Patologie ipertensive (I10-I15)</i>	404	15,3%	119	2,1%	285	21,8%
<i>Cardiopatie ischemiche (I20-I25)</i>	652	-6,7%	347	-4,5%	305	-9,1%
<i>Malattie cerebrovascolari (I60-I69)</i>	512	-4,4%	221	3,8%	291	-9,8%
<i>Asma, BPCO (J40-J47)</i>	124	-14,2%	71	-6,6%	53	-22,6%
<i>Malattie del fegato</i>	70	-6,0%	45	-4,3%	25	-9,1%
<i>Sintomi/segni mal definiti (R00-R99)</i>	78	0,0%	17	-35,8%	61	18,4%
<i>Traumatismi, avvelenamenti (S00-T98)</i>	226	13,9%	138	19,5%	88	6,0%

Causa iniziale di morte: numero di decessi osservati nel biennio 2020-21 e differenza rispetto alla media del quadriennio 2016-19. Regione Veneto

Fonte: Registro di mortalità SER

	TOTALE		UOMINI		DONNE	
	2021-2020	Δ % vs. 2016-19	2021-2020	Δ % vs. 2016-19	2021-2020	Δ % vs. 2016-19
<i>Tutte le cause</i>	110.142	13,7%	52.763	15,7%	57.379	11,8%
<i>COVID-19 (U07.1, U07.2)</i>	10.746	-	5.742	-	5.004	-
<i>Polmonite</i>	2.453	-2,4%	1.242	5,6%	1.211	-9,4%
<i>Altre patologie respiratorie</i>	2.281	4,0%	1.111	2,4%	1.170	5,5%
<i>Tumori (C00-D48)</i>	27.780	-1,4%	15.095	-1,7%	12.685	-1,1%
<i>Diabete (E10-E14)</i>	3.171	14,6%	1.563	16,5%	1.608	12,9%
<i>Demenza, Alzheimer (F01-F03, G30)</i>	6.686	-3,1%	2.122	-2,3%	4.564	-3,5%
<i>Patologie ipertensive (I10-I15)</i>	5.871	10,7%	1.973	11,5%	3.898	10,3%
<i>Cardiopatie ischemiche (I20-I25)</i>	9.268	-4,3%	4.884	-2,3%	4.384	-6,4%
<i>Malattie cerebrovascolari (I60-I69)</i>	7.201	-2,1%	2.996	2,9%	4.205	-5,4%
<i>Asma, BPCO (J40-J47)</i>	2.336	-7,4%	1.277	-8,2%	1.059	-6,4%
<i>Malattie del fegato</i>	1.126	2,1%	752	6,1%	374	-5,1%
<i>Sintomi/segni mal definiti (R00-R99)</i>	2.326	42,6%	745	42,2%	1.581	42,8%
<i>Traumatismi, avvelenamenti (S00-T98)</i>	3.871	7,1%	2.299	6,3%	1.572	8,2%

1.2 Livello essenziale di assistenza ospedaliera

All'interno di questa sezione sono riportate le strutture e le prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, in termini di ricoveri registrati, accessi in pronto soccorso ed interventi chirurgici.

Strutture ospedaliere	
Ospedali per acuti	pubblici - "Ospedale Santa Maria della Misericordia" di Rovigo – Hub Provinciale - "Ospedale Santa Maria degli Angeli" di Adria – Ospedale spoke - "Ospedale San Luca" di Trecenta – Ospedale di base in zona disagiata
	privati accreditati - "Casa di cura Santa Maria Maddalena" di Occhiobello – Presidio ospedaliero a valenza sul distretto aziendale - "Casa di cura Madonna della Salute" di Porto Viro – Presidio ospedaliero a valenza sul distretto aziendale
Poli Riabilitativi	privato accreditato - "Casa di cura Città di Rovigo" di Rovigo – struttura mono specialistica riabilitativa

1.2.1 Ricoveri

Ricoveri in regime ordinario e diurno per le strutture pubbliche e private dell'Azienda per Area Funzionale (stima anno 2022).

Strutture	2020	2021	2022
P.O. di Rovigo	13.675	13.358	14.289
P.O. di Trecenta	1.770	1.520	1.528
P.O. di Adria	4.536	3.965	4.144
Totale pubblico	19.981	18.843	19.961
C.C. Città di Rovigo	1.151	1.255	1.260
C.C. S. Maria Maddalena	3.088	3.722	3.807
C.C. Madonna della Salute	3.765	4.230	4.207
Totale privato	8.004	9.207	9.274
Totale Azienda	27.985	28.050	29.235

Area funzionale	PUBBLICO			PRIVATO			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Medica	8.423	7.982	7.611	1.287	1.461	1.248	9.710	9.443	8859
Chirurgica	7.331	6.848	8.276	4.816	5.646	5.777	12.147	12.494	14053
Terapie Intensive	421	412	380	53	35	38	474	447	418
Materno-Infantile	3.611	3.511	3.509	-	-	-	3.611	3.511	3509
Riabilitazione e Lungodegenza	195	90	185	1.848	2.065	2.211	2.043	2.155	2396
Totale Azienda	19.981	18.843	19.961	8.004	9.207	9.274	27.985	28.050	29235

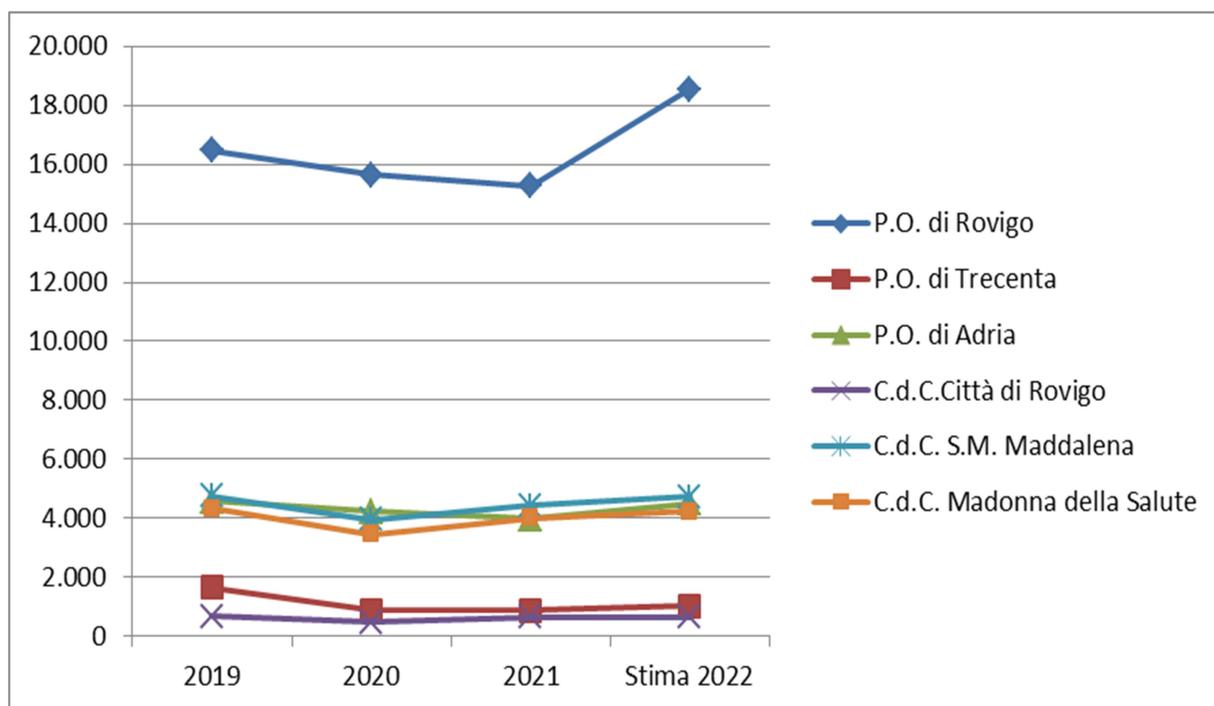
1.2.2 Pronto soccorso

Accessi al Pronto Soccorso per codice colore attribuito in fase di triage, anno 2022 (stima) – compreso OBI (strutture pubbliche e private)

Codice colore	Anno 2020	Anno 2021	Stima Anno 2022
Rosso	1.474	1.874	2.474
Arancione	15	6.135	16.124
Giallo	15.762	12.302	7.524
Verde	24.491	22.664	26.460
Bianco	24.380	26.499	31.073
Non attivato	171	336	220
TOTALE AZIENDA	66.293	69.810	83.875

1.2.3 Interventi chirurgici

Numero di interventi chirurgici effettuati negli ospedali dell'Azienda e strutture private accreditate negli ultimi quattro anni.



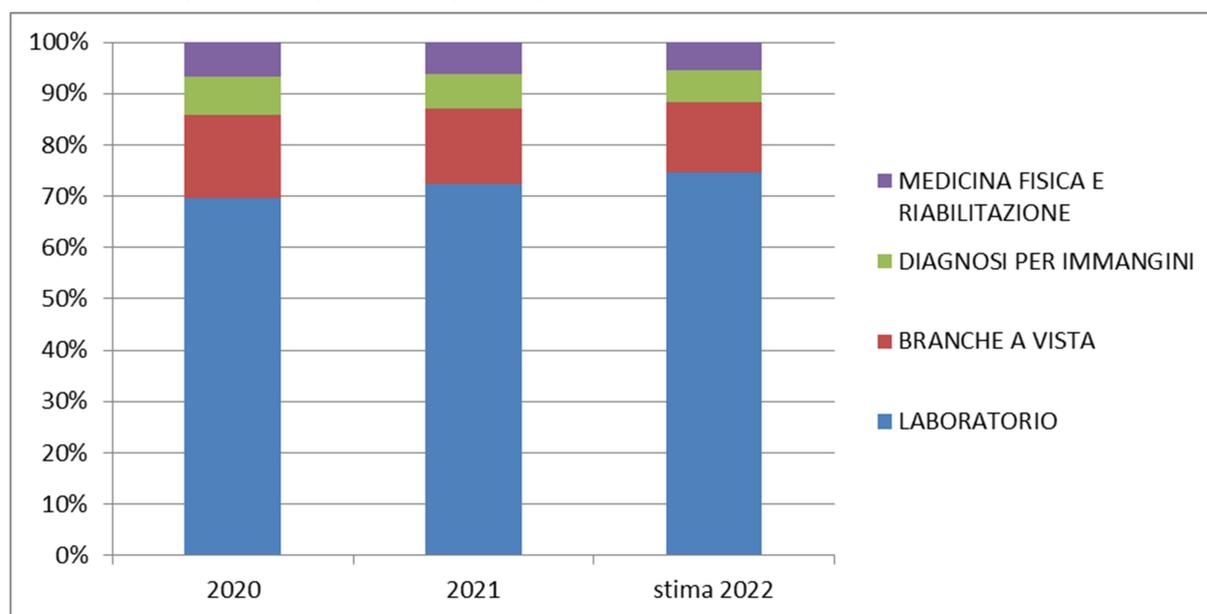
1.2.4 L'assistenza specialistica

Il livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale è garantito sia dalle strutture ospedaliere e sia dalle strutture distrettuali.

Distribuzione delle prestazioni per macro-area e tipologia di struttura, anno 2022 (stima).

Branca	PUBBLICO			PRIVATO			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Laboratorio	1.625.229	2.072.633	2.482.186	258.801	311.196	295.705	1.884.030	2.383.829	2.777.891
Branche a vista	350.359	384.644	401.176	86.272	100.459	107.325	436.631	485.103	508.501
Diagnosi per immagini	92.453	97.895	111.404	105.885	120.502	126.869	198.338	218.397	238.273
Medicina fisica e riabilitazione	85.849	93.778	101.433	95.733	113.073	99.451	181.582	206.851	200.884
Totale	2.153.890	2.648.950	3.096.199	546.691	645.230	629.350	2.700.581	3.294.180	3.725.549

Distribuzione delle prestazioni pubbliche e private per macroarea anni 2020-2022.



1.3 Livello essenziale di assistenza distrettuale

1.3.1 Strutture territoriali

Elenco delle strutture che erogano i servizi sanitari e socio-sanitari dell'Azienda ULSS 5 sul territorio.

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	<u>N. 2 Distretti:</u> - Distretto 1 di Rovigo - Distretto 2 di Adria
Strutture intermedie	<u>N. 2 Ospedali di Comunità:</u> pubblici Struttura Ricovero Intermedia OdC c/o Osp.Trecenta Struttura ricovero intermedia OdC c/o Ospedale di Adria <u>N. 1 URT:</u> privato convenzionato Unità Riabilitativa Territoriale - URT Adria <u>N. 2 Hospice:</u> privato convenzionato Hospice Casa del Vento Rosa di Lendinara pubblico Hospice La Gerbera di Adria
Poliambulatori specialistici	N. 17 pubblici N. 7 privati accreditati
Strutture per infanzia, adolescenza, famiglia e consultori	N. 6 Consultori pubblici
Strutture per anziani	N. 21 Centri Servizi per un totale di 2.265 PL privati accreditati N. 1 Centro Diurno Anziani con 8 PL privato accreditato
Strutture per persone con disabilità	N. 11 Centri Diurni per Disabilità pubblici N. 7 Altre strutture private accreditate
Strutture per la salute mentale	N. 6 Centri Diurni assist.psich. pubblici N. 6 CSM pubblici N. 9 Comunità/Appartamenti pubblici N. 1 Altra struttura privata accreditata
Strutture per persone con dipendenze	N. 4 Strutture pubbliche N. 1 Struttura privata accreditata
Strutture per l'inclusione sociale	Non presenti
Medici di Assistenza Primaria (MMG)	135
Pediatrati di Libera Scelta convenzionati	19
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	N.8 sedi di continuità assistenziale
Farmacie convenzionate	94 (90 Farmacie + 2 Dispensari + 2 Succursali)

1.3.2 Assistenza domiciliare integrata

Accessi di assistenza domiciliare integrata per figura professionale, ultimo dato disponibile e confronto con l'anno precedente.

Numero accessi per intensità assistenziale	2022	differenza vs 2021
Medico di Medicina Generale	26.539	-16%
Pediatra	155	-4,6%
Infermiere	82.916	+9,5%
Medico Specialista	1.814	-21,8%
Medico Esperto in Cure Palliative	4.450	+0,5%
Medico di Continuità Assistenziale	131	-7,7%
Dietista	0	-100%
Assistente Sociale	734	+57,8%
Medico Usca	2.354	-74,5%
Infermiere (solo prelievo)	18.015	-4,8%
Altro Soggetto	3.046	+17%
Totale	140.154	-3,7%

1.3.3 Cure domiciliari e cure palliative

Indicatori di attività delle cure palliative.

Indicatori	Almeno 1 accesso all'anno			Almeno una PIC di livello 1 o superiore		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Numero assistiti	7.715	10.317	9.108	2.398	3.596	4.592
Assistiti 75+ anni	6.471	7.481	6.940	1.908	2.826	3.471
% assistiti 75+ anni	83,9%	72,5%	76,2%	79,6%	78,6%	75,6
Tasso x 1000 ab. 75+ anni	207,5‰	245,2‰	224‰	61,2‰	92,6‰	112‰

Numero di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative, di cui deceduti a domicilio o in hospice per distretto di residenza (fonte DW Regionale – anno rolling ottobre 2021/settembre 2022).

	Deceduti a domicilio	Deceduti in Hospice	Totale
Distretto 1 di Rovigo	151	130	281
Distretto 2 di Adria	58	56	114
Totale	209	186	395

1.3.4 Centrale Operativa Territoriale (COT)

Numero di segnalazioni gestite dalla COT per le dimissioni protette provenienti dai tre ospedali pubblici, dalle 3 case di cura private e dagli istituti intra ed extra regione che hanno in carico nostri assistiti.

COT	2020	2021	2022	Differenza 2022 vs 2021
numero trasferimenti	2.601	2.773	3.150	377

1.3.5 Assistenza psichiatrica territoriale

Utenti con almeno un contatto territoriale per diagnosi principale, anni 2020-2022.

Diagnosi	2020	2021	2022
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	599	562	580
Disturbi affettivi	834	793	728
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	1.615	1.616	1.495
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	184	201	227
Altre diagnosi psichiatriche	904	912	814

1.3.6 Assistenza nelle strutture intermedie

Posti letto per tipologia di struttura e per distretto.

Tipologia di struttura		Posti letto Distretto 1 di Rovigo	Posti letto Distretto 2 di Adria	Totale
Ospedale di Comunità (ODC)	Pubblico	26	40	66
	Privato	---	---	---
Unità Riabilitative Territoriali	Pubblico	---	14	14
	Privato	---	---	---
Hospice	Pubblico	---	5	5
	Privato	10	---	10
Totale strutture intermedie	Pubblico	26	59	85
	Privato	10	---	10
TOTALE GENERALE		36	59	95

1.3.7 Assistenza farmaceutica

Farmacie per distretti

Distretti	Numero Farmacie convenzionate	Spesa farmaceutica convenzionata	
		Spesa Lorda (val. fustello)	Spesa Netta (Sp. Lorda-Ticket-Sconti)
Distretto 1 di Rovigo	68 (66 Farmacie + 2 Dispensari)	€ 24.322.694,46	€ 18.355.918,16
Distretto 2 di Adria	26 (24 Farmacie + 2 Succursali)	€ 10.100.449,59	€ 7.559.286,01
Totale	94 (90 Farmacie + 2 Dispensari + 2 Succursali)	€ 34.423.144,05	€ 25.915.204,17

Spesa farmaceutica complessiva.

(Fonte: report prescrizione farmaceutica UOC HTA Azienda Zero)

Azienda sanitaria di erogazione	Convenzionata	Acquisti diretti		
		Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Consumi Ospedalieri
Azienda ULSS 5 Polesana	€ 25.921.440	€ 27.714.578	€ 8.436.352	€ 14.277.207

1.3.8 Dispositivi medici e assistenza protesica

Spesa per dispositivi medici, diagnostici in vitro (IVD) e assistenza protesica erogata dall'Azienda. Confronto 2022 vs 2021 (Fonte: report prescrizione farmaceutica UOC HTA Azienda Zero)

Tipologia spesa	Spesa 2022*	Spesa 2021	Variazione % vs 2021
Dispositivi medici	€ 19.567.708	€ 17.856.866	9,58%
Diagnostici in vitro(IVD)	€ 4.958.611	€ 4.966.159	-0,15%
Totale	€ 24.526.319	€ 22.823.025	7,46%
Spesa per assistenza protesica	€ 2.209.819	€ 2.349.117	-5,93%

*previsioni di spesa da consumi

1.3.9 Sanità penitenziaria

Prestazioni sanitarie erogate negli ultimi tre anni nell'ambito della salute in carcere.

Tipologia di prestazione	2020	2021	2022
Prestazioni specialistiche erogate internamente	951	870	1142
Prestazioni specialistiche erogate all'esterno	197	398	530
Attività di Pronto Soccorso	55	46	56
Ricoveri (urgenti e programmati)	7	10	15

1.3.10 Assistenza alle persone anziane non autosufficienti

Utenti per età e sesso e utenti presenti in Unità d'offerta, RSA, Strutture alta protezione Alzheimer, Stati vegetativi permanenti e Centri diurni.

Azienda ULSS	Età media all'ingresso	Maschi	Femmine	Utenti per tipologia di Unità d'Offerta					
				I livello	II livello	Strutture alta protezione Alzheimer	Stati vegetativi permanenti	Centri diurni	Altro
Distretto 1 di Rovigo	83.2	410	1.132	1.178	270	27	3	0	64
Distretto 2 di Adria	83.5	228	620	751	70	0	4	0	23

1.3.11 Assistenza alle persone con disabilità

Utenti presenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali.

	Distretto 1 di Rovigo	Distretto 2 di Adria
Interventi semiresidenziali (n.utenti)	144	39
di cui presso strutture a gestione diretta	144	39
di cui Progetti sperimentali	0	2
Interventi Residenziali (n.utenti)	357	13
di cui presso strutture a gestione indiretta	357	13

1.3.12 Servizi per le dipendenze

Persone dipendenti prese in carico per distretto.

Utenti	Distretto 1 di Rovigo		Distretto 2 di Adria		Totale		
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	
Tossicodipendenti	511	458	245	212	756	670	
Alcolisti	394	355	135	158	529	513	
Tabagisti	52	45	4	2	56	47	
Dipendenza da gioco	80	62	39	41	119	103	
Altro	carcere	118	108	26	25	118	108
	familiari	35	39	-	-	61	64
	patenti	206	174	71	54	277	228

1.3.13 Consulteri familiari

Andamento delle prese in carico degli utenti nel 2021 e nel 2022.

Tipologia utenti	Utenti 2021	Utenti 2022	Diff. 2022 vs 2021
Singoli	4.764	4.870	106
Coppie	46	46	-
Famiglie	554	489	-65
Altri gruppi	86	93	7
TOTALE AZIENDA	5.450	5.498	48

1.3.14 L'assistenza primaria

Indicare il volume di medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e delle forme associative distribuiti nel territorio (dato aggiornato al 01/01/2023).

Distretto	MMG	Medicine di Gruppo	Medicine di Gruppo Integrata	PLS	Associazione semplice	Totale assistenza primaria
Distretto 1 di Rovigo	99	6	3	14	3	113
Distretto 2 di Adria	36	1	2	5	1	41
Totale	135	7	5	19	4	154

1.4 Livello essenziale di prevenzione

1.4.1 Coperture vaccinali

Coperture vaccinali dell'ultimo triennio.

Copertura Vaccinale	2020	2021	2022	Obiettivo Regionale
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) - infanzia	96,9%	96,3%	96,4%	≥95%
Vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) - infanzia	95,6%	95,2%	95,3%	≥95%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	66,6%	56,5%	54,9%	n.d.

1.4.2 Screening oncologici

Copertura degli screening mammografico, della cervice uterina e del colon retto nell'ultimo triennio.

Screening- Copertura	Copertura 2020	Copertura 2021	Copertura 2022	Obiettivo Regionale	Differenza % 2022-obiettivo
Screening mammografico	48%	68,3%	68%	60%	+13,33%
Screening cervice uterina	55%	74,4%	71,3%	50%	+42,6%
Screening colon retto	61,8%	57,8%	64,3%	50%	+28,6%

1.4.3 Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL

Attività di prevenzione e organico SPISAL, 2021-2022.

Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL	2021	2022	Totale
Attività produttive sottoposte a controllo di cui:	1.233	771	2.004
cantieri	242	453	695
cantieri per bonifica amianto	36	16	52
aziende agricole	84	92	176
Copertura attività produttive soggette a controllo	10,1%	6,3%	8,2%
Inchieste per infortuni sul lavoro concluse	48	56	104
Inchieste per malattie professionali concluse	99	35	134

1.4.4 Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

Servizio igiene alimenti e nutrizione.

Servizio igiene alimenti e nutrizione	2020	2021	2022
Nr. controlli/campioni sugli alimenti di origine vegetale	161	160	195
Nr. controlli/campioni sulle bevande, vini ed acque destinate al consumo umano	33	32	39
Nr. controlli negli esercizi del settore di produzione/trasformazione/commercializzazione di alimenti vegetali	8	15	25
Nr. audit presso ristorazioni pubbliche	-	-	-

Servizio di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati.

Servizio di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati	2020	2021	2022
Nr. ispezioni/controlli negli stabilimenti produttori di alimenti di origine animale	908	933	879
Nr. ispezioni in stabilimenti produzione/lavorazione (non ricomprese nei punti precedenti)	22	32	25
Nr. altri interventi in stabilimenti produzione/lavorazione (certificazioni, campionamenti)	4.318	4.610	5.444
Nr. ispezioni in stabilimenti macellazione	931	960	1.032
Nr. capi macellati (avicunicoli)	9.050.471	10.918.075	11.482.008
Nr. capi macellati (bovini, ovicaprini, suini)	40.221	45.594	47.391

Servizio di igiene prodotti ittici e molluschicoltura

Servizio di igiene prodotti ittici e molluschicoltura	2020	2021	2022
Nr. ispezioni/controlli negli stabilimenti produttori di alimenti di origine animale	343	407	436
Nr. altri interventi in stabilimenti produzione/lavorazione (certificazioni, campionamenti)	1376	1400	1367
N. audit presso stabilimenti di produzione	4	12	11

2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Per Valore Pubblico in senso stretto, le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono: il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders (parti interessate) creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

L'Azienda ULSS 5 Polesana è uno dei soggetti che concorrono al funzionamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto e la sua missione è tutelare la salute delle comunità locali servite, attraverso la realizzazione di attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e palliazione previste dai Livelli di Assistenza stabiliti dalla normativa nazionale e regionale e dalle specifiche aree di intervento:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Coerentemente con la normativa nazionale e regionale, l'Azienda ULSS 5 Polesana è impegnata anche nella realizzazione di attività di assistenza sociale esplicitamente delegate dai Comuni. Vi sono deleghe obbligatorie che riguardano i centri diurni per persone con disabilità, l'assistenza scolastica e il servizio integrazione lavoro, e deleghe facoltative che riguardano la tutela dei minori e l'affido. Per alcuni comuni del basso polesine l'Azienda risulta delegata anche per le attività sad/adi e per il nuoto disabili.

Tale approccio è coerente con il concetto di salute proprio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ovvero che: «La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia» ed è alla base inoltre della strategia dell'OMS denominata "Global Health" che pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione, e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici ed ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità economica.

A livello internazionale si è aperto un dibattito che ha portato alla condivisione di una nuova definizione di salute, intesa come "capacità di adattamento e di autogestione di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive" (British Medical Journal, 2011), sottolineando in questo modo che lo stato di benessere e la qualità della vita sono strettamente connessi al contesto, che è diventato sempre più mutevole e dinamico. In quest'ottica la salute è il risultato di un processo complesso che comporta una stretta connessione tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali.

La generazione di valore in ambito di salute ha molteplici declinazioni, poiché può realizzarsi attraverso l'azione intersettoriale di tutte le componenti della comunità e non solo attraverso specifici programmi di prevenzione e di promozione del benessere fisico e psicologico; o apportando effettivi miglioramenti alle modalità di cura (diagnosi e cura); oppure ancora preservando o mantenendo lo stato di salute (ad es. cronicità); o infine migliorando la qualità della vita di malati e famiglie (ad es. cure palliative).

È proprio tenendo conto di tutti questi aspetti che il valore generato dai singoli individui, intervenendo sulla salute, può definirsi pubblico, perché riguarda non solo la salute in senso stretto ma anche tutto il contesto in cui una persona è inserita e inoltre si rivolge all'intera collettività.

In tale prospettiva, al fine di creare valore pubblico, l'Azienda è impegnata a realizzare una strategia volta a mantenere elevati livelli di qualità nelle prestazioni rese alla popolazione, assicurando la continua ricerca delle soluzioni più efficienti ed economiche attraverso la combinazione dei fattori della produzione, nonché l'adozione di condizioni organizzative tali da favorire la migliore espressione del potenziale professionale ed umano dei propri operatori. Mira dunque a migliorare continuamente le proprie performance assistenziali e organizzative, erogando servizi di qualità (output) grazie ai contributi individuali (input) apportati dai propri dipendenti e collaboratori.

Oltre all'approccio "Global Health", promosso dall'OMS, esistono altre strategie internazionali che riconoscono nell'azione intersettoriale la chiave di volta per puntare al benessere collettivo, alla salute e al valore pubblico. Una di queste è il progetto BES, che, fin dal 2010, misura il Benessere Equo e Sostenibile, con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. A tal fine, i tradizionali indicatori economici, primo fra tutti il Pil, sono stati integrati con misure sulla qualità della vita delle persone e sull'ambiente, relativi a 12 aree di interesse.

A partire dal 2016, agli indicatori e alle analisi sul benessere si sono affiancati anche gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite. L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è un programma di azione per le persone, il pianeta e la prosperità che i governi dei 193 Paesi membri dell'ONU hanno sottoscritto nel settembre del 2015. Essa stabilisce 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile – Sustainable Development Goals (SDGs) – specificati in 169 target, da raggiungere entro il 2030. Gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) sono così rappresentati:



Tutte queste iniziative, pur partendo da prospettive diverse e promosse da soggetti diversi, convergono verso la promozione del bene comune, della salute, della sicurezza e della sostenibilità e hanno maturato aree di intervento, obiettivi e indicatori formalmente sovrapponibili, come è visibile dalla tabella seguente.

In tutti i casi, è evidente come il contributo delle Aziende Sanitarie alla costruzione del valore pubblico è determinante solo se integrato in una collaborazione intersettoriale tra tutte le componenti comunitarie coinvolte.

Raccordo tra indicatori relativi ai 12 domini BES e misure statistiche relative agli SDGs

Fonte: Istat Benessere e sostenibilità – Ottobre 2022

BES		SDGs
1. Salute	4 indicatori	4 nel Goal 3 
2. Istruzione e formazione	8 indicatori	7 nel Goal 4  1 nel Goal 8 
3. Lavoro e conciliazione tempi di vita	10 indicatori	2 nel Goal 5  8 nel Goal 8 
4. Benessere economico (a)	7 indicatori	5 nel Goal 1  3 nel Goal 10 
5. Relazioni sociali		
6. Politica e istituzioni (a)	8 indicatori	4 nel Goal 5  5 nel Goal 16 
7. Sicurezza	3 indicatori	1 nel Goal 5  2 nel Goal 16 
8. Benessere soggettivo		
9. Paesaggio e patrimonio culturale	2 indicatori	1 nel Goal 11  1 nel Goal 13 
10. Ambiente (b)	11 indicatori	1 nel Goal 1  2 nel Goal 6  1 nel Goal 7  1 nel Goal 8  3 nel Goal 11  2 nel Goal 12  2 nel Goal 13  1 nel Goal 14  2 nel Goal 15 
11. Innovazione, ricerca e creatività	3 indicatori	3 nel Goal 9 
12. Qualità dei servizi (a)	8 indicatori	2 in Goal 1  3 in Goal 3  1 in Goal 6  2 in Goal 11  1 in Goal 16 

(a) 1 indicatore ripetuto in più Goal

(b) 4 indicatori ripetuti in più Goal

I servizi sanitari possono contribuire la valore pubblico sia con la realizzazione diretta delle prestazioni definite dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e dai livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), e sia partecipando a progetti di innovazione quali quelli ora previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Non a caso il PNRR, per l'ambito sanitario, indica non solo il raggiungimento di specifici obiettivi prestazionali (realizzare, per esempio, le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, potenziare le dotazioni strutturali e tecnologiche degli ospedali, far funzionare il Fascicolo Sanitario Elettronico), ma anche il perseguimento di obiettivi trasversali quali la protezione ambientale (principio DNSH – Do No Significant Harm), la transizione digitale e la promozione di pari opportunità per disabili, giovani e donne.

Il valore pubblico di un'azienda sanitaria viene quindi realizzato in maniera più immediata dagli obiettivi che riguardano in modo diretto le attività di natura sanitaria e socio-sanitaria e che vanno ad impattare in senso migliorativo sulla salute dei cittadini, ma anche con obiettivi più generali che impattano sul benessere e sulla qualità della vita nel suo complesso. In questo senso, anche gli

obiettivi non strettamente connessi alla salute, che puntano all'innovazione digitale, alla semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa, hanno sicuramente un impatto sul valore pubblico per tutti i cittadini, con una prospettiva anche a lungo termine.

E' del tutto evidente che risulta più agevole avere obiettivi, indicatori e sistemi di misura relativi ad aspetti specifici, influenzati da un numero limitato di fattori (per esempio, mortalità dopo 30 giorni da un intervento cardiaco, che dipende dalle strutture sanitarie coinvolte) piuttosto che misurare aspetti generali quali, ad esempio, la mortalità complessiva, che dipende dalla somma dell'azione intersettoriale dell'intera comunità nella quale sono inseriti i servizi sanitari.

Per questo, nel PIAO dell'Azienda ULSS 5 verranno considerati solo gli indicatori ai quali la struttura sanitaria concorre in modo diretto.

2.2 Performance

Nelle amministrazioni pubbliche il concetto di performance è stato introdotto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che ha disciplinato il ciclo della performance.

Con DGR 140 del 16.02.2016 la Regione Veneto ha dettato specifiche linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione della performance.

Quando si parla di ciclo della performance si intende un sistema di pianificazione e misurazione degli obiettivi, articolato in più fasi, che consistono nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi aziendali, nel collegamento tra gli obiettivi e le risorse, nel monitoraggio costante e nell'attivazione di eventuali interventi correttivi, nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nell'utilizzo dei sistemi premianti. Il ciclo si conclude con la rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai cittadini, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

A livello della singola amministrazione è stata prevista l'istituzione di un Organismo indipendente di valutazione (OIV), con il compito di promuovere, garantire, monitorare, validare e controllare la correttezza dei processi relativi al ciclo della performance.

A livello nazionale il Dipartimento della funzione pubblica ha creato il Portale della Performance, strumento per la raccolta e consultazione di dati e documenti relativi al ciclo della performance pubblicati dalle singole amministrazioni, in un'ottica di accountability e trasparenza.

L'unità controllo di gestione dell'Azienda, sulla base dell'articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e concretizzare il principio di responsabilità economica.

2.2.1 Il ciclo di gestione della performance

Nell'Azienda ULSS 5 Polesana il ciclo di gestione della performance si dettaglia nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, nel rispetto degli obiettivi strategici impartiti dalla Regione, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, previa negoziazione delle risorse strumentali e di costo a disposizione e nel rispetto delle vigenti disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e valutazioni intermedie per stati di avanzamento, con attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione annuale dei risultati e valutazione finale a consuntivo;
- e) utilizzo dei sistemi incentivanti, secondo criteri di valorizzazione del merito in coerenza con le normative di legge, i vigenti CC.CC.NN.LL. e con i contratti integrativi aziendali;
- f) rendicontazione dei risultati mediante pubblicazione sul sito aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Il ciclo della performance prevede uno stretto collegamento tra la definizione degli obiettivi aziendali e la gestione dei sistemi incentivanti, contrattuali e straordinari, attraverso la declinazione degli obiettivi aziendali alle singole unità operative in cui è articolata l'azienda.

Per quanto riguarda i meccanismi incentivanti contrattuali, è previsto che i singoli obiettivi di budget delle unità operative siano pesati e che l'erogazione degli incentivi connessi avvenga solo a seguito delle valutazioni infrannuali degli stati di avanzamento fatta dai responsabili di struttura/processo (in collaborazione con la UOC Controllo di gestione) e della valutazione finale a consuntivo.

Con il decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, recante "Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015", sono stati introdotti meccanismi di riconoscimento del merito e della premialità, norme per la razionalizzazione e integrazione dei sistemi di valutazione, la riduzione degli adempimenti in materia di programmazione e di coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni.

Il d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, pur confermando nelle sue linee generali l'impianto originario del d.lgs. 150/2009, ha inteso rafforzare il ruolo dei cittadini e utenti nel ciclo di gestione della performance. Il nuovo articolo 19-bis, infatti, ha introdotto delle innovazioni incidendo sulla disciplina relativa al coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa. Nel novembre 2019 il dipartimento della funzione pubblica ha predisposto le "Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche" con l'intento di fornire alle amministrazioni indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare detto coinvolgimento.

Per supportare il perseguimento degli obiettivi aziendali risulta necessario uno sviluppo sistematico e coordinato delle attività di programmazione, realizzazione e controllo che sono supportate dai seguenti strumenti:

- il piano triennale della performance ricompreso nel PIAO;
- il documento annuale delle direttive di budget, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, anch'esso ricompreso nel PIAO;
- il budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle unità operative;
- il sistema di reporting, con indicatori puntuali per la direzione aziendale e per le unità operative.

Data la complessità di applicazione del ciclo aziendale della performance nelle strutture sanitarie, i soggetti coinvolti nella sua gestione sono numerosi e un buon risultato finale è dato dal loro reciproco livello di integrazione.

La **direzione aziendale** ha il compito di assegnare gli obiettivi alle singole articolazioni aziendali, tenendo conto delle indicazioni regionali, di monitorarne l'andamento generale e di valutare complessivamente i risultati raggiunti.

La **UOC controllo di gestione** è la struttura tecnica di supporto che ha principalmente il compito di:

- sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo della performance;

- preparare e gestire le schede di budget con gli obiettivi specifici per le singole articolazioni aziendali;
- contribuire a fornire i dati di attività e di costo per il monitoraggio periodico e finale (dati generali e trasversali);
- monitorare gli obiettivi regionali;
- collaborare con l'organismo indipendente di valutazione (OIV) nella predisposizione dei materiali di valutazione, del Documento di validazione della Relazione sulla performance e della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni che ne costituisce parte integrante;
- pubblicare la documentazione relativa all'attività dell'OIV sull'apposita sottosezione della sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet aziendale.

L'**organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** ha il compito di garantire che tutte le fasi del ciclo aziendale della performance vengano svolte secondo le indicazioni normative nazionali e regionali, oltre alle nuove funzioni introdotte dal d.Lgs 74/2017.

I **direttori/responsabili delle diverse articolazioni aziendali**, secondo i livelli di responsabilità e di funzionamento indicati nell'atto aziendale, hanno il compito di:

- contribuire con la direzione aziendale a definire le schede di budget con gli obiettivi specifici;
- illustrare a tutto il personale della struttura gli obiettivi di budget contenuti nella scheda;
- perseguire gli obiettivi specifici indicati nelle rispettive schede di budget;
- contribuire a fornire i dati di attività per il monitoraggio periodico e finale (dati specifici);
- fare il monitoraggio periodico e attivare eventuali interventi correttivi;
- predisporre le conseguenti valutazioni periodiche e finali, a seconda dei livelli di responsabilità indicati nell'Atto aziendale.

La **UOC gestione risorse umane** ha il compito di definire gli accordi integrativi aziendali in materia con le OO.SS. e di erogare gli incentivi sulla base delle valutazioni degli stati di avanzamento e della valutazione consuntiva finale.

La performance viene misurata su tre livelli:

- a) **a livello complessivo aziendale** rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi fissati dalla Regione Veneto;
- b) **a livello di singola Unità Operativa**, individuata come autonomo centro di responsabilità in cui vengono declinati gli obiettivi strategici, nonché specifici ulteriori obiettivi (performance organizzativa);
- c) **a livello di singolo dipendente** afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto attraverso l'individuazione di obiettivi nella scheda di valutazione individuale (performance individuale).

Le fasi temporali in cui si articola il **processo di gestione del ciclo della performance**, sono di seguito rappresentate.

Alcune scadenze del processo devono essere rispettate in quanto previste dalle norme vigenti, altre invece possono essere dipendenti da scelte aziendali e, nell'ipotesi di eventi non prevedibili e situazioni straordinarie come la presenza di una pandemia, l'intera sequenza delle fasi può subire rallentamenti, ritardi e variazioni ed ecco perché, riguardo alle schematizzazioni che seguono, si può affermare che riportino date indicative e riferibili a situazioni ordinarie.

Tempistica del Ciclo della performance relativo all'anno 2023

<i>attività</i>	<i>strumenti</i>	<i>tempistica</i>
Individuazione degli obiettivi aziendali da raggiungere	Piano integrato di attività e organizzazione PIAO: piano della performance 2023-2025 e documento di direttive aziendali per la definizione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del budget 2023	31 gennaio 2023
Assegnazione alle articolazioni aziendali degli obiettivi da raggiungere e allocazione delle risorse	Schede di budget 2023 delle singole articolazioni	febbraio/marzo 2023
Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi	<ul style="list-style-type: none"> - Report periodici messi a disposizione delle articolazioni aziendali dalla UOC controllo di gestione (dati generali e trasversali) - Documenti di monitoraggio prodotti dalle singole articolazioni aziendali (dati specifici) 	mensile e/o trimestrale, a seconda degli indicatori
Valutazioni degli stati di avanzamento della performance organizzativa	Misurazione degli obiettivi e relazioni dei valutatori	quadrimestrale: 1° quadrim. al 30/04/2023 2° quadrim. al 31/08/2023 3° quadrim. al 31/12/2023
Valutazione finale annuale della performance organizzativa	Misurazione degli obiettivi e relazioni dei valutatori	giugno 2023
Valutazione annuale della performance individuale	Schede di valutazione individuale (a cura del superiore gerarchico)	marzo/maggio 2023
Chiusura del ciclo della performance	Relazione sulla performance	giugno 2023
Supervisione del Ciclo della performance	Atti dell'OIV	Tempistiche previste da normative nazionali e regionali

2.2.2 Gli obiettivi regionali: la governance del sistema

Con DGR n. 1702 del 30 dicembre 2022 la Regione Veneto ha definito gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2023, individuando per ciascuno di essi i relativi indicatori e le soglie di raggiungimento.

A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

Codice obiettivo	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	SOGLIA
A.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.P.1	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	rispetto soglia nazionale
		A.1.P.2	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	rispetto soglia nazionale
		A.1.P.3	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	rispetto soglia nazionale
		A.1.P.4	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	rispetto soglia nazionale
		A.1.D.1	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	rispetto soglia nazionale
		A.1.D.2	D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	rispetto soglia nazionale
		A.1.D.3	B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	rispetto soglia nazionale
		A.1.O.1	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	rispetto soglia nazionale
		A.1.O.2	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	rispetto soglia nazionale
		A.1.O.3	Volumi interventi di PTCA	rispetto soglia nazionale
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.P.1	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale
		A.2.D.1	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale
		A.2.O.1	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale	mantenimento o rispetto soglia nazionale

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

Codice obiettivo	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	SOGLIA
E.1	Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.6	Costi Sperimentazioni cliniche	si (come da vademecum)
E.2	Rispetto dei vincoli di costo del personale	E.2.S.1	Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale
		E.2.S.2	Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017	si (come da vademecum)
E.3	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.3.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	si (come da vademecum)
E.4	Efficientamento dei processi amministrativi	E.4.S.1	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	0
		E.4.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	≤ 20 gg
		E.4.S.3	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023	100%
		E.4.S.4	Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche	100%
		E.4.S.6	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%
		E.4.S.7	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	si (come da vademecum)

Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

Codice obiettivo	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	SOGLIA
Q.1	Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	Q.1.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	si (come da vademecum)
		Q.1.P.2	Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico	si (come da vademecum)
		Q.1.P.3	Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale	si (come da vademecum)
Q.2	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.2.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	si (come da vademecum)
		Q.2.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%
Q.3	Estensione del programma di screening per HCV	Q.3.P.1	Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti	>=15%
Q.4	Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria	Q.4.P.1	% di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021	95%
Q.5	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1	Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali	si (come da vademecum)
		Q.5.D.2	% anziani >= 65 anni trattati in ADI	(soglia diversa tra Aziende ULSS; Calcolo a livello di Distretto)
		Q.5.D.3	COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali	si (come da vademecum)
		Q.5.D.4	Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale	si (come da vademecum)
		Q.5.D.5	Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77	si (come da vademecum)
		Q.5.D.6	Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%	si (come da vademecum)
Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer	70%
		Q.6.T.2	Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda	100% monitoraggio intermedio settembre. e relazione finale dicembre
		Q.6.T.3	Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini	< 10%
		Q.6.T.4	Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini	si (come da vademecum)
		Q.6.T.5	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	>41

		Q.6.T.6	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	si (come da vademecum)
Q.8	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.8.O.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	>=20%
		Q.8.O.2	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero	>65%
Q.9	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.9.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%
Q.10	Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico	Q.10.O.4	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	si (come da vademecum)
Q.11	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.11.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	si (come da vademecum)
Q.12	Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie	Q.12.S.1	Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM	≥ 50%
Q.13	Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	Q.13.S.1	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	si (come da vademecum)
Q.15	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.15.S.1	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)	si (come da vademecum)

S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

Codice obiettivo	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	SOGLIA
S.1	Miglioramento dei tempi di attesa	S.1.D.1	% prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)	>20% rispetto al 31/12/2022
		S.1.D.2	% prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022	≥ 60%
		S.1.O.1	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici	≥ 90%
S.2	Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34	si (come da vademecum)
		S.2.O.2	Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022; Avvio lavori bunker di radioterapia IOV - PO Castelfranco	si (come da vademecum)
S.3	Perseguimento PNRR M6	S.3.O.1	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024	si (come da vademecum)
		S.3.D.1	M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	si (come da vademecum)
		S.3.D.2	M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023	si (come da vademecum)
		S.3.D.3	M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	si (come da vademecum)
		S.3.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	si (come da vademecum)
		S.3.S.2	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	si (come da vademecum)
		S.3.S.3	Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt	si (come da vademecum)
S.4	Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.4.S.1	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR	si (come da vademecum)

2.2.3 Gli obiettivi aziendali: l'integrazione

In continuità con quanto previsto negli anni scorsi, accanto agli obiettivi regionali specifici definiti dalla Giunta Regionale e dal Consiglio Regionale per l'anno 2023, gli obiettivi aziendali del triennio 2023-2025 sono finalizzati in modo peculiare a sviluppare nell'Azienda ULSS 5 modelli integrati di gestione assistenziale e organizzativa, integrando processi assistenziali e quelli organizzativi, le equipe dei professionisti, le diverse sedi di erogazione, i professionisti dipendenti e quelli convenzionati, le strutture pubbliche e quelle private accreditate, le funzioni sanitarie e quelle socio-sanitarie.

Tali obiettivi aziendali possono essere ricondotti ai seguenti ambiti:

- a) implementazione del PNRR;
- b) sviluppo coordinato delle reti per l'assistenza;
- c) recupero delle prestazioni non erogate causa COVID;
- d) gestione integrata dei servizi professionali, tecnici e amministrativi;
- e) gestione coordinata delle risorse e dei fattori produttivi;
- f) allineamento dei sistemi di gestione dei rischi;
- g) gestione della pandemia da covid.

a) L'implementazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR

La Missione 6 del PNRR (SALUTE) mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due componenti:

- M6C1 Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale;
- M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il 30 maggio 2022 è stato stipulato tra il Ministero della Salute e la Regione del Veneto il "Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome" (CIS), che identifica la Regione Veneto quale soggetto attuatore e descrive puntualmente le responsabilità, le progettualità, le attività e gli investimenti connessi alla Missione 6 del PNRR. Parte integrante del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) è rappresentata dal Piano Operativo Regionale Veneto (POR) che indica nel dettaglio le iniziative da realizzare e le relative risorse a disposizione.

La Missione 5 del PNRR (COESIONE E INCLUSIONE) ha invece lo scopo di investire nelle infrastrutture sociali e nei sistemi di protezione delle fragilità sociali ed economiche delle persone, ed è articolata in tre componenti:

- M5C1 Politiche per il lavoro;
- M5C2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore;
- M5C3 Interventi speciali per la coesione territoriale.

Il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 98 del 09/05/2022 ha approvato gli elenchi dei progetti presentati dagli Ambiti Sociali Territoriali ammessi al finanziamento nazionale

e connessi alla Missione 5 del PNRR, con l'identificazione dei soggetti attuatori e dei relativi CUP e RUP.

Per tutte le progettualità indicate nella Missione 5 e nella Missione 6 del PNRR, è previsto che i soggetti attuatori possano delegare l'Azienda ULSS 5 Polesana alla realizzazione delle attività ivi previste, che quindi risulta impegnata nella implementazione dei seguenti progetti:

Progetti aziendali del PNRR – Missione 6

- Avviare le attività della Casa della Comunità di Rovigo
- Avviare le attività della Centrale Operativa Territoriale di Rovigo
- Avviare le attività della Casa della Comunità di Badia Polesine
- Avviare le attività della Casa della Comunità di Castelmasa
- Avviare le attività della Casa della Comunità di Adria
- Avviare le attività della Centrale Operativa Territoriale di Adria
- Avviare le attività della Casa della Comunità di Porto Tolle
- Avviare le attività dell'Ospedale di Comunità di Rovigo
- Implementare la digitalizzazione ospedaliera (sedi DEA)
- Implementare le grandi apparecchiature sanitarie
- Potenziare i posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva
- Supportare lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Supportare l'adozione dei nuovi flussi informativi nazionali
- Implementare il Piano di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza

Progetti aziendali del PNRR – Missione 5

- Sostegno al Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione dei minori (PIPPI) nel Distretto 1 di Rovigo
- Sostegno al Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione dei minori (PIPPI) nel Distretto 2 di Adria
- Attività di supervisione degli assistenti sociali per il contrasto del burn out.

Considerata la complessità delle attività da svolgere e delle reciproche interrelazioni, anche in relazione alla DGRV 1702/2022 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2023", e visti i compiti delegati dai soggetti attuatori, l'Azienda ULSS 5, attraverso la deliberazione del Direttore Generale n.957/2022, si è dotata di un modello organizzativo in grado di gestire in maniera unitaria e integrata tutte le attività aziendali necessarie a "mettere a terra" i progetti e gli investimenti delle Missioni 5 e 6 del PNRR. Secondo i consolidati approcci proposti dalle principali organizzazioni internazionali in materia di "Project Management", tale modello organizzativo è basato sui seguenti elementi:

- costituzione del "Comitato guida aziendale per il PNRR";
- identificazione in modo esplicito del "Portafoglio dei progetti" (composto sia da Progetti aziendali specificamente indicati dalle Missioni 5 e 6 del PNRR e sia da altri Progetti aziendali

interagenti con esse), aggiornabile sulla base dell'evoluzione delle attività connesse al PNRR stesso;

- attivazione del Project Management Office - PMO, con funzioni di sostegno, coordinamento e rendicontazione delle attività progettuali (identificato nell'Ufficio Innovazione e sviluppo in staff alla Direzione Generale);
- adozione di specifiche tecniche di "project management" per la gestione delle principali attività progettuali connesse all'implementazione del PNRR.

b) Lo sviluppo coordinato delle reti per l'assistenza

La Regione del Veneto ha avviato da tempo innumerevoli reti assistenziali. Il "Piano socio-sanitario regionale 2019-2023" ribadisce il ruolo delle RETI, sia per quanto riguarda i migliori esiti attesi sulla salute dei pazienti (per il coordinamento delle attività, la concentrazione delle competenze, la fluidità dei percorsi, ecc.) e sia per quanto riguarda il miglior impatto sull'utilizzo delle risorse (riduzione delle sedi, miglior gestione delle attrezzature, ecc.).

Alcune reti dovranno essere modellate sul principio "hub and spoke", per non disperdere la casistica e le competenze professionali, garantire elevati standard qualitativi e di sicurezza e ottimizzare l'utilizzo delle risorse, così come previsto dal Programma Nazionale Esiti (PNE). In altri casi, il modello di rete per l'assistenza dovrà essere diffuso, per garantire la capillarità di intervento sul territorio. L'adeguamento alla DGRV 614/2019 e la conseguente modifica dell'Atto Aziendale favoriranno la visione trasversale anche tra le strutture ospedaliere.

Elemento cardine nello sviluppo delle reti per l'assistenza è il concetto di integrazione, che va posto in essere in modo coordinato tra tutte le strutture interessate, tenendo conto dei percorsi dei pazienti per le varie necessità di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e palliazione:

- tra l'ospedale, il distretto, il dipartimento di prevenzione e la salute mentale (per esempio tra ospedali e Case della Comunità);
- tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate;
- tra i diversi professionisti e le diverse discipline;
- tra i professionisti dipendenti e quelli convenzionati;
- tra il sanitario e il sociale;
- tra le sedi di erogazione;
- tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e le altre componenti della comunità (enti locali, volontariato, famiglie, ecc.).

L'approccio per processi, connesso alla gestione delle reti assistenziali e dei PDTA, sarà il tema dominante delle attività regionali di valutazione finalizzate al rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'intera Azienda ULSS 5.

I livelli di assistenza della prevenzione collettiva e della sanità pubblica

In ottemperanza alle specifiche indicazioni regionali per l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Aziende ULSS del Veneto, che hanno portato all'unificazione dei servizi delle ex ULSS 18 e 19, e in coerenza con quanto indicato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" gli obiettivi 2023-2025 per le nuove unità operative del Dipartimento di prevenzione dovranno essere finalizzati allo sviluppo integrato nel territorio delle seguenti aree di attività:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
- salute animale e igiene urbana veterinaria;
- sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche.

I punti cardine che contraddistinguono il "Piano socio-sanitario regionale 2019-2023" e che rappresentano le novità di rilievo che la programmazione regionale in materia di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio intende valorizzare, possono così essere sintetizzati:

- superamento della logica dei "progetti" e sviluppo di "programmi";
- programmazione per setting di vita;
- approccio per tutto il ciclo di vita (life-course);
- intersettorialità;
- contrasto alle diseguaglianze in salute;
- sviluppo delle attività di engagement.

Il dipartimento di prevenzione manterrà un costante presidio sulla gestione della pandemia da covid e adotterà gli obiettivi che verranno via via definiti dal Piano di sanità pubblica regionale.

I livelli di assistenza dell'assistenza distrettuale

In ottemperanza alle specifiche indicazioni regionali per l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Aziende ULSS del Veneto, che hanno portato all'unificazione dei servizi delle ex ULSS 18 e 19, e in coerenza con quanto indicato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" gli obiettivi 2023-2025 per le unità operative dei Distretti e del Dipartimento di salute mentale dovranno essere finalizzati allo sviluppo delle seguenti aree di attività:

- assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale e assistenza ai turisti;
- assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate e attraverso i servizi territoriali e ospedalieri;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza termale;
- cure domiciliari;
- assistenza alle persone detenute e internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone nella fase terminale della vita;
- assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale, ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie;
- assistenza socio-sanitaria domiciliare, territoriale, semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, alle persone con disturbi mentali, alle persone con dipendenze patologiche, alle persone non autosufficienti e alle persone con disabilità.

Il punto essenziale che contraddistingue “Piano socio-sanitario regionale 2019-2023” in materia di assistenza distrettuale è il nuovo modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità, fondato sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall’ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell’erogazione dell’assistenza correlata al bisogno.

Vanno inoltre considerate le attività in corso per la implementazione del PNRR e, in particolare, per l’attivazione delle Case della Comunità e del nuovo modello organizzativo dell’assistenza territoriale definito dal Decreto Ministeriale 77/2022. Le Case della Comunità sono sia “strutture fisiche”, perché tendono ad aggregare in uno stesso punto attività sanitarie e socio-sanitarie diversificate, e sia “modelli organizzativi”, perché devono collegare funzionalmente anche tutte le altre sedi nelle quali vengono svolte le attività di assistenza primaria come, per esempio, gli ambulatori dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta (in forma aggregata o isolata), le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, i centri per la salute mentale e le dipendenze, la Continuità assistenziale, ecc.

Nel corso del 2023 il distretto sarà anche coinvolto nella redazione del Piano di zona dei servizi socio sanitari per il triennio 2023-2025.

I distretti manterranno un costante presidio sulla gestione della pandemia da covid e adotteranno gli obiettivi che verranno via via definiti dal Piano di sanità pubblica regionale.

I livelli di assistenza dell'assistenza ospedaliera

In ottemperanza alle specifiche indicazioni programmatiche regionali, specificate anche con la DGRV 1527/2015 "Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto 'Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera'" e con la DGRV 614/2019, gli obiettivi 2023-2025 per le unità operative degli Ospedali di Rovigo, Trecenta e Adria dovranno essere finalizzati allo sviluppo delle seguenti aree di attività:

- emergenza sanitaria territoriale;
- pronto soccorso;
- ricovero ordinario per acuti;
- day surgery;
- day hospital;
- riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- attività trasfusionali;
- attività connesse al trapianto di cellule, organi e tessuti.

Il punto essenziale che contraddistingue il "Piano socio-sanitario regionale 2019-2023" in materia di assistenza ospedaliera è la gestione dei percorsi dei pazienti in ospedale:

- il percorso dei pazienti acuti in Pronto Soccorso;
- il percorso dei pazienti "programmati";
- il percorso dei pazienti cronici con frequenti episodi di riacutizzazione

Il 2023 sarà caratterizzato anche dalla implementazione regionale del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e dai progetti PNRR relativi al potenziamento delle attrezzature e dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva.

L'ospedale manterrà un costante presidio sulla gestione della pandemia da covid e adotterà gli obiettivi che verranno via via definiti dal Piano di sanità pubblica regionale.

Le reti per l'assistenza

L'integrazione tra le attività svolte per assicurare i livelli di assistenza stabiliti dalla normativa nazionale e regionale deve consentire nel triennio 2023-2025 di sviluppare ulteriormente e consolidare, in maniera trasversale tra le diverse articolazioni aziendali, le seguenti reti provinciali/regionali per l'assistenza previste dal "Piano socio-sanitario regionale 2019-2023" e da successivi provvedimenti regionali:

reti per patologie tempo dipendenti, come definite nel DM 70/2015:

- Rete emergenza/urgenza
- Rete per le emergenze cardiologiche
- Rete per il Trauma
- Rete Ictus

altre reti:

- Trapianti di organi e tessuti
- Trasfusionale
- Malattie Rare
- Gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza
- Urgenze endoscopiche gastroenterologiche
- Paziente con neurolesione grave
- Riabilitazione
- Oncologica
- Oncoematologia pediatrica
- Anatomia patologica
- Breast unit
- Diabetologia
- Endocrinologia
- Reumatologia
- Cure palliative e terapia del dolore (rete territoriale)
- Terapia del dolore (rete ospedaliera)
- Obesità
- Punti nascita
- Ematologia
- Endocrinologia
- Allergie alimentari e Allergologia
- Medicina dello sport e dell'Esercizio Fisico
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Declino cognitivo e demenze
- Sclerosi multipla
- Asma grave
- Pediatria
- Screening oncologici
- Malattie infettive

c) Il recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da covid

Come previsto da specifiche indicazioni ministeriali e regionali, in occasione delle periodiche ondate di recrudescenza dei casi, la gestione della pandemia di COVID 19 ha comportato una

riduzione delle attività programmate relative a situazioni cliniche meno prioritarie (soprattutto per ricoveri programmati e prestazioni specialistiche ambulatoriali).

Sia il livello ministeriale che quello regionale hanno quindi chiesto alle Aziende sanitarie di attivare Piani straordinari di recupero delle liste di attesa, mettendo a disposizione anche risorse dedicate. L'Azienda ULSS ha già attivato il proprio Piano di recupero che, nel corso del 2023 dovrà essere riesaminato e ulteriormente implementato, coinvolgendo tutte le unità operative e utilizzando le modalità incentivanti previste dalle disposizioni ministeriali e regionali in materia.

d) La gestione integrata dei servizi professionali, tecnici e amministrativi

Coerentemente con quanto definito dal nuovo Atto aziendale e in linea con le determinazioni regionali in ordine all'operatività dell'Azienda Zero, gli obiettivi 2023-2025 per le unità operative professionali, tecniche e amministrative dovranno essere finalizzati alla gestione integrata dei servizi in ambito provinciale e con Azienda Zero, in modo da garantire le attività di competenza dell'intera Azienda ULSS 5 Polesana nei modi più idonei (accentrati o decentrati) a garantire efficacia, efficienza ed economicità gestionali, relativamente alle seguenti aree di attività:

- gestione delle risorse umane;
- contabilità e bilancio;
- affari generali e legali;
- provveditorato, economato e gestione della logistica;
- direzione amministrativa ospedaliera;
- direzione amministrativa territoriale;
- servizi tecnici e patrimoniali;
- sistemi informativi;
- controllo di gestione;
- formazione e gestione della conoscenza;
- relazioni con il pubblico e comunicazione;
- internal audit e certificazione del bilancio;
- privacy e protezione dei dati;
- innovazione e sviluppo organizzativo.

e) La gestione coordinata delle risorse e dei fattori produttivi

Questi obiettivi non riguardano solo le singole unità operative deputate in modo specifico all'acquisizione e alla gestione dei fattori produttivi, ma coinvolgono anche le altre strutture aziendali, e sono relativi a:

- gestione del personale;
- gestione di strutture edilizie e impianti;

- gestione delle tecnologie sanitarie (attrezzature, farmaci, dispositivi, protesica);
- gestione di beni e servizi non sanitari;
- gestione del sistema informativo per l'assistenza e la gestione.

Gli obiettivi 2023-2025 per tutte le unità operative saranno quindi finalizzati al puntuale rispetto delle relative indicazioni regionali come, per esempio, l'equilibrio di bilancio, la definizione e l'implementazione dei Piani specifici (es. personale, attrezzature, edilizia, ecc.), il rispetto dei tetti di spesa fissati complessivamente e per specifiche voci di spesa, il rispetto dei piani di rientro e di razionalizzazione della spesa, l'adozione di iniziative di efficientamento del sistema, ecc.

Un certo rilievo assume il tema della gestione del personale, alla luce della ormai consolidata carenza locale, regionale e nazionale di personale disponibile. Per garantire la continuità dei servizi erogati ai cittadini e previsti dai livelli essenziali di assistenza (LEA), è necessario sperimentare modelli organizzativi che utilizzino tutte le modalità incentivanti previste dalle normative nazionali e regionali e anche valutare la possibilità di ricorrere, sempre nei limiti dell'attuale normativa, a forme di reclutamento alternative alla dipendenza/convenzione, pur perseguendo l'unitarietà del modello organizzativo adottato e dei servizi erogati.

f) L'allineamento dei sistemi di gestione dei rischi

L'Azienda ULSS 5 dovrà continuare a tenere allineati i sistemi specifici per la gestione dei rischi aziendali precedentemente sviluppati dalle Aziende ULSS 18 e ULSS 19. In termini generali, la gestione dei rischi comprende sia le attività di analisi e valutazione e sia le attività di intervento sui rischi stessi quali, per esempio, la prevenzione, l'eliminazione, la minimizzazione, l'accettazione, l'assicurazione, ecc.. Ciascun sistema aziendale di gestione dei rischi è un insieme coordinato, coerente e diffuso di attività, strumenti, procedure e risorse che si prefigge di governare i rischi specifici presenti attraverso una rete di iniziative di miglioramento senza fine.

I principali sistemi di gestione dei rischi riguardano i seguenti valori da tutelare:

- la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo);
- la sicurezza dei pazienti (rischio clinico);
- la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- la tutela dell'ambiente (rischio ecologico)
- la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile);
- l'integrità della pubblica amministrazione (rischi di conflitti di interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione).

Per ciascun sistema specifico di gestione dei rischi è necessario continuare a riesaminare il modello organizzativo relativo all'Azienda ULSS 5 (per esempio, responsabile, eventuali gruppi o comitati, livelli di responsabilità e procedure, incarichi specifici, ecc.), aggiornare/integrare le attività e i documenti di valutazione e definizione delle priorità, esplicitare le attività di gestione (per

esempio, prevenzione, eliminazione, minimizzazione, accettazione e assicurazione dei rischi) e realizzare le prescritte attività formative.

g) La gestione della pandemia da Covid

Anche se l'andamento della pandemia da Covid sembra ridurre il suo impatto sulle organizzazioni sanitarie, l'Azienda ULSS 5 si impegna nel 2023 a garantire servizi e attività adeguate al livello di rischio che le autorità sanitarie ministeriali e regionali definiranno di volta in volta per:

- il programma di vaccinazione
- la diagnostica e i tamponi
- il contact tracing
- la gestione dei ricoveri
- la gestione delle strutture per anziani e disabili
- la gestione delle strutture
- la gestione di materiali, farmaci e vaccini.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

La sottosezione costituisce l'aggiornamento del piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024 (PTPCT), adottato con deliberazione n. 557 del 29/04/2022. Il PTPCT rappresenta il documento programmatico adottato dall'Azienda Sanitaria ULSS 5 Polesana in attuazione della Legge n. 190 del 06 novembre 2012 ed è finalizzato a definire la programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla normativa, in particolare:

- la riduzione dei casi di corruzione;
- l'aumento della capacità di individuazione degli eventuali casi di corruzione;
- la creazione di un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi.

Quando si parla di "fenomeno corruttivo" non ci si riferisce, ovviamente, alla corruzione come reato penale, ma alla corruzione in senso ampio, che i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) hanno cercato di definire in diversi modi e precisamente:

- "L'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati" (PNA 2013);
- "Decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari" (PNA 2015, 2016, 2017 e 2018);
- "Caduta dell'imparzialità" (PNA 2019).

L'ANAC, con propria Delibera n 7 del 17/01/2023, rimarca che il particolare momento storico che stiamo attraversando, che vede impegnate ingenti risorse finanziarie e al contempo introduce deroghe alla disciplina ordinaria dell'azione amministrativa al fine di renderla più rapida, impone la programmazione e l'attuazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione.

Il Piano ha per l'Amministrazione il duplice scopo:

- di prevenire, nell'ambito del complesso delle disposizioni normative derivanti dalla legge n. 190/2012, il fenomeno dell'illegalità consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, ed in tutte le manifestazioni della cd "maladministration";
- di orientare, parallelamente, ai valori di legalità, trasparenza, integrità ed etica il personale dell'Azienda, sia intervenendo in termini "culturali e formativi" sia agendo in termini concreti sui processi e procedure, amministrative e non, aziendali.

In tale prospettiva il Piano deve fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da diffondere a tutti i dipendenti e collaboratori.

Il Piano triennale di prevenzione corruzione e trasparenza dell'Azienda ULSS 5 Polesana è stato elaborato nel rispetto delle disposizioni contenute nel D.Lgs. 09 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge 06 agosto 2021, n. 113 che stabilisce che il Piano Anticorruzione e Trasparenza sia inserito nel PIAO.

Il Piano è stato redatto in linea con i principi fondamentali del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ANAC, triennio 2023-2025 e si colloca in continuità con i precedenti e il progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2019 che costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni. Il PNA 2019 riassume in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni di carattere generale ricomprese nei precedenti PNA, integrandole con

orientamenti maturati nel corso del tempo. Esso definisce i principi, i contenuti e le modalità di costruzione dei Piani triennali aziendali, approfondisce il ruolo del RPCT e individua le misure di prevenzione della corruzione di carattere generale, oltre a dedicare un approfondimento agli enti di diritto privato. In tale Piano l'ANAC ha sviluppato nelle sezioni fondamentali l'analisi del rischio dei processi aziendali in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo, la programmazione delle misure di gestione del rischio e la conseguente programmazione delle misure di prevenzione.

2.3.1 I principi chiave del PTPCT 2023 e le principali azioni per il prossimo triennio.

Fra gli elementi più significativi :

- L'estensione delle nuove modalità di dichiarazioni dei conflitti di interesse anche agli altri servizi aziendali (es. personale, formazione, ricerca);
- la nuova modalità di dichiarazione dei conflitti di interesse per gli appalti;
- la rotazione del personale in seguito anche alla riorganizzazione in atto;
- il potenziamento delle misure di verifiche e controlli sulla libera professione, da parte delle funzioni Territoriale e Ospedaliera attraverso anche l'informatizzazione del sistema;
- la verifica della corretta applicazione del regolamento in materia di incompatibilità e criteri per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi extra istituzionali adottato con deliberazione n. 1592 del 14 dicembre 2017 in particolare per la valutazione del conflitto di interesse;
- la prosecuzione degli incontri formativi in materia di trasparenza e anticorruzione rivolti a tutti gli operatori;
- il costante monitoraggio del percorso relativo al *post mortem* con rafforzamento delle misure di controllo.
- L'aggiornamento del codice di comportamento – approvato con deliberazione n. 91 del 24 gennaio 2018, a livello aziendale, in applicazione dell'art. 4 D.L. 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla Legge 29 giugno 2022, n. 79.

2.3.2 Le azioni generali

Nel Piano triennale accanto alle misure di prevenzione specifiche di ogni servizio aziendale sono previste misure generali, come richiesto dalla legge 190/2012, che riguardano in particolare:

- la trasparenza;
- la diffusione del Codice di comportamento e delle buone pratiche e valori, fra cui l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- la rotazione del personale;
- le incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- l'attività successiva a cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage);
- la tutela del dipendente che effettua segnalazioni (cosiddetto whistleblower);
- la formazione;
- i patti di integrità negli affidamenti;
- le azioni di sensibilizzazione e il rapporto con la società civile;
- le attività di controllo.

2.3.3 Soggetti ed adempimenti

Direttore Generale:

- designa il responsabile e adotta il presente Piano;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

L'Azienda ha confermato l'incarico di RPCT alla Dr.ssa Carla Schiavi, RPCT dal 2018, Responsabile UOS Funzioni Amministrative Distretto 2.

I compiti e le responsabilità del RPCT sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 190/2012 e dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (D. Lgs. 39/2013) e chiariti in specifici provvedimenti adottati da ANAC.

L'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione è posto in staff alla Direzione Generale e cura l'adempimento degli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/12, al D.Lgs. n. 39/13 e alle altre fonti normative rilevanti in materia, quali:

- l'elaborazione del PIAO per l'area di competenza
- la definizione degli indirizzi strategici in materia
- la vigilanza sull'osservanza delle indicazioni contenute nel PIAO-Area Trasparenza e Anticorruzione, da attuarsi anche mediante la segnalazione alle strutture interessate, delle misure da adottare in caso di accertata violazione del PIAO
- la segnalazione all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione delle disfunzioni.

Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) è il Direttore UOC Approvvigionamenti e Provveditorato con il compito di assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocatione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione così come previsto dal PNA 2016.

Ufficio Internal Audit

L'Ufficio, in staff alla Direzione Amministrativa, svolge un'attività indipendente e obiettiva di assurance e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione assistendo la stessa nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di Corporate Governance. La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'Institute of Internal Auditors (I.I.A.) ed opera sulla base delle indicazioni contenute in un regolamento organizzativo e di funzionamento predisposto da Azienda Zero. L'Internal auditing collabora e si coordina con il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza aziendale (RPCT). La responsabilità della funzione è stata affidata al dott.ssa Monica Gennari, collaboratore amministrativo con incarico di funzione.

Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

Con delibera n. 1230 del 30.12.2016 e successive integrazioni, è stato istituito l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), per l'esercizio delle funzioni previste dall'art. 15 comma 3 del codice generale emanato con d.p.r. n. 62/2013. L'UPD, sulla scorta di quanto previsto dal proprio regolamento, è l'unico organismo aziendale competente per tutti i procedimenti disciplinari. L'UPD:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1, comma 3, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.)
- opera in raccordo con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del d.p.r. 62/2013 "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici"
- aggiorna l'RPCT sui procedimenti disciplinari e l'esito degli stessi.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Azienda si avvale di un organismo indipendente di valutazione, ex comma 7 dell'art. 14 del D.Lgs. 150/2009, nominato dal Direttore Generale e composto da tre componenti esterni all'amministrazione. L'organismo resta in carica tre anni e l'incarico dei suoi componenti può essere rinnovato una sola volta. Il ruolo principale dell'OIV è quello di supportare l'Azienda per rendere efficace e funzionale la gestione del Ciclo della Performance ed equo e trasparente il sistema di valutazione. Compito dell'OIV è quindi quello di verificare l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale.

Esso svolge le seguenti funzioni:

- monitora il funzionamento complessivo il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso
- valida la relazione sulla Performance, predisposta dal Direttore Generale
- promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità previsti dal D.Lgs 150/2009 e dal D.Lgs 33/2013

L'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale è supportato dalla UOC Controllo di Gestione.

Referenti aziendali del RPCT

L'elevata complessità organizzativa dell'Azienda e la sua articolazione per centri di responsabilità, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT, rendono necessaria l'individuazione di referenti della prevenzione della corruzione. Come tali sono stati identificati tutti i direttori di unità operativa complessa, semplice a valenza dipartimentale e semplice.

È dovere di tutti i referenti e di tutti i dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1 ter, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso. La violazione di tali doveri è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Dirigenti strutture complesse e strutture semplici dipartimentali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo: compiti/responsabilità e sanzioni

Con le nuove norme è stata affiancata l'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione con l'attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. In particolare, ciascun dirigente, nell'ambito della propria competenza, dovrà:

- proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo (ad esempio, creare le condizioni interne all'organizzazione per un'intercambiabilità delle funzioni e delle attività fra gli operatori assegnati...);
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure di verifica e di controllo;
- qualora emergesse un effettivo e concreto rischio corruzione, avanzare proposte per la rotazione del personale soggetto a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta di natura corruttiva; al riguardo occorre evitare che possano consolidarsi delle rischiose posizioni "di privilegio" nella gestione diretta di certe attività correlate alla circostanza che lo stesso funzionario si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso tipo di procedimenti e si relazioni sempre con gli stessi utenti;
- collaborare attivamente alla realizzazione del processo di valutazione del rischio;
- adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conoscere e rispettare le prescrizioni contenute nel PTPC;
- adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (di cui ai commi 49 e 50 della Legge n. 190), così come disciplinato dal D.Lgs. 39/2013 anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001); il principio delle incompatibilità va considerato, non solo nel senso strettamente giuridico, ma in senso generale ed esteso, contestuale alle singole organizzazioni, secondo ragioni di opportunità e di buon funzionamento dei servizi;
- adottare misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come modificate dal comma 42 della Legge n. 190;
- individuare forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance;
- prevedere forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica;
- relazionare annualmente sul rispetto degli obblighi di trasparenza e pubblicazione, per la parte di propria competenza.

Per quanto sopra, si richiama il testo innovato dell'art.16 del D.Lgs. n. 165 del 2001, sulla disciplina delle funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) prevedono che i dirigenti predetti:

- 1-bis) concorrano alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;

- 1-ter) forniscano le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- 1-quater) provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

La responsabilità è di tipo dirigenziale, secondo le norme vigenti.

Dirigenti strutture complesse e strutture semplici dipartimentali, del ruolo sanitario: compiti/responsabilità e sanzioni

Con le nuove norme è stata affiancata l'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione con l'attività dei dirigenti, ai quali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. In particolare essi dovranno:

- proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure nei settori in cui è più elevato il rischio corruzione;
- collaborare attivamente alla realizzazione del processo di valutazione del rischio;
- individuare, anche nell'ambito dell'attività sanitaria, nella gestione dei beni, nel trattamento e nei rapporti con i pazienti e nella gestione organizzativa, quegli aspetti collegati a comportamenti di inadeguata correttezza, inosservanza di regole, discriminazione, o scarsa eticità ed i relativi strumenti per affrontarli;
- individuare forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance;
- prevedere forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica;
- relazionare annualmente sul rispetto degli obblighi di trasparenza e pubblicazione, per la parte di propria competenza.

Per quanto sopra, si richiama il testo innovato dell'art. 16 del D.Lgs. n. 165 del 2001, sulla disciplina delle funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale. Gli attuali commi 1-bis), 1-ter) e 1-quater) prevedono che i dirigenti predetti:

- 1-bis) concorrano alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti.
- 1-ter) forniscano le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.
- 1-quater) provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la

rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

La responsabilità è di tipo dirigenziale, secondo le norme vigenti.

Dipendenti: responsabilità e sanzioni

Tutto il personale è tenuto all'osservanza delle norme anticorruzione; le unità operative forniscono il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'attuazione del presente PTPC, nella considerazione che l'art. 1 comma 14 della Legge 190/2012 prevede che "la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare". Le norme sanzionatorie sono quelle vigenti per i dipendenti della Pubblica Amministrazione, previsti dal D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. dalle norme contrattuali e dal codice di comportamento adottato con deliberazione n. 91/2018.

2.3.4 Contesto locale esterno

Il contesto esterno permette di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente ove opera l'Amministrazione e i cosiddetti *stakeholder* comprensivi di tutte le variabili nelle quali si annidano le fattispecie corruttive.

Dal report "Il valore pubblico dell'integrità", pubblicato da Transparency International Italia, emerge che per i dipendenti delle strutture sanitarie italiane intervistati la corruzione è ancora molto diffusa, sia a livello nazionale (94%) che nella propria regione (79%).

Il settore sanitario è esposto a rischi specifici in considerazione dell'entità delle risorse gestite, delle particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti sanitari, utenti, fornitori di prodotti sanitari e delle relazioni tra attività istituzionali e attività libero professionali dei dirigenti sanitari, nonché degli interessi economici dei soggetti accreditati.

Di particolare interesse per capire il contesto locale sono le relazioni sull'attività svolta e i risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia (DIA) negli ultimi anni. L'analisi sull'andamento della delittuosità, connotato nell'ultimo periodo dalla pandemia da Covid-19, continua a mostrare come le organizzazioni criminali si stiano muovendo secondo una strategia tesa a consolidare il controllo del territorio creando dei sodalizi diretti all'infiltrazione nella pubblica amministrazione.

Le ultime relazioni della DIA riportano con chiarezza come le mafie guardino con molto interesse ai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Una strategia criminale che segue due linee ben precise: da un lato c'è il tentativo di rilevare le imprese finite in difficoltà a causa dell'emergenza Covid e dall'altro, quello di accaparrarsi le risorse pubbliche stanziare per fronteggiare l'emergenza sanitaria.

Il Veneto si conferma la terza regione per produzione di ricchezza; la sua situazione economica è favorita da una fitta e funzionale rete infrastrutturale, in fase di ristrutturazione ed ulteriore ammodernamento, che consente una veloce movimentazione di mezzi e passeggeri.

Se da una parte tali importanti infrastrutture costituiscono uno dei presupposti per la competitività economica, dall'altra possono cadere nelle mire delle organizzazioni criminali, sia per lo sviluppo di traffici criminali transnazionali, sia per il riciclaggio, realizzato attraverso l'infiltrazione negli appalti connessi alla realizzazione ed alla manutenzione delle opere pubbliche. Infatti, l'utilizzo di tecniche

elusive delle imposte, finalizzate al riciclaggio o all'auto riciclaggio è stato un elemento comune a molte delle più recenti indagini antimafia condotte in tali territori.

Nel Veneto e in particolare nella Provincia di Rovigo l'economia del territorio è essenzialmente caratterizzata da piccole e medie imprese, per circa tre quarti a dimensione familiare, le quali nei momenti di particolare crisi economica, come quello generato dall'attuale pandemia, più facilmente soffrono la mancanza di liquidità.

Questo potrebbe costituire un fattore di vulnerabilità alle infiltrazioni della criminalità organizzata nell'economia legale.

Interessanti sono i dati riportati dalla Camera di Commercio di Venezia-Rovigo: nella provincia di Rovigo prosegue il trend di contrazione delle imprese; a fine giugno 2021 sono 28.788 le localizzazioni di impresa attive, con una diminuzione rispetto ai valori del II trimestre 2020 dello 0,9% (- 0,2% rispetto al I trimestre 2021) , con una perdita di 371 sedi d'impresa, non compensata dall'aumento delle unità locali di 110 unità.

Continuano a diminuire le sedi di impresa a conduzione giovanile (-5,1%), le sedi artigiane (-3,3%) e le imprese femminili (-1,6%), ma in questo trimestre si registra una notevole contrazione anche per le imprese straniere (-4,4%). I settori in maggior sofferenza sono le costruzioni (-2,5%), l'industria (-2,1%), seguita dal commercio (-2%) e dall'agricoltura (-1,2).

Settori con segni positivi sono i servizi alle imprese (+3,1%), i servizi di alloggio e ristorazione (+0,4%) e i servizi alle persone (+0,4%). Nel Rodigino, tra aprile e giugno, si sono registrate 273 iscrizioni (+55% rispetto al II trimestre 2020, ma -30% rispetto al II trimestre 2019) e 232 cancellazioni non d'ufficio (+35% rispetto al II trimestre 2019).

La Regione, nella necessità di implementare tutte quelle misure dirette a contrastare le infiltrazioni mafiose ha sottoscritto il Protocollo di legalità. Con DGR n. 951 del 2 luglio 2019: "in attuazione dell'art. 4 della L.R n. 48/2012, la Regione Veneto ha sottoscritto in data 7 settembre 2019 il "Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture", che vede coinvolte come parti dello stesso, oltre alla Regione del Veneto, gli Uffici territoriali del Governo del Veneto, l'ANCI e l'UPI, il cui schema è stato approvato con DGR n. 951 del 2 luglio 2019 e che rinnova quello sottoscritto in data 7 settembre 2015. In linea con quanto previsto dalla Legge n. 190/2012, la portata operativa del Protocollo è estesa oltre le infiltrazioni mafiose, rendendolo uno strumento di prevenzione più generale, contro le interferenze illecite nell'affidamento e nell'esecuzione dei contratti pubblici, rafforzando le misure di trasparenza e di legalità".

2.3.5 Contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che espongono la struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione. Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 5 Polesana si rimanda alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano. Tuttavia, l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta

dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

L'Azienda, attraverso i propri servizi e strumenti deputati al controllo interno, la diffusione di buone prassi e la formazione in materia di etica del dipendente pubblico, cerca di mitigare il rischio ed affrontare le eventuali problematiche riscontrate.

2.3.6 Il processo di gestione del rischio in collaborazione con internal auditing

La gestione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso. In modo sintetico le fasi sono:

- la mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- la valutazione del rischio per ogni processo;
- la definizione delle misure per la prevenzione, già in essere e da adottare;
- l'attività di monitoraggio e valutazione.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi della Direzione Aziendale. È obiettivo 2023 realizzare una stabile collaborazione con la struttura aziendale che ha partecipato al progetto regionale di mappatura dei processi ai fini dell'Internal Audit. L'analisi sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

L'analisi del contesto esterno ed interno, prevista dal Piano Nazionale Anticorruzione, permette di rafforzare l'identificazione delle aree a rischio. Nel processo di gestione del rischio sono coinvolti i dirigenti e tutti i dipendenti dell'Azienda.

Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi alla risposta data ai cittadini.

La mappatura dei processi di ogni area aziendale

La valutazione delle aree e dei processi a rischio viene realizzata secondo la metodologia proposta dal Piano nazionale, integrata con analisi supplementari fra cui: l'analisi dei procedimenti disciplinari dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari; l'analisi dei precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa); l'analisi dei casi ripresi dai media e dalla stampa locale, regionale e nazionale.

La valutazione del rischio

L'impatto dei diversi rischi va misurato da almeno tre punti di vista: quello economico, organizzativo e reputazionale, attraverso il coinvolgimento dei responsabili dei servizi e degli operatori.

Le misure per la prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio sono individuate le misure di prevenzione (obbligatorie o ulteriori) che vengono inserite nel "registro dei rischi". Per ciascuna area vengono indicate le

misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione/implementazione e le responsabilità della stessa.

Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso, allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Così come previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione vengono applicate da questa Azienda alcune misure di carattere sistemico, trasversali a più servizi, fra cui:

- la trasparenza;
- l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi al fine di consentire la tracciabilità, con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;
- affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione di norma ad almeno due dipendenti abbinati;
- sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza;
- ascolto degli utenti, con la raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione disponibili (Uffici URP, sito web aziendale, social media istituzionali).
- controlli su inconferibilità e incompatibilità, così come previsto dal D. Lgs. 39/2013 e s.m.i. e dal Regolamento Aziendale adottato con Delibera n. 1592 del 14.12.2017;
- la valutazione trasversale del conflitto di interesse, al fine di mettere in relazione le informazioni provenienti da tutti i servizi aziendali, in merito agli incarichi extra ufficio, partecipazioni a eventi, docenze, componenti di gare d'appalto.

Il monitoraggio e la valutazione

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

I processi a maggiore rischio di corruzione, quali ad esempio la ricerca e le sperimentazioni, la libera professione e le liste di attesa, i rapporti con le strutture private, continuano ad essere oggetto di attenzione anche per il 2023.

Accanto a queste specifiche aree, permangono le aree di rischio tradizionali, come la gestione del personale e degli appalti, che necessitano di una sorveglianza speciale anche in considerazione dei finanziamenti straordinari collegati al PNRR. Le verifiche e i controlli necessitano quindi di un ulteriore rafforzamento.

2.3.7 Aree di rischio specifiche

Contratti Pubblici: acquisti in ambito sanitario.

L'ANAC raccomanda il rafforzamento della trasparenza nel settore acquisti mediante l'inserimento di un set di dati da pubblicare sul sito istituzionale delle stazioni appaltanti e di un set di dati minimi da riportare nel provvedimento a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto (atto di proroga, di rinnovo, di variante, ecc.) fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente.

Set di dati per provvedimenti

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto;
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/una tantum), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP.

Set di dati oggetto di pubblicazione

Oltre ai dati di cui all'art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- fase della procedura di aggiudicazione o di esecuzione del contratto (indizione/aggiudicazione/affidamento/proroga del contratto/rinnovo del contratto ecc./risoluzione) nonché motivazioni di eventuali proroghe, rinnovi, affidamenti in via diretta o in via d'urgenza;
- indicazione dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente a quello oggetto della procedura di selezione;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP.

Set di dati per incarichi di Struttura Complessa (Direttore di dipartimento)

- esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, comma 3, del D.Lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione

del Comitato di Dipartimento alla individuazione dei Direttori di Dipartimento;

- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;
- pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti precedenti.

Set di dati per incarichi di Struttura Complessa (Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero)

- avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;
- costituzione della commissione selezionatrice;
- predeterminazione dei criteri di selezione;
- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai punti precedenti;
- pubblicazione degli atti del procedimento.

Set di dati per incarichi di Struttura Semplice (UOS) e Struttura Semplice Dipartimentale (UOSD)

- verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- costituzione della commissione selezionatrice;
- predeterminazione dei criteri di selezione;
- misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai punti precedenti;
- esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico.

Tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, possono conferire carattere di instabilità all'organizzazione se dovessero comportare un eccessivo numero di assunzioni in deroga alle ordinarie procedure concorsuali.

Set minimo di misure:

- pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;
- esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;
- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione. Inoltre, per le medesime ragioni connesse all'eccezionalità del ricorso a tale tipologia di incarico, le amministrazioni sanitarie destinatarie del presente Piano, dovranno attribuire al soggetto esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità è stata scelta. La durata dell'incarico deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.

Oltre alle aree di rischio indicate nel PNA 2016 e più sopra riprese, il piano mantiene anche per il 2023 le aree specifiche verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione. Potenzialmente le aree peculiari esposte a maggior rischio corruzione e per le quali occorre effettuare un'approfondita mappatura dei processi sono le seguenti:

- 1) attività libero professionale e liste di attesa;
- 2) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- 3) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- 4) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

1) Attività libero professionale e liste di attesa

L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per queste ragioni è opportuno considerare questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio, con riferimento sia alla fase autorizzatoria sia a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alle relative interferenze con l'attività istituzionale.

Poiché, inoltre, quest'ambito è strettamente interconnesso con il sistema di governo dei tempi di attesa il cui rispetto rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le misure correttive e di prevenzione in questo settore, concorrendo al raggiungimento dei LEA, devono conseguentemente essere integrate nel sistema di valutazione della performance individuale e dell'organizzazione.

Misure di contrasto già in essere sono costituite da una preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI (attività libero-professionale intramuraria), dalla negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali; dalla ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'ALPI tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'Azienda.

Fra gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell'ALPI possono configurarsi l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione. Le misure di contrasto adottate riguardano la informatizzazione delle liste di attesa; l'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia; l'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali; la verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione; un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione.

2) Rapporti contrattuali con privati accreditati

Il settore dell'accREDITAMENTO delle strutture private rappresenta una componente significativa del sistema sanitario non solo per il peculiare ambito soggettivo (soggetti erogatori), ma anche perché in esso si concentrano importanti flussi finanziari e, quindi, interessi anche di natura economica. Come noto le fasi dell'autorizzazione all'esercizio, dell'accREDITAMENTO istituzionale, dell'assegnazione dei budget triennali, sono prerogative regionali con un apporto solo propositivo dell'Azienda ULSS.

Si prenderà qui in esame, pertanto, la fase delle ispezioni – come sottolineato dal Piano Nazionale Anticorruzione, come attività di competenza dell'Azienda ULSS.

I potenziali rischi qui riguardano: la composizione opportunistica dei team incaricati; la disomogenea esecuzione delle attività ispettive stesse e la redazione dei relativi verbali (ad esempio alterazione dei verbali di ispezione); le omissioni e/o irregolarità nelle attività di vigilanza. Specifiche misure di prevenzione sono, ad esempio, la definizione di tempistiche per l'esecuzione dell'intero procedimento; la previsione di requisiti soggettivi per la nomina a componente delle commissioni ispettive; la rotazione degli ispettori; la definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale omogeneo.

Nella fase di esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra le aziende e i soggetti accreditati, eventi rischiosi sono rappresentati dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate, dall'assenza o inadeguatezza delle attività di controllo.

3) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

Tuttavia, la peculiarità del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, può dar luogo a comportamenti corruttivi e/o negligenze, fonti di sprechi e/o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

In tal senso, oltre alle indicazioni di carattere generale relative all'intero ciclo degli acquisti, costituisce misura specifica la gestione informatizzata del magazzino ai fini della corretta movimentazione delle scorte, nonché l'informatizzazione del ciclo di terapia fino alla somministrazione.

Quest'ultima misura, oltre a rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco -paziente, consentirebbe la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Per quanto attiene la prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, eventi rischiosi possono riguardare l'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni da parte dell'azienda sanitaria.

Nel primo caso una possibile misura consiste nella sistematica e puntuale implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.

Per quanto riguarda la seconda tipologia di evento rischioso, alcune misure possono individuarsi nella standardizzazione delle procedure di controllo e verifica e nell'affinamento delle modalità di elaborazione e valutazione dei dati, a partire dall'utilizzo del "Sistema tessera sanitaria", nonché nell'invio sistematico delle risultanze della elaborazione a tutti i livelli organizzativi interessati in ambito distrettuale. Parallelamente, con riferimento al personale addetto alla vigilanza e al controllo, si raccomanda l'osservanza dell'art. 21 del codice di comportamento aziendale, deliberazione n. 91/2018, che stabilisce le norme di condotta da osservare rispetto a determinati processi a rischio.

L'individuazione di ulteriori rischi e misure sarà oggetto di approfondimento nell'ambito del Tavolo tecnico tra ANAC, Ministero della Salute e Agenas nella consapevolezza che in questa area di rischio interagiscono attori a diversi livelli, nazionale, regionale e locale.

In questa sede, in considerazione della complessità dei processi relativi all'area di rischio in questione, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, si ritiene indispensabile sia adottato il più ampio numero di misure di prevenzione. In particolare quelle che, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di

attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

4) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Come da PNA, un'attenzione specifica va posta sull'argomento. La maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata alle U.O. interne. Sul sistema di gestione di tale servizio non esistono specifiche linee guida. Ciò induce a prendere in esame il tema in sede di elaborazione dei PTPC, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica, che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari, connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono per concentrarsi su questo particolare ambito.

Nelle more di un auspicabile approfondimento, anche in sede legislativa, delle problematiche correlate a questa delicata fase collegata al decesso intraospedaliero e/o comunque alla gestione e utilizzo delle camere mortuarie, occorre nel frattempo assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione.

Per quanto concerne gli eventi rischiosi che possono verificarsi, si indicano, ad esempio, la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili; la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Appare evidente che le misure devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio. A titolo esemplificativo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'obbligo di far osservare scrupolosamente agli operatori addetti al servizio specifiche regole di condotta contenute nel codice di comportamento, come ad esempio, l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso.

2.3.8 Misure organizzative per il trattamento del rischio

Rotazione del personale

“La rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate” (PNA2016).

Come previsto dalla DGR n. 2176 del 29 dicembre 2017: “Nel conferimento degli incarichi a dirigenti di area amministrativa e tecnica che comportino responsabilità di strutture a cui fanno

capo processi più esposti a rischio, le Aziende terranno conto che tra le misure previste dal Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC n. 831 del 03 agosto 2016, dirette a prevenire e ridurre eventuali eventi corruttivi, rientra la rotazione del personale. In tale ambito viene sottolineato infatti che "la rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale".

La rotazione del personale, così come prevista dalla normativa, risponde a molteplici obiettivi, fra cui:

- favorisce la riduzione del rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni e portatori di interessi a vario titolo;
- crea i presupposti per un maggior livello di benessere organizzativo permettendo al dipendente di trovare nuovi stimoli e opportunità di crescita professionale che potrebbero perdersi nel momento in cui una persona svolga per molti anni la stessa attività nello stesso ufficio;
- consente anche il reclutamento di energie intellettuali stimolate dal rapporto con un nuovo contesto ed una minore dipendenza dai vincoli del contesto nel perseguire i cambiamenti necessari all'organizzazione per perseguire le proprie finalità di istituto.

Nel settore della sanità, come anche evidenziato da ANAC nel PNA 2016, l'applicabilità del principio della rotazione presenta criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali e non solo. Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di esperienze consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione ed occorrerà quindi prevedere altre misure di prevenzione. Il percorso di conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa nell'area clinica è caratterizzato dalla specificità del profilo che ne può determinare l'infungibilità.

Inoltre, anche gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.) e spesso le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero limitato all'interno di un'azienda.

Queste premesse non inducono comunque questa Azienda a ritenere impraticabile ogni intervento sotto questo profilo. Anzi, contestualmente alla riorganizzazione in atto dopo l'approvazione del nuovo Atto Aziendale, si è cercato di intervenire in diversi settori, considerati più a rischio, per individuare misure che, pur con valenze organizzative diversificate, andassero nella direzione auspicata di favorire maggiore condivisione delle funzioni o a vere e proprie rotazioni di professionisti ed operatori. Dal 2017 è in atto un importante cambiamento organizzativo, ormai in via di completamento, che ha visto una rotazione ai vertici di diversi servizi dello staff della direzione aziendale e di alcune Unità Operative Complesse. Così come anche misure di rotazione in ambito veterinario e nella Gestione delle Risorse Umane in relazione all'espletamento delle funzioni di segretario di concorso e di selezione comparativa di valutazione e di direzione della struttura stessa.

Di seguito si enucleano quelli che sono i principali criteri che vengono seguiti per attuare con modalità più sistematiche e programmate le misure di rotazione, fra cui:

- rotazione territoriale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- rotazione funzionale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima struttura;
- rotazione funzionale e territoriale: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze e in altra struttura;
- principio della “segregazione delle funzioni”.

La scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri dovrà essere operata in base alle esigenze organizzative della struttura interessata, avendo riguardo al tipo di rischio connesso, alle specifiche attività e al momento in cui si opererà la misura.

La rotazione non si applica per le figure professionali, ossia quelle per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali o particolari requisiti del reclutamento. La infungibilità delle figure professionali dovrà essere adeguatamente motivata.

L'Azienda considera la formazione del personale uno strumento fondamentale per riuscire a garantire l'applicazione del principio della rotazione. L'obiettivo è quello di creare attraverso il Piano formativo competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori, tenendo conto del principio della continuità e del buon andamento dell'attività e dei servizi erogati. Gli indirizzi e la programmazione del Piano formativo dei professionisti è finalizzato anche a favorire le misure di attuazione del principio della rotazione.

Rotazione straordinaria del personale

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione.

L'istituto è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. 1-quater D.Lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione “del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari, per condotte di natura corruttiva”. E' risultato, infatti, che spesso le amministrazioni, avuta formale notizia di procedimenti penali di natura corruttiva, non sempre procedano alla rotazione assegnando il dipendente ad altro ufficio o servizio. In casi frequenti, la misura è stata attivata solo successivamente all'impulso della Autorità.

L'ANAC, ha adottato la delibera 215/2019, recante “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria, di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1 quater, D.Lgs. n. 165 del 2001”. Con la delibera sopracitata, l'Autorità ha ritenuto di dover precisare e rivedere alcuni propri precedenti orientamenti in materia di rotazione straordinaria.

In particolare si fa riferimento:

- alla identificazione dei reati presupposti da tener in conto all'adozione della misura;
- al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

Comunicazione del piano

Sul sito aziendale il Piano triennale prevenzione corruzione e trasparenza è pubblicato in formato aperto, per favorire la comunicazione con la società civile. Con l'aggiornamento al triennio 2023-2025 il PTPCT è stato assorbito all'interno del PIAO e pubblicato sul sito aziendale nell'area Amministrazione Trasparente.

Anche per il 2023 è prevista la prosecuzione dell'attività di confronto e partecipazione con la società civile, attraverso il canale mail del responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza carla.schiavi@aulss5.veneto.it.

Dall'esterno dell'amministrazione sarà possibile segnalare, anche in forma anonima, suggerimenti per realizzare miglioramenti organizzativi, possibili eventi di cattiva amministrazione, potenziali conflitti d'interessi o casi di corruzione o di altri reati: attraverso il protocollo aziendale e attraverso la rete degli uffici per la relazione con il pubblico (URP) della nostra Azienda.

Saranno inoltre sviluppati strumenti comunicativi semplificati per i cittadini, al fine di potenziare la partecipazione e il contributo dei cittadini sul tema dell'integrità del sistema sanitario provinciale.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

La legge prevede che il pubblico dipendente che denuncia condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

La Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 291 il 14 dicembre 2017, ha provveduto ad integrare e modificare l'art. 54 bis rafforzando in particolare la tutela dei lavoratori dipendenti che segnalano irregolarità ed abusi di cui siano venuti a conoscenza per ragioni di lavoro.

Le disposizioni contenute nella Legge 179, che sostituiscono integralmente l'art. 54 bis del Testo Unico del Pubblico impiego, D.Lgs. 165/2001, oltre ad ampliare la rosa dei destinatari della segnalazione stabiliscono altresì maggiori tutele per il dipendente che segnala. Le nuove disposizioni, infatti, oltre a confermare che il dipendente non può essere – per motivi collegati alla segnalazione – soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro, stabiliscono inoltre che:

- il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi;
- l'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applichi all'ente se responsabile una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000,00 a 30.000,00 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità; inoltre ANAC prevede altresì la sanzione amministrativa da 10.000,00 a 50.000,00 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute;

- Non possa, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'art. 329 del codice di procedura penale.

L'Azienda ULSS 5 Polesana con deliberazione n. 673 del 02 agosto 2018 ha provveduto alla rivisitazione della procedura per la tutela della segnalazione di illeciti (whistleblowing) ai sensi della Legge n. 179/2017, con l'impegno di rivederlo prontamente qualora ANAC emani, come da impegno assunto, le nuove linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

La nuova procedura ha previsto le seguenti modalità di segnalazione:

- tramite posta elettronica all'indirizzo appositamente attivato:
segnalazioni.illeciti@aulss5.veneto.it;
- a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, in doppia busta chiusa e che rechi all'esterno la dicitura "riservata/personale", indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza;
- segnalazione aperta, resa da parte del dipendente che fornisce i propri dati anagrafici al R.P.C.T. il quale accoglie il modello di dichiarazione o trascrive un verbale delle dichiarazioni rilasciata a voce;
- in fase di attivazione nuova piattaforma ANAC per segnalazione illeciti.

A maggior garanzia dell'anonimato del segnalante è stata recentemente introdotta la possibilità di segnalare via web attraverso la piattaforma messa a disposizione dell'ANAC "Whistleblowing PA".

Formazione

L'Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

Come nei Piani precedenti, si conferma pertanto l'attività di formazione di carattere generale e specifico per i settori maggiormente a rischio, che annualmente viene inserita nel Piano di Formazione del personale a cura del RPCT.

La formazione infatti, rappresenta un momento in cui si attua maggiormente il principio della partecipazione e della trasparenza, è un momento di confronto e ascolto; nel corso dell'anno 2022 è stata organizzata la formazione in House dal titolo "Il codice di comportamento: strumento importante per combattere la corruzione".

Per l'anno in corso si procederà con lo sviluppo delle tematiche relative alle maggiori violazioni del codice di comportamento.

Conflitti d'interesse

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali è normato da apposito e aggiornato regolamento interno, approvato dalla Unità Operativa Risorse Umane.

Lo svolgimento di incarichi da soggetto pubblico o privato può realizzare situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Stante la delicatezza delle situazioni di cui trattasi, è necessario garantire una efficace azione di monitoraggio degli incarichi extra-istituzionali svolti dai dipendenti, unitamente alla verifica di altre situazioni che possono portare il dipendente a situazione di conflitto d'interesse.

Una possibile efficace azione per monitorare gli incarichi extra istituzionali potrebbe essere la creazione di una banca dati -attraverso software- che consenta di avere la completa evidenza dei dati per singolo dipendente degli incarichi istituzionali, delle docenze, delle consulenze esterne, delle richieste di esclusive, della partecipazione a commissione di gara e di concorso, della partecipazione ad associazioni esterne che operano in ambito sanitario e di ogni altro rapporto con l'esterno. La sistematicità della gestione dei dati e l'unificazione in un unico database consentirà di avere uno strumento di verifica anche ai fini di individuare situazioni, potenziali o reali, di conflitto di interessi.

Si ritiene che l'attivazione della banca dati possa costituire deterrente per il personale dipendente che talvolta in buona fede si presta a situazioni di potenziale conflitto d'interesse; a tale scopo si è provveduto già con deliberazione n. 528/2016 a regolamentare le partecipazioni dei dipendenti ad eventi organizzati da terzi.

Altre attività' per ridurre il rischio di corruzione

1. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

Il cosiddetto "pantouflage" è stato introdotto dall'art. 53 comma 16 ter del D.Lgs. 165/2001 e prevede il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della P. A 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.

Tale disposizione è regolamentata nel codice di comportamento adottato dall'Azienda con deliberazione n. 91 del 24 gennaio 2018.

Ai fini dell'applicazione di tale principio l'Azienda prevede:

- nei contratti di assunzione del personale la clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;

- di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti di cui sopra;
- la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto ai punti precedenti e il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con la nostra Azienda per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

2. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

L'Unità operativa delle risorse umane espleta un controllo del 100% sulle dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti, nonché richiede ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui al capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.

Protocollo di legalità

Il nuovo protocollo di legalità, approvato con DGR n. 951/2019, richiamati i contenuti del protocollo sottoscritto nel 2015, sopra riportati, contiene i seguenti elementi innovativi:

- adeguamento alle norme sopravvenute del nuovo codice dei contratti (D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.);
- aggiornamento delle modalità di acquisizione certificazione antimafia a seguito dell'entrata a regime della banca dati unica per la documentazione antimafia;
- estensione dell'ambito soggettivo di applicazione del protocollo destinato ad impegnare direttamente ed espressamente oltre le Aziende ULSS del Veneto, anche gli enti amministrativi regionali di cui alla Legge regionale 18 dicembre 1993, n. 53 come modificata dalla Legge regionale 14 novembre 2018, n. 42;
- l'impegno delle parti a promuovere incontri formativi sulla prevenzione di fenomeni di riciclaggio e sugli altri contenuti del protocollo a sostegno delle realtà amministrative operanti sul territorio regionale.

Interessante al riguardo è la DGR n. 1822 del 29 dicembre 2020 che approva delle clausole-tipo da inserire nella documentazione di gara e contrattuale in applicazione del Protocollo di Legalità sottoscritto in data 17 settembre 2019.

In coerenza con le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità, le Aziende ULSS devono acquisire idonea certificazione antimafia al momento della stipulazione degli accordi contrattuali di cui al decreto legislativo 502/92 e nel settore delle opere pubbliche garantendo altresì la legalità e la trasparenza nelle procedure di affidamento e di esecuzione delle opere.

In particolare l'Azienda si impegna a verificare le informazioni Antimafia di cui all'art. 10 D.P.R. 252/98, oltre che nei casi ivi contemplati, anche per appalti e concessioni di lavori pubblici di importo pari o superiore a € 250.000,00 per i sub-contratti di lavori, forniture e servizi di importo pari o superiore a € 50.000,00 e in ogni caso, indipendentemente dal valore, nei confronti dei soggetti ai quali vengono affidati le forniture e i servizi "sensibili".

Ai fini di una più approfondita attività di prevenzione delle infiltrazioni della criminalità nella esecuzione dei lavori, l'Azienda ULSS 5 Polesana acquisisce tutti i dati delle imprese partecipanti alle gare e delle eventuali imprese sub-contraenti con riferimento anche al legale rappresentante ed agli assetti societari, nonché i relativi certificati camerali con dicitura antimafia. Esperite le procedure, prima di procedere alla stipula dei contratti o alla conclusione degli affidamenti ovvero prima di procedere all'autorizzazione dei sub-contratti o dei sub-affidamenti, i dati suddetti e i relativi certificati camerali dovranno essere comunicati alla Prefettura ai fini del rilascio delle informazioni di cui all'art. 10 del D.P.R. n. 252/1998. Qualora la Prefettura accerti elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa ed emetta una informativa ostativa, l'Azienda non procede alla stipula del contratto di appalto, ovvero revoca l'aggiudicazione o nega l'autorizzazione al subappalto, e intima all'appaltatore o concessionario di far valere la risoluzione del sub-contratto. Allo scopo di predisporre gli strumenti adeguati per attuare e rendere effettivi i controlli di cui sopra, l'Azienda prevede nei bandi di gara, nei contratti di appalto o concessione o nel capitolato:

- che la sottoscrizione del contratto ovvero le concessioni o le autorizzazioni effettuate prima dell'acquisizione delle informazioni di cui all'art. 10 del D.P.R. n. 252/1998, anche al di fuori delle soglie di valore ivi previste, vengano sottoposte a condizione risolutiva e che la stazione appaltante proceda alla revoca della concessione e allo scioglimento del contratto qualora dovessero intervenire informazioni interdittive;
- l'obbligo per l'aggiudicatario di comunicare all'Azienda ULSS 5 Polesana l'elenco delle imprese coinvolte nel piano di affidamento con riguardo alle forniture ed ai servizi, nonché ogni eventuale variazione successivamente intervenuta per qualsiasi motivo;
- l'obbligo per l'aggiudicatario di inserire in tutti i sub-contratti la clausola risolutiva espressa per il caso in cui emergano informative interdittive a carico dell'altro subcontraente; tale clausola dovrà essere espressamente accettata dall'impresa aggiudicataria.

L'Azienda si impegna altresì, sia direttamente sia con apposite clausole da inserire nei bandi e negli appalti, a far sì che le imprese appaltatrici e le eventuali imprese subcontraenti presentino autonoma denuncia all'Autorità Giudiziaria di ogni illecita richiesta di denaro od altra utilità, ovvero offerta di protezione, che venga avanzata nel corso della esecuzione dei lavori nei confronti di un suo rappresentante o di un suo dipendente, dandone notizia senza ritardo alla Prefettura.

Allo scopo di garantire la tracciabilità dei flussi finanziari nell'ambito dei rapporti contrattuali connessi con l'esecuzione dei lavori o con la prestazione di servizi o forniture e per prevenire eventuali fenomeni di riciclaggio, ma anche altri gravi reati (es. corruzione), l'Azienda ULSS 5 Polesana adempie alle disposizioni normative di cui alla Legge 136/2010 "Tracciabilità dei flussi finanziari" come modificato dal D.Lgs. 187/2010. Viene pertanto inserito nei contratti di appalto o di concessione o nei capitolati l'obbligo a carico dell'appaltatore o concessionario di effettuare i pagamenti o le transazioni finanziarie, relative all'esecuzione del contratto di appalto o della concessione, esclusivamente per il tramite degli intermediari autorizzati, vale a dire le banche e Poste Italiane S.p.a.

L'Azienda provvede a verificare l'inserimento da parte delle imprese appaltatrici o concessionarie nei contratti sottoscritti con i subappaltatori ed i subcontraenti di analoga clausola.

In caso di violazione, si procede alla risoluzione immediata del vincolo contrattuale nonché alla revoca dell'autorizzazione al subappalto e/o al sub-contratto.

Procedure della certificabilità del bilancio (pac)

Anche nel 2022 l'Azienda ha dato corso a quanto stabilito dalla normativa per il percorso attuativo della certificabilità del bilancio, seguendo le indicazioni della Regione del Veneto. A tale proposito sono state approvate diverse procedure che prevedono ove opportuno i parametri di controllo delle varie procedure e attività e le relative responsabilità.

A riguardo è stata data esecuzione alla delibera del Direttore Generale n. 13/2020 Piano Auditing 2020 secondo i processi definiti da Azienda Zero.

Si riportano di seguito la tabella riepilogativa delle misure per la prevenzione e riduzione del rischio e il link al sito aziendale per reperire la tabella rappresentante l'elenco degli obblighi di pubblicazione.

MISURE PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza 2023-2025					
Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile
MISURE GENERALI DI PREVENZIONE					
Formazione su prevenzione corruzione	Non adeguata conoscenza dei rischi di corruzione e della relativa normativa sulla trasparenza	alto	Formazione di livello generale con partecipazione ad attività formative per Personale dipendente dei ruoli amministrativo e sanitario	Già in essere	Schiavi Carla (RPCT)
Osservanza codice di comportamento da parte di tutti i collaboratori dell'Azienda	Non adeguata conoscenza del codice di comportamento aziendale e degli obblighi previsti	alto	Sensibilizzazione attraverso incontri formativi di livello generale verso tutti gli operatori. Predisposizione schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, e prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici.	Già in essere	Schiavi Carla (RPC) Davi Patrizia (Risorse Umane) Terribile Emanuela (provveditorato- economato e gestione logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
Collegamento con ciclo delle performance	Mancata responsabilizzazione dei singoli dirigenti su misure di prevenzione	medio	Collegamento obiettivi prevenzione corruzione con obiettivi annuali	Già in essere	Melina Paola Melina (Controllo di gestione)
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Svolgimento attività in situazioni di conflitto di interesse con attività istituzionale	medio	Nei contratti di assunzione del personale prevedere la clausola del divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dello stesso. Nota informativa a tutti i dipendenti. Prevedere nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo, e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della P.A.	Già in essere	Davi Patrizia (Risorse Umane) Terribile Emanuela (provveditorato- economato e gestione logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
AREA RISORSE UMANE					
Rotazione del personale dirigente e non	Evitare che possano crearsi relazioni particolari tra dirigenti/ dipendenti e portatori di interessi a vario titolo	medio	Predisposizione di un atto generale che definisca i criteri e le modalità per attuare la rotazione dei dirigenti e del personale dirigenziale		Davi Patrizia (Risorse Umane)

Reclutamento e progressioni di carriera	Requisiti accesso personalizzati e insufficienza di meccanismi oggettivi di reclutamento. Abuso nei processi di stabilizzazione per reclutamento di specifici candidati	alto	Predisposizione piano aziendale di fabbisogno. Approvazione annuale da parte della Regione Veneto del fabbisogno di personale. Pubblicazione degli atti "bandi" in Gazzetta Ufficiale, BUR, sito Internet aziendale	Già essere in	Davì Patrizia (Risorse Umane)
Reclutamento e progressioni di carriera	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	alto	Pubblicazione degli atti (decisione di nomina della Commissione) sul sito Internet aziendale. Sorteggio (Dirigenza sanitaria). Dichiarazione assenza conflitto di interessi con Candidati. Rotazione dei componenti Commissione di sorteggio. Presenza soggetto terzo al sorteggio. Ampliamento trasparenza (D.Lgs. n. 97/2015). Acquisizione dichiarazione formale ex D.P.R. 445/2000, rilasciata dai componenti Commissione di Concorso circa assenza di conflitti di interesse/incompatibilità	Già essere in	Davì Patrizia (Risorse umane)
Reclutamento e progressioni di carriera	Inosservanza regole procedurali a garanzia trasparenza e imparzialità	alto	funzione di controllo di legittimità del segretario della commissione. Rotazione dei funzionari addetti alle segreterie di concorso	Già essere in	Davì Patrizia (Risorse Umane)
Costante monitoraggio della procedura aziendale relativa alle autorizzazioni extraistituzionali	Inosservanza regole procedurali a garanzia trasparenza e imparzialità	alto	Verifica corretta applicazione del regolamento in materia di incompatibilità e criteri per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi extra istituzionali (deliberazione n. 1592 del 14.12.2017) in particolare per la valutazione del conflitto di interesse	Già essere in	Davì Patrizia (Risorse Umane)
AREA VIGILANZA ISPEZIONE CONTROLLI					
Attività di vigilanza attività autorizzative-certificative	Inosservanza regole di imparzialità e conflitto di interesse	alto	1) rotazione personale impegnato sul territorio, nelle diverse tipologie di interventi; 2) interventi ispettivi programmati secondo procedure nazionali, o regionali. 3) interventi ispettivi condotti con la presenza di almeno due operatori tecnici. 4) interventi ispettivi condotti in ordinamento con altri enti. 5) verifica degli atti ispettivi/autorizzativi/certificativi da parte del Coord. e del Dirigente/Direttore del Servizio	Già essere in	Fenzi Federica (Igiene Pubblica) Finchi Alessandro (Spisal) Lucio Andreotti (SIAN) Tiziano Rossin (Area Veterinaria)

Ispezioni a Farmacie convenzionate.	Controlli non adeguati	alto	Rotazione personale incaricato; tracciabilità delle ispezioni; procedure per svolgimento ispezioni e controlli; controlli collegiali	Già in essere	Bregola Gianni (Farmacia Territoriale)
Controlli su strutture protette e altre strutture residenziali	Controlli non accurati	alto	Rotazione personale incaricato; tracciabilità delle ispezioni; procedure per svolgimento ispezioni e controlli; controlli collegiali	già in essere	Paolo De Pieri UOC Disabilità e Non Autosufficienza Parti Monica UOC Cure Primarie (Distretto 1) Bettarello Giorgio UOC Disabilità e Non Autosufficienza Pizzardini Maddalena UOC Cure Primarie (Distretto 2)
AREA OSPEDALIERA					
Esercizio libera professione in regime ambulatoriale e di ricovero personale dipendente	Inosservanza regole e interesse privato	alto	Procedura amministrativa relativa all'autorizzazione elaborazione e pagamento mensile dell'attività in libera professione. Sistema disciplinare che prevede sanzioni per irregolarità: nomina organismo paritetico di promozione e verifica	Già in essere	Serafini Pierluigi (Direzione Amministrativa Ospedale)
Governo delle liste d'attesa e diritto equità di accesso del cittadino	Inosservanza regole e interesse privato	alto	Verifiche e controlli delle agende informatiche	Già in essere	Serafini Pierluigi (Direzione Amministrativa Ospedale)
Rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti nel percorso <i>post mortem</i>	rischio di comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri	alto	verifiche e controlli in ordine alla correttezza , eticità e legalità del percorso.	Già in essere	Carla Destro (Direzione Medica Rovigo/Trecenta/Adria)
AREA ACQUISTI					
Redazione capitolato tecnico	rischio di pubblicazione di una gara che contenga un capitolato tecnico/descrizione del bene/servizio/ opera da acquisire che limiti a priori la concorrenza avendo al suo interno delle peculiarità tecniche che individuano o indirizzano l'affidamento ad un'unica ditta	alto	Valutazione collegiale "Dialogo Tecnico" delle specifiche tecniche in fase di preparazione della gara con alcune tra le ditte del settore e confrontando le specifiche con quelle utilizzate da altre Aziende ULSS nell'esperimento di medesimi acquisti/lavori	già in essere	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)

Valutazione offerte	Rischio di mancata imparzialità nella valutazione delle offerte pervenute	alto	nomina di commissioni con composizione eterogenea con la contestuale partecipazione di sanitari, tecnici/ingegneri clinici e ove possibile di amministrativi che abbiano dichiarato la loro non partecipazione ad eventi sponsorizzati da alcuna delle ditte partecipanti e che ad eccezione del Presidente della Commissione non abbiano contribuito alla redazione del Capitolato Tecnico. Applicazione di quanto previsto dall'art 97 c.3 del D.Lgs.n. 50/2016.	già essere	in	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico epatrimoniale)
Scelta fornitori	Discrezionalità nella scelta dei fornitori da invitare alle procedure negoziate	alto	Utilizzo del criterio di rotazione dei fornitori	già essere	in	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
Scelta fornitori	Discrezionalità nella scelta del fornitore aggiudicatario	alto	Acquisizioni effettuate previa indagine di mercato atte ad appurare la non esistenza di prodotti con pari caratteristiche tecnico strutturali a prezzi più economici di quelle proposte dal fornitore individuato. Richiesta preventivi a più interlocutori al fine di appurare la reale convenienza economica dell'acquisto.	già essere	in	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
Rispetto tempi fornitura	Rischio di mancato rispetto delle scadenze previste nel cronoprogramma con potenziali ritardi, disservizi e costi aggiuntivi	alto	Monitoraggio tempestivo del rispetto delle tempistiche definite dall'aggiudicatario in fase di offerta o inseriti nei capitolati speciali di appalto e previsione negli atti di gara di adeguate penali da applicare in caso di mancato rispetto dello stesso	già essere	in	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)

<p>Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento</p>	<p>Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari. Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione. Non aderenza alla programmazione sia in termini di tempistica delle procedure, sia in termini di acquisti conformi ad aggiudicazione, sia in termini di quantità adeguate al fabbisogno.</p>	<p>alto</p>	<p>1) Programmazione regionale triennale "masterplan" e programmazione attuativa per acquisti di servizi e forniture. Programmazione ex art 21 del D.Lgs. n.50/2016 2) Ricorso ad accordi quadro e convenzioni già in essere da parte centrale committenza nazionale o regionale. 3) Monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali. 4) Corretta individuazione attori da coinvolgere per identificare i beni/servizi che soddisfano fabbisogno. 5) Pubblicazione sul sito "programmazione attuativa" annuale. 6) applicazione ulteriori strumenti di controllo, monitoraggio ed interventi sostitutivi(regolamento). 7) Per tecnologie biomediche, revisione istruzioni operative per definizione fabbisogni in funzione di esigenze cliniche e di sicurezza. 8) Per i beni sanitari ed economici adozione istruzioni operative per definizione fabbisogni in rapporto alle strutture logistiche presenti. 9) Report semestr. a RPCT su andamento programmazione 10) verifica scorte a magazzino prima di procedere a gare o ad acquisti. 11) Rispetto tempi di indizione/svolgimento gare condotte dal servizio aziendale. 12) Acquisto di prodotti a gara o richiesta di specifiche motivazioni a supporto di richiesta di altri prodotti.</p>	<p>già in essere</p>	<p>Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico epatrimoniale)</p>
<p>Redazione ed aggiornamento del programma degli acquisti e dei lavori</p>	<p>Programmazione non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari. Non rispetto del piano Investimenti approvato dalla Direzione Generale.</p>	<p>alto</p>	<p>definizione della programmazione condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma e annuale dei lavori da avanzare alla Direzione Generale</p>	<p>già in essere</p>	<p>Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)</p>

Individuazione dello strumento/istituto di affidamento	Elusione regole affidamento appalti con improprio utilizzo di sistemi di affidamento o tipologie contrattuali per favorire un operatore. Abuso disposizioni in materia di determinazione del valore stimato contratto al fine di eludere disposizioni	alto	1) Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. 2) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Intercenter/CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico.	già essere in	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica)
Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata. Affidamenti diretti in economia.	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire specifica impresa. Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una impresa.	alto	1) Applicazione del Regolamento acquisti e lavori in economia. 2) Utilizzo dei sistemi informatizzati presso centrali committenza per individuazione operatori da consultare. 3) Adozione nuovo Regolamento Acquisti/in economia e relative istruzioni operative conformi alle prescrizioni del Codice Appalti e con soglie di importo inferiore a quella di legge (€ 40.000) escluso i beni oggetto del Magazzino di Area Vasta ed in caso di necessità di garantire continuità nella fornitura nelle more dell'aggiudicazione di gara programmata (40.000 €). secondo indicazioni Azienda Zero (in corso). Affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per soglie di importo < a € 40.000.	Già essere in	Terribile Emanuela (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica)
AREA DISTRETTO					
Esercizio libera professione in regime ambulatoriale e di ricovero personale convenzionato: specialisti ambulatoriali	Inosservanza regole e interesse privato	alto	Verifica e controllo delle disposizioni regolamentari sull'attività ambulatoriale svolta dai medici SAI		Sicchiero Dario (Direzione Amministrativa Territoriale)
UOC Disabilità e non autosufficienza	sovra o sottostima dei requisiti socio-sanitari nel riconoscimento delle impegnative di cura domiciliare e delle impegnative di residenzialità	medio	certificazione, valutazione collegiale (UVMD), cambiamento dei membri della commissione	già essere in	Paolo De Pieri (Distretto 1) Giorgio Bettarello (Distretto 2)
Cure primarie	fornitura di ausili non appropriati (protesica)	medio	nomenclatore tariffario, pluralità dei passaggi autorizzativi	già essere in	Monica Parti (Distretto 1) Pizzardini Maddalena (Distretto 2)

Cure primarie	discrezionalità nell'autorizzazione ad attivare il servizio ai MMG e PLS (ADI)	medio	criteri e verifiche inseriti nell'accordo nazionale ed aziendale nell'accesso al servizio	già essere	in	Monica Parti (Distretto 1) Maddalena Pizzardini (Distretto 2)
Età Evolutiva	discrezionalità nella valutazione per accedere a benefici economici (L.104)	medio	collegialità: equipe-commissioni-varie uvmd	già essere	in	Roberto Segala (Distretto 1 e 2)
Età Evolutiva	discrezionalità nella scelta tra le offerte di servizio (comunità)	medio	uvmd	già essere	in	Roberto Segala (Distretto 1 e 2)
Consultorio Familiare	discrezionalità nella valutazione della adeguatezza o non adeguatezza della idoneità genitoriale (affido e adozione)	medio	protocolli regionali, valutazione operatori di altre istituzioni (tribunale), collegialità di equipe	già essere	in	Roberto Segala (Distretto 1 e 2)
Consultorio Familiare	discrezionalità nella scelta della struttura (comunità)	medio	riferimenti a strutture specialistiche regionali, collegialità di equipe UVMD	già essere	in	Roberto Segala (Distretto 1 e 2)
Servizio Inserimento Lavorativo- Disabilità	discrezionalità per un inserimento Sil (borse e lavoro)	medio	DRG regionale, regolamento aziendale, UVMD	già essere	in	Paolo De Pieri (Distretto 1) Giorgio Bettarello (Distretto 2)
Servizio Inserimento Lavorativo- Disabilità	discrezionalità nell'abbinamento persona-azienda (inserimento lav.)	medio	L. 68/99 comitato tecnico plurirappresentativo	già essere	in	Paolo De Pieri (Distretto 1) Giorgio Bettarello (Distretto 2)
Servizio Inserimento Lavorativo- Disabilità	Discrezionalità nella valutazione e proposta di servizio di comunità	medio	UVMD- vincoli di budget	già essere	in	Paolo De Pieri (Distretto 1) Giorgio Bettarello (Distretto 2)
Servizio Inserimento Lavorativo- Disabilità	assegnazione livelli di gravità	medio	svamdi/diagnosi l.104 (commissione) scheda f.i.m - specialista, UVMD	già essere	in	Paolo De Pieri (Distretto 1) Giorgio Bettarello (Distretto 2)
Servizio Inserimento Lavorativo- Disabilità	discrezionalità nella valutazione nella quantità e qualità dei servizi erogati (valutazione attività delle coop. Che gestiscono i CEOD)	medio	capitolato/report monitoraggio periodico con scheda aziendale riscontro utente	già essere	in	Paolo De Pieri (Distretto 1) Giorgio Bettarello (Distretto 2)

Servizio Dipendenze	Procedure e programmi per inserimento tossicodipendenti e alcolodipendenti presso Strutture convenzionate Discrezionalità nella valutazione della situazione: appropriatezza o non appropriatezza di invio in CT	medio	Partecipazione dell'equipe multidisciplinare alla stesura del PTI e nella scheda di valutazione di UVMD - se richiesta per la definizione di un progetto integrato tra Servizi dell'Azienda; congruità tra posti autorizzati e accreditati; particolare attenzione alla libera scelta dell'assistito; vaglio della Struttura di accoglienza dell'utente del Servizio; autorizzazione del Dirigente Responsabile del Servizio, monitoraggio dell'andamento del progetto e verifica delle prestazioni erogate (portale GeKi regionale)	già essere	in	Direttore UOC Serd – Valentina Pavani
Servizio Dipendenze	discrezionalità sulla valutazione e nella raccolta degli elementi ad essa collegata (valutazione Ser.t. per problemi di alcool e problemi di tossico dipendenza	medio	Riferimento al regolamento della commissione stessa e dei protocollo regionale ed aziendale che regolano i rapporti di collegialità	già essere	in	Direttore UOC Serd – Valentina Pavani
Servizio Dipendenze	Predisposizione certificazione per esenzione ticket per patologia e/o particolari condizioni sanitarie/sociali Abuso e discrezionalità nel rilascio di certificazioni al fine di favorire determinati soggetti	basso	Rilascio certificazioni a seguito di visite mediche e accertamenti diagnostici con esami ematochimici e tossicologici; verifiche e controlli sull'appropriatezza della certificazione del Responsabile del Servizio; rif. DM 23 novembre 2012; G.U. Serie Generale n.33 del 08 febbraio 2013. Valutare nel tempo la persistenza delle condizioni che hanno portato alla certificazione	già essere	in	Direttore UOC Serd – Valentina Pavani

Servizio Dipendenze	Gestione e somministrazione sostanze stupefacenti Mancato, incompleto o incostante controllo nelle fasi di ricezione, stoccaggio e distribuzione degli stupefacenti Accesso ai trattamenti di chi non ha indicazione e/o esecuzione di trattamenti non appropriati	basso	Procedure gestione stupefacenti – La gestione dei trattamenti farmacologici viene effettuata tramite la piattaforma GeDi che permette di verificare ogni singola prestazione effettuata da qualsiasi operatore per ogni paziente che ne ha fruito. E' prevista una fase di approvvigionamento dalla farmacia aziendale, una fase di prescrizione da parte del medico, una fase di somministrazione /affido al paziente del farmaco prescritto, una fase di registrazione su registri stupefacenti previsti per legge ed una fase di gestione magazzino per controllo e predisposizione dei successivi ordini per la farmacia. L' azione di prescrizione è fatta dai medici sulla base delle linee guida nazionali e internazionali ed è oggetto di verifica e revisione periodica	già essere in	Direttore UOC Serd – Valentina Pavani
Servizio Dipendenze	Attività finalizzate all'eventuale inserimento lavorativo Erogazione di contributi economici, legati all'effettiva presenza in attività di tirocinio o di borse lavoro per soggetti in cura al Servizio Dipendenze in forma di percorso riabilitativo presso Ditte e/o Coop con attivazione relative convenzioni e progettualità individualizzate	basso	Definizione di criteri di accesso ai progetti di inserimento lavorativo; Attivazione di singoli progetti individuali a cura dell'equipe multidisciplinare con autorizzazione del Dirigente Responsabile del Servizio; verifica con puntuale rendicontazione dell'attività svolta	già essere in	Direttore UOC Serd – Valentina Pavani

Link al sito aziendale per reperire la tabella rappresentante l'elenco degli obblighi di pubblicazione:

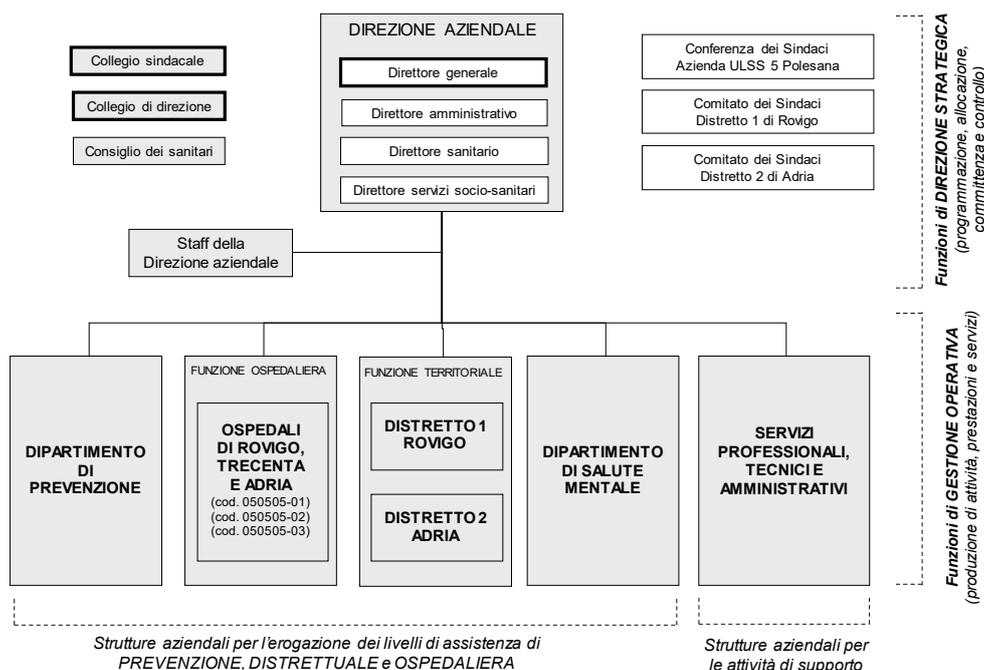
<https://www.aulss5.veneto.it/mys/apridoc/iddoc/3294>

3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

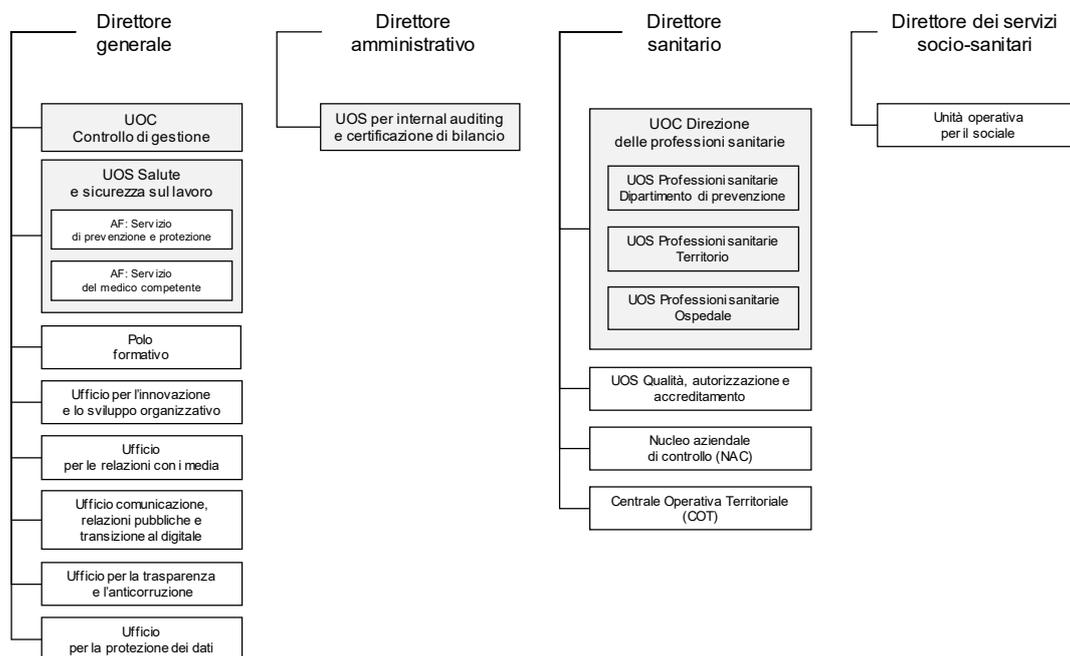
3.1 Struttura organizzativa

3.1.1 La Direzione aziendale

In termini generali, le funzioni di direzione strategica (programmazione, allocazione, committenza e controllo) sono svolte dalla Direzione aziendale. Nell'esercizio delle proprie funzioni, la Direzione aziendale è supportata da uno staff composto da strutture operative e da referenti aziendali di specifici sistemi, processi e programmi. Le funzioni di gestione operativa sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione, dalla Funzione ospedaliera e dagli Ospedali, dalla Funzione territoriale e dai Distretti, dal Dipartimento di salute mentale e dai Servizi professionali, tecnici e amministrativi. Lo schema organizzativo generale dell'Azienda ULSS 5 Polesana è descritto nella figura seguente.



A supporto delle funzioni svolte dalla Direzione aziendale di indirizzo, pianificazione, coordinamento e controllo l'Atto aziendale prevede lo Staff della Direzione aziendale, composto da strutture (unità operative e altre articolazioni organizzative) e da referenze funzionali trasversali alle strutture aziendali. Le funzioni di staff sono state individuate sulla base dei seguenti criteri: normativa statale o regionale; supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance; trasversalità delle funzioni svolte; funzioni strategiche essenziali; garanzia di terzietà e indipendenza dall'organizzazione aziendale, per quanto possibile. L'articolazione dello Staff della Direzione aziendale (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



Per garantire un funzionamento coerente tra il modello organizzativo verticale/gerarchico, proprio della Pubblica Amministrazione, e quello orizzontale/funzionale, necessario a garantire la missione aziendale in modo efficiente ed efficace e per soddisfare le attuali esigenze e aspettative delle parti interessate, l'Azienda ULSS 5 Polesana si articola secondo due paradigmi tra loro integrati:

- la gestione delle articolazioni aziendali (approccio verticale / gerarchico);
- la gestione dei processi aziendali (approccio orizzontale / di coordinamento).

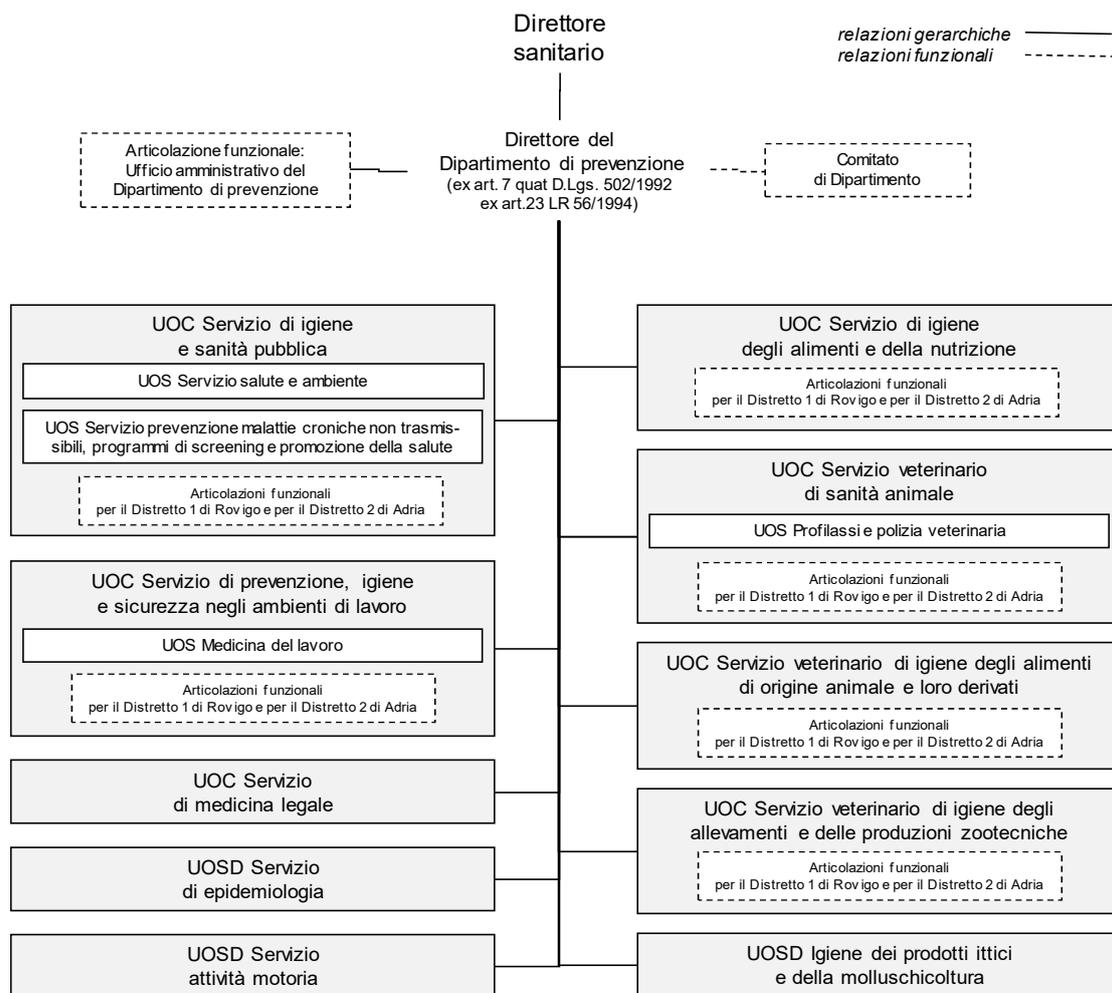
Le articolazioni aziendali sono segmenti organizzativi dell'ULSS 5, Polesana ai quali è affidata la gestione operativa delle risorse (persone, spazi, attrezzature, materiali, metodi e modelli organizzativi, ecc.). A seconda del mix di risorse gestite, le articolazioni aziendali sono caratterizzate da livelli diversi di complessità. Per processo aziendale si intende invece qualsiasi raggruppamento di attività correlate e interagenti tra di loro che, svolte da personale appartenente a una o più articolazioni aziendali, sono finalizzate a ottenere un obiettivo finale. A seconda della quantità di attività da svolgere, delle competenze necessarie, della numerosità delle persone e delle articolazioni coinvolte, della durata nel tempo e di altri fattori anche i processi possono essere caratterizzati da gradi diversi di complessità.

3.1.2 Il Dipartimento di prevenzione

Ai sensi della LR 56/1994, il Dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale delle Aziende ULSS preposta a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, alimentari, legati alle condizioni di lavoro e correlati agli stili di vita, e che assicura l'erogazione del livello di assistenza "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

L'azione del Dipartimento di prevenzione è basata sui principi internazionali della Health Promotion (Promozione della salute), della Integrated Care (Assistenza integrata) e dell'Evidence Based Health Care (Assistenza sanitaria basata su prove di efficacia). Può essere impostata

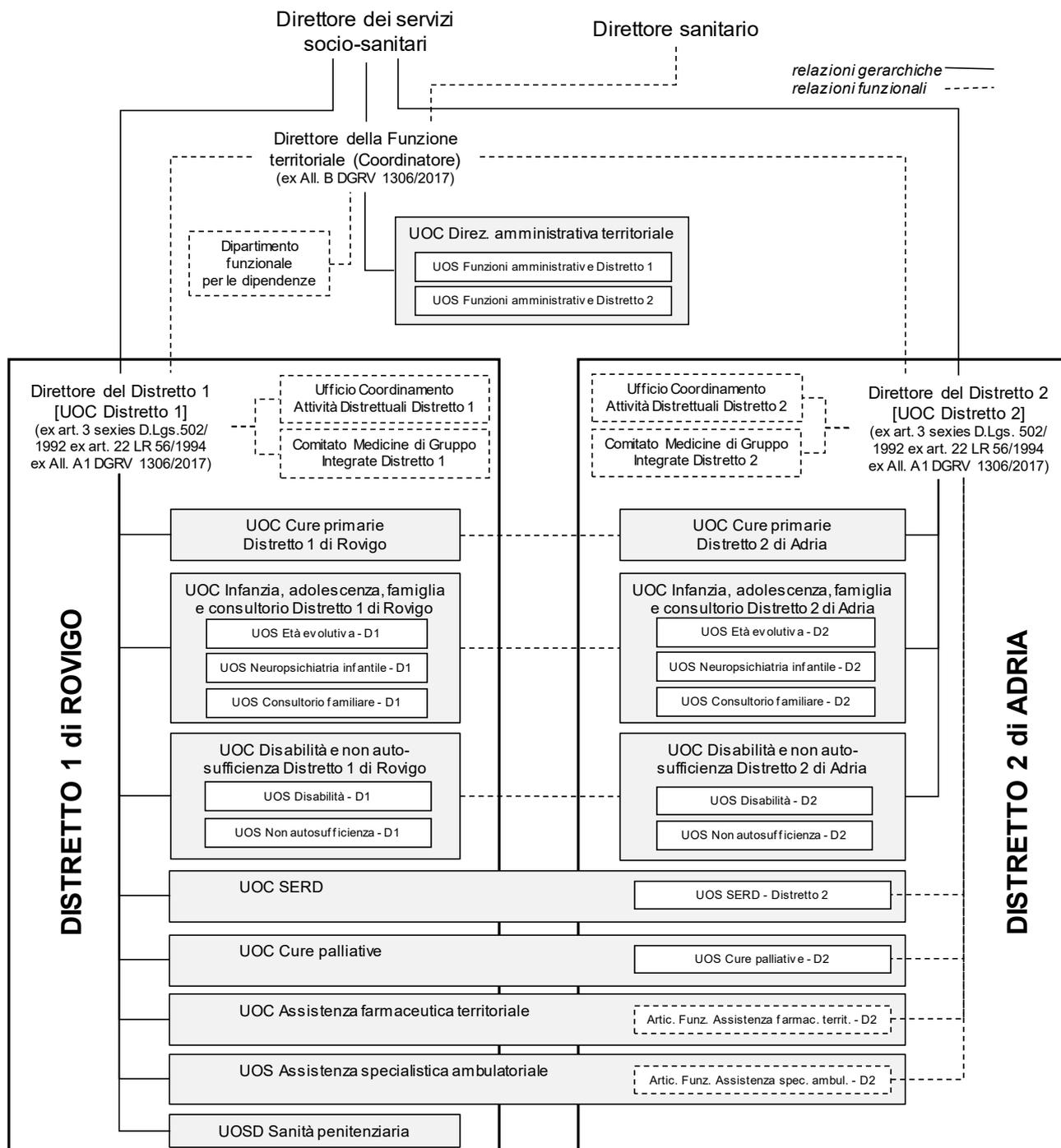
secondo i criteri dell'intervento diretto, oppure dello sviluppo e del coordinamento di iniziative intersettoriali, coinvolgendo le altre strutture aziendali, le altre strutture del SSSR e le altre componenti istituzionali e sociali della comunità che, a diverso titolo, possono essere coinvolte nella tutela della salute pubblica. L'articolazione del Dipartimento di prevenzione (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



3.1.3 I Distretti e la Funzione territoriale

La Funzione territoriale dell'Azienda ULSS 5 Polesana è una articolazione aziendale composta dalle due strutture tecnico-funzionali denominate "Distretto 1 - Rovigo" e "Distretto 2 - Adria", da unità operative semplici e complesse e da altri organismi e articolazioni aziendali. La Funzione territoriale è deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. L'obiettivo generale della Funzione territoriale è quello di orientare il sistema distrettuale verso una unicità gestionale per garantire: unitarietà di approccio nella erogazione omogenea dei servizi; centralizzazione di alcune funzioni, per migliorare l'efficienza organizzativa; territorializzazione di altre funzioni per garantire equità di accesso ai

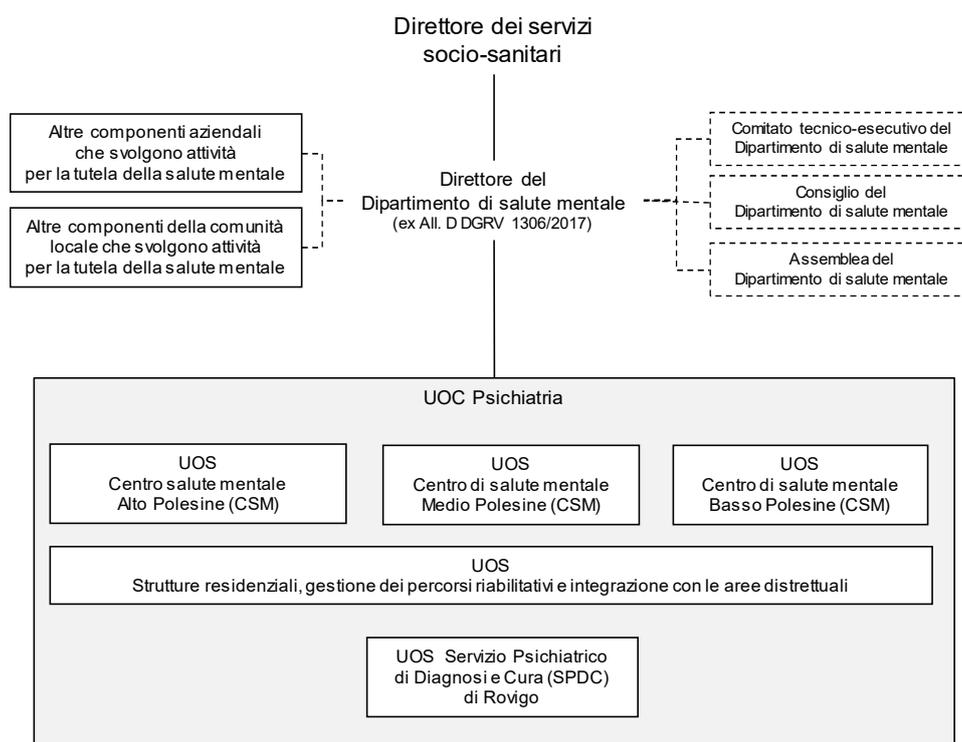
servizi. L'articolazione dei Distretti e della Funzione territoriale (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



3.1.4 Il Dipartimento di salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) dell'Azienda ULSS 5 Polesana è l'articolazione aziendale che rappresenta il riferimento e il garante clinico per la tutela della salute mentale del proprio bacino territoriale di riferimento. Si estrinseca nella organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale di una popolazione. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di

disagio mentale associato a patologia psichiatrica, concorrendo a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio. Concorre, inoltre, a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e disturbo mentale che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale. Privilegia interventi personalizzati ed interviene primariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità, valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato e degli Enti locali. L'articolazione del Dipartimento di salute mentale (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



3.1.5 Gli Ospedali e la Funzione ospedaliera

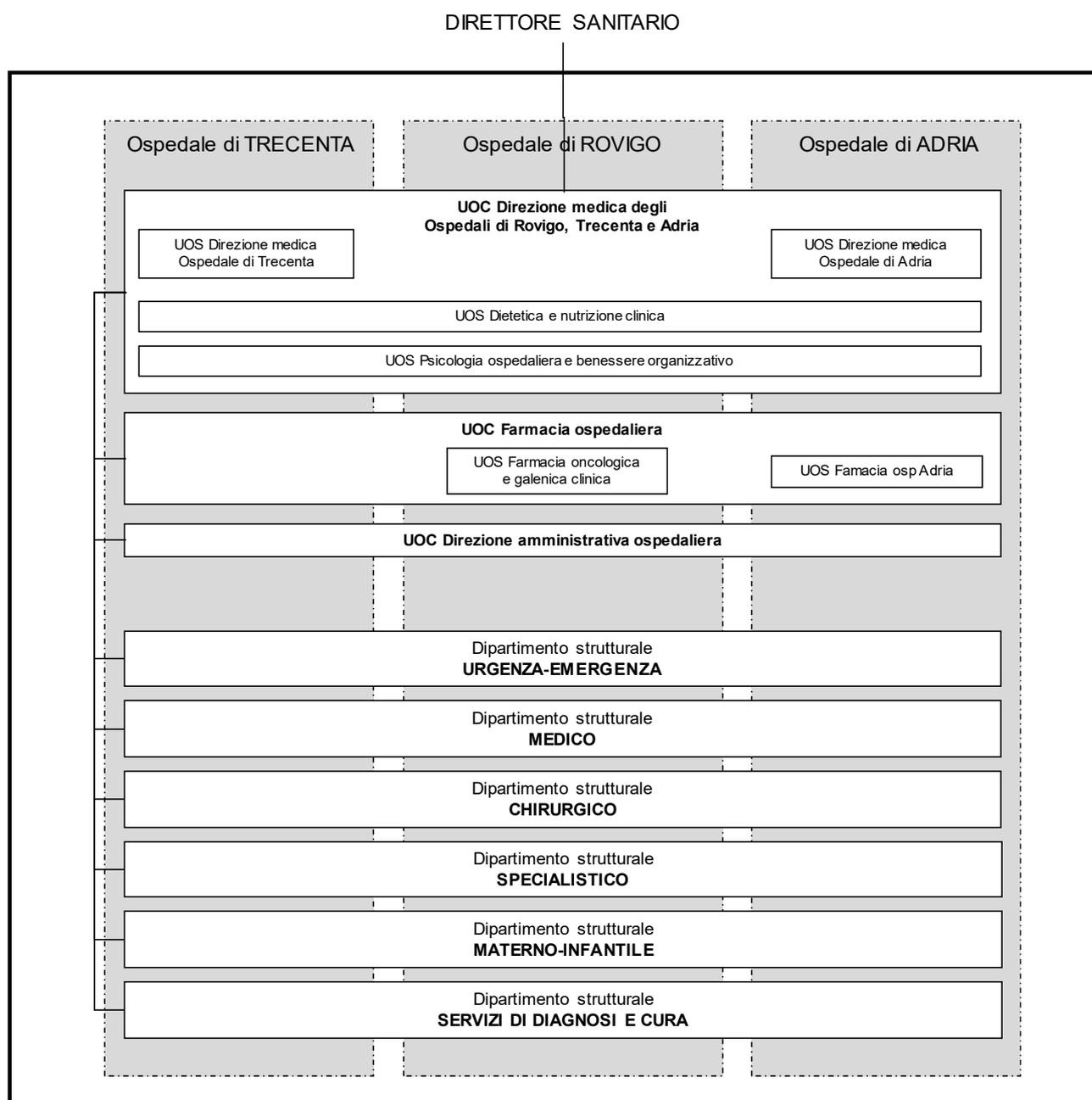
La Funzione ospedaliera dell'Azienda ULSS 5 Polesana è una articolazione aziendale composta dalla struttura tecnico-funzionale denominata "Ospedali di Rovigo, Trecenta e Adria", a sua volta composta da unità operative e da dipartimenti strutturali ospedalieri trasversali alle tre sedi ospedaliere

L'obiettivo generale della Funzione ospedaliera è quello di orientare il sistema ospedaliero aziendale verso una unicità gestionale per garantire:

- un approccio omogeneo e integrato nella erogazione dei servizi ai cittadini;
- la centralizzazione di alcune funzioni e prestazioni assistenziali, per migliorare l'efficienza organizzativa e l'efficacia clinica, in sintonia con le attuali indicazioni del Piano Nazionale Esiti;
- il decentramento di altre funzioni e prestazioni assistenziali, per garantire equità e facilità di accesso ai servizi;

- lo sviluppo di un modello organizzativo che implementa il ruolo complementare e di integrazione svolto dalle strutture ospedaliere private accreditate all'interno della rete ospedaliera provinciale e regionale.

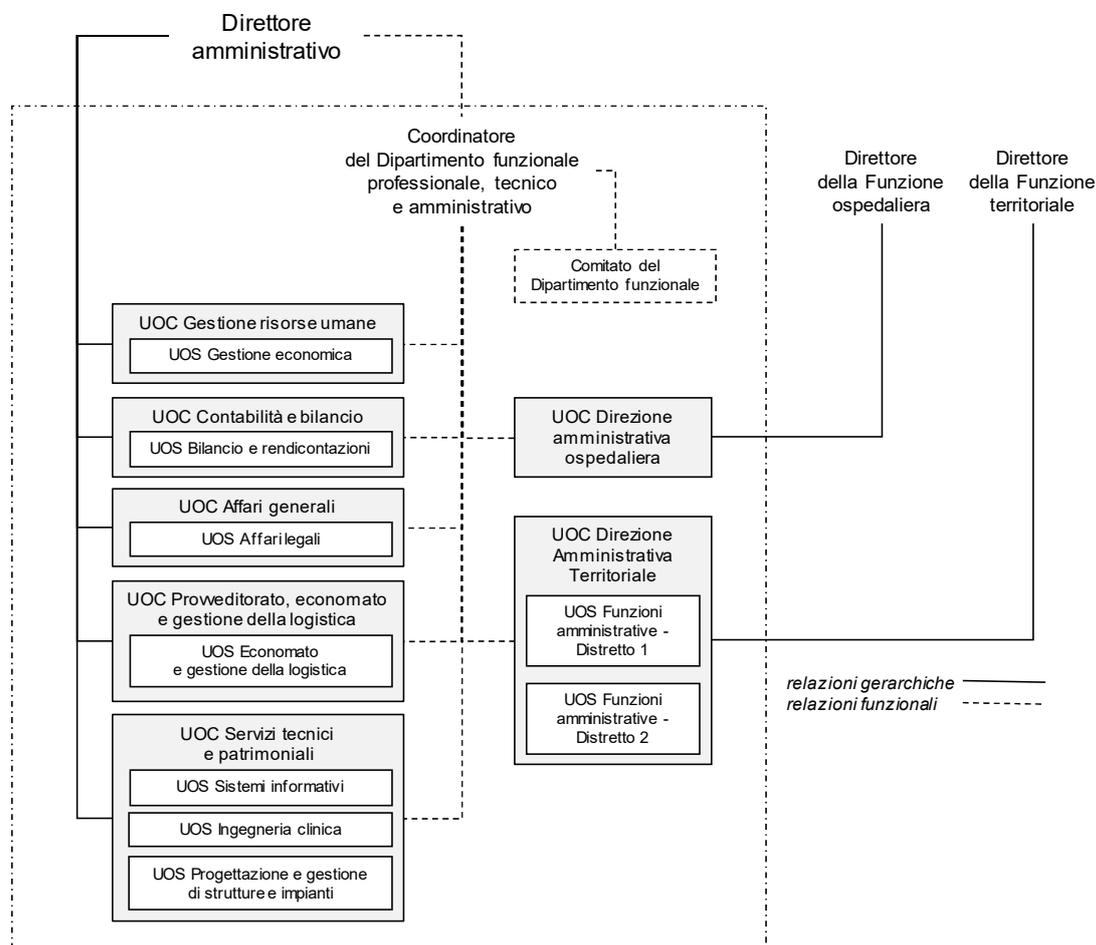
Per migliorare la gestione operativa dei processi aziendali complessi, alcune unità operative della Funzione ospedaliera fanno parte anche di specifici Dipartimenti funzionali, insieme ad altre unità operative territoriali (per esempio, Dipartimento funzionale di riabilitazione, Dipartimento funzionale di oncologia clinica, Dipartimento funzionale per la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, Dipartimento funzionale trasfusionale, Dipartimento funzionale per le dipendenze, Dipartimento funzionale di malattie infettive, Dipartimento funzionale professionale, tecnico e amministrativo). L'articolazione degli Ospedali e della Funzione ospedaliera è descritta nella figura seguente.



3.1.6 I Servizi professionali, tecnici e amministrativi

I Servizi professionali, tecnici e amministrativi sono le articolazioni aziendali deputate a svolgere le attività necessarie a sostenere l'erogazione dei livelli di assistenza.

Come previsto dalla DGRV 1306/2017, il Dipartimento funzionale professionale, tecnico e amministrativo esercita attività di supporto nei confronti della Direzione aziendale nonché di tutte le altre articolazioni aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni professionali, tecniche e amministrative e la massima integrazione delle risorse. È un dipartimento funzionale trasmurale, perché aggrega anche la UOC Direzione amministrativa territoriale e la UOC Direzione amministrativa ospedaliera che, dal punto di vista gerarchico, appartengono rispettivamente alla Funzione territoriale e alla Funzione ospedaliera. L'articolazione dei Servizi professionali, tecnici e amministrativi (strutture e referenze funzionali) è descritta nella figura seguente.



3.2 Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda ULSS 5 Polesana riconosce nell'istituto del lavoro agile un'importante opportunità di innovazione organizzativa che permette di perseguire, al contempo, gli obiettivi di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e di aumento del livello quali-quantitativo dei servizi resi.

La duplice esigenza, di conciliare i tempi di vita e di lavoro, da una parte, e di tutela del personale dettata dall'emergenza sanitaria da Coronavirus, dall'altra, ha messo quanto mai in risalto la necessità, anche per l'Azienda ULSS 5, di adottare strumenti e processi organizzativi più flessibili, che consentano di garantire un alto livello del servizio pubblico.

La prima opportunità di cambiamento, seppur dettata da eventi contingenti, è stata offerta dall'emergenza Covid-19, e come ogni Pubblica Amministrazione, anche l'Azienda ULSS 5 Polesana ha risposto prontamente privilegiando, sin da subito la possibilità di lavoro in Smart Working (SW) per tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, fermo restando tuttavia l'esclusione dalla modalità lavorativa agile di tutte le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque necessitavano della presenza in sede.

La modalità di attuazione di SW è avvenuta in tempi ridotti ed è stata di tipo semplificato secondo le indicazioni nazionali e regionali, prevedendo altresì, il possibile utilizzo di strumentazione personale con il supporto dell'Help Desk aziendale per le configurazioni necessarie.

Tra i fattori che hanno permesso una facile e rapida attivazione del lavoro agile ci sono stati indubbiamente i numerosi strumenti e sistemi informatici già a disposizione dei dipendenti, quali la posta elettronica aziendale, i servizi di condivisione ed elaborazione documentale (Google Drive, Google Documents) nonché i sistemi di comunicazione via chat e videoconferenza (Google Meet e similari).

L'Azienda ULSS 5 Polesana, a seguito del DM 08.10.2021 che ha disciplinato, a partire dal 15 ottobre, il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica amministrazione, ha provveduto a dare seguito a tale disposizione assicurando, da subito, la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti all'erogazione di servizi all'utenza (back office), facendo rientrare in presenza tutto il personale dipendente precedentemente impiegato in modalità agile, ad eccezione dei lavoratori definiti "fragili" concordando con questi ultimi uno specifico accordo.

A seguito dell'emanazione, da parte del Ministero per la Pubblica Amministrazione, delle linee guida sullo smart working e con l'approvazione dell'ipotesi di CCNL per il personale di comparto dell'area sanità, dove è stato ulteriormente regolamentato il lavoro agile nell'ambito delle Aziende Sanitarie, l'Azienda ULSS 5 Polesana ha perfezionato la bozza di Regolamento per il lavoro a distanza. Quest'ultima, di recente, è stata oggetto di nuove modifiche intervenute a seguito dell'approfondimento di alcuni aspetti, legati nello specifico al lavoro agile, affrontati con il gruppo di lavoro riunitosi a livello regionale negli ultimi mesi dell'anno 2022.

3.2.1 Programma di sviluppo e modalità attuative

L'Azienda ULSS 5 Polesana riconosce alle modalità alternative al lavoro in presenza, grande valenza strategica e l'obiettivo primario che si prefigge è quello di accrescere la qualità delle prestazioni attraverso il miglioramento del benessere psico - fisico dei dipendenti, in una logica di reciproca correttezza e di fiducia tra lavoratore e datore di lavoro.

Attualmente l'accesso al lavoro agile è facilitato e quasi limitato alle categorie di lavoratori "in difficoltà", infatti, i progetti di SW interessano n. 3 dipendenti dell'area del comparto rientranti nella categoria di lavoratore "fragile", ma l'obiettivo per il triennio 2023–2025 è quello di garantire, una volta approvato il Regolamento, un maggiore accesso al lavoro agile, abbandonando una visione "assistenzialista" del lavoro agile.

L'obiettivo di lungo periodo, oltre il triennio, che l'Azienda ULSS 5 si prefigge è quello di poter riconoscere lo SW a tutti i dipendenti che ne facciano richiesta (nel limite delle attività cosiddette "smartabili"), alternando il personale in presenza e in lavoro agile, garantendo, in ogni caso, la prevalenza dell'attività in presenza presso la sede aziendale.

Il monitoraggio e la valutazione finale dell'attività svolta in modalità di lavoro agile dovrà essere effettuata dai Direttori di Struttura responsabili e avverrà attraverso la verifica dei risultati, parametrati ad un criterio di ragionevolezza, pertanto adeguati al tipo di attività svolta. Saranno, inoltre individuati specifici indicatori per il personale che opererà in modalità agile al fine di operare un'adeguata valutazione della performance aziendale.

Le modalità di resa della prestazione lavorativa previste dalla bozza di Regolamento sono:

- il Lavoro Agile, con la definizione delle fasce di contattabilità, di non reperibilità e inoperabilità;
- il Lavoro da Remoto in postazioni lavorative diverse da quelle nella sede di assegnazione.

3.2.2 Criticità legate al luogo di svolgimento dell'attività in modalità agile

Il lavoro agile per definizione è caratterizzato dall'assenza di vincoli di luogo di esecuzione della prestazione lavorativa, tuttavia, l'Azienda ULSS 5 ha ritenuto di indicare nella bozza di Regolamento la residenza o il domicilio del dipendente come luogo di preferenza nello svolgimento dell'attività o in alternativa un luogo che sia idoneo ad assicurare il rispetto delle prescrizioni di sicurezza in materia di trattamento dei dati personali (GDPR 679/2016) e di sicurezza del luogo di lavoro (D.Lgs 81/2008).

3.2.3 Formazione per lavoro agile

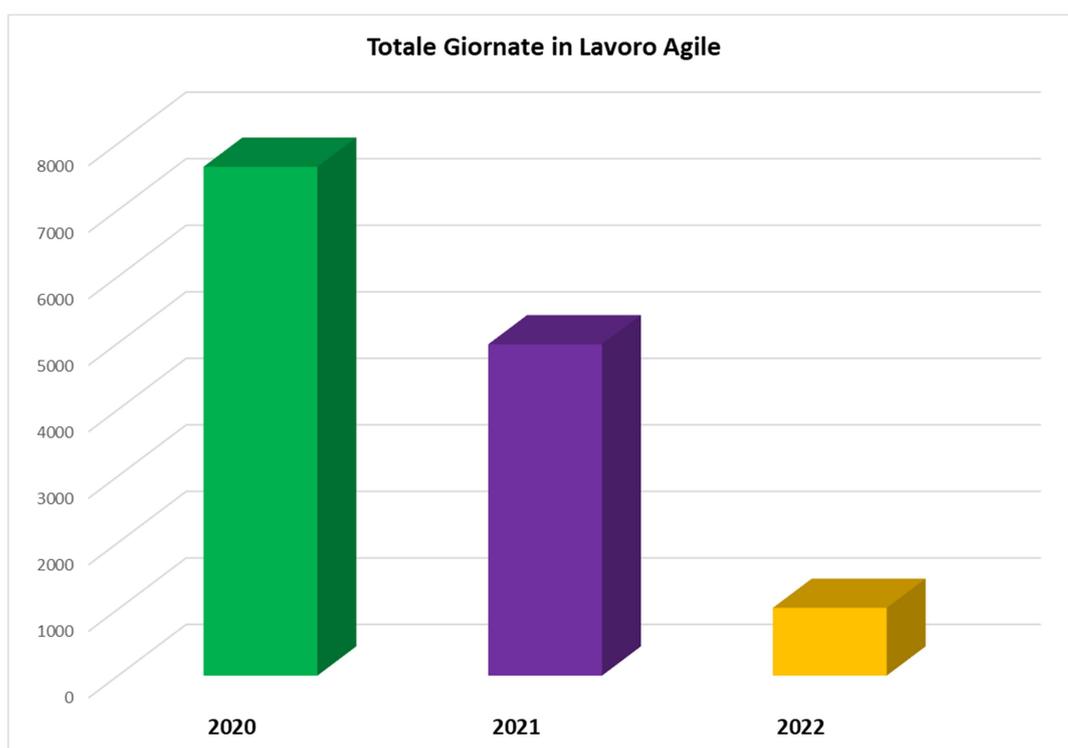
La futura implementazione del lavoro agile in Azienda comporterà necessariamente il coinvolgimento di numerosi soggetti e la formazione svolgerà un ruolo fondamentale nella corretta realizzazione del progetto.

Il Polo Formativo aziendale verrà pertanto coinvolto nella programmazione di eventi formativi sia per i Dirigenti che dovranno gestire lo SW con modalità innovative rispetto a quanto avvenuto durante la pandemia, sia per i collaboratori impegnati in attività lavorative agili, in modo da imparare a quantificare e programmare le attività per legarle a precisi obiettivi e sistemi di misurazione.

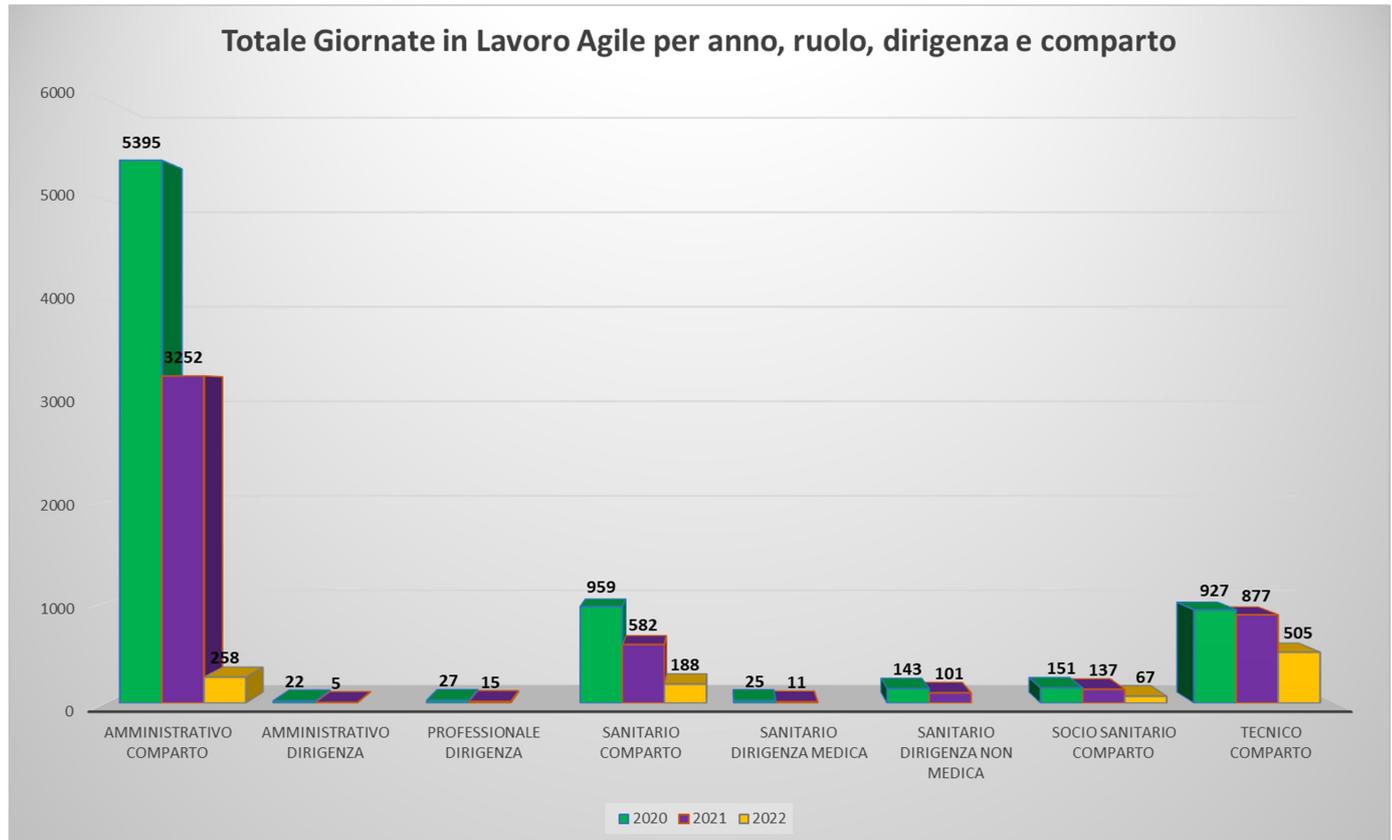
La formazione dovrà quindi coinvolgere le figure aziendali a diversi livelli. Saranno coinvolti i dipendenti interessati per addestrarli all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione, nonché per diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni. Saranno coinvolti anche le figure aziendali preposte alla valutazione dei rischi connessi allo svolgimento delle prestazioni lavorative al di fuori dell'usuale ambiente di lavoro e gli addetti ai sistemi informativi al fine di potenziare le capacità relative alla creazione di nuovi strumenti per rendere maggiormente efficiente la modalità di lavoro agile e di lavoro da remoto.

Si inseriscono, di seguito, alcuni grafici che illustrano l'andamento dell'utilizzo del lavoro agile nel triennio 2020-2022, tenendo presente che dopo la chiusura della fase finale dell'emergenza sanitaria da Covid-19, l'accesso al lavoro agile ha interessato principalmente la categoria dei lavoratori cosiddetti "fragili".

Totale giornate Lavoro Agile suddivise per anno di riferimento



Totale giornate Lavoro Agile suddivise per anno, ruolo, comparto e dirigenza



Suddivisione giornate in Lavoro Agile suddivise per anno e Area

2020	
Dipartimento Chirurgico	135
Dipartimento di Prevenzione	99
Dipartimento Salute Mentale	19
Distretto 1 di Rovigo	564
Distretto 2 di Adria	213
Funzione Ospedaliera	630
Funzione Territoriale	424
Servizi Prof.li Tecnici Amm.vi	4141
Staff della Direzione Aziendale	1424
TOTALE	7649

2021	
Dipartimento Chirurgico	76
Dipartimento di Prevenzione	67
Dipartimento Urgenza-Emergenza	4
Distretto 1 di Rovigo	270
Distretto 2 di Adria	100
Funz Osp-Ospedali RO TR AD	1
Funzione Ospedaliera	738
Funzione Territoriale	187
Servizi Prof.li Tecnici Amm.vi	2536
Staff della Direzione Aziendale	1001
TOTALE	4980

2022	
Dipartimento di Prevenzione	66
Distretto 1 di Rovigo	2
Funzione Ospedaliera	372
Funzione Territoriale	125
Servizi Prof.li Tecnici Amm.vi	248
Staff della Direzione Aziendale	205
TOTALE	1018

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

L'art. 6, c. 2 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., prevede che al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza economica e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottino 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 Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D. Lgs. n. 165/2001.

La Regione Veneto con la DGRV n. 677 del 15.05.2018 ha fornito le procedure e le tempistiche per l'adozione e l'approvazione dei PTFP da parte delle Aziende ed enti del SSR della Regione Veneto, prevedendo la presentazione del piano entro il 30 novembre di ogni anno al fine di garantire il successivo percorso autorizzatorio.

L'art. 6, c. 1, del D.L. 80/2021, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, prevede che, per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, entro il 31 gennaio di ogni anno le Pubbliche Amministrazioni adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Con riferimento all'adozione del Piano triennale dei fabbisogni del personale, per effetto dell'articolo anzidetto, esso è confluito nel PIAO, quale strumento unico di coordinamento che mette in correlazione la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla programmazione strategica dell'ente e alle strategie di valorizzazione del capitale umano.

L'Unità Operativa Complessiva Gestione Risorse Umane svolge un ruolo fondamentale nel governo dei processi di acquisizione delle figure professionali necessarie all'Azienda per il raggiungimento dei propri obiettivi e risultati in termini di prodotti e servizi.

3.3.1 Il personale

La tabella seguente descrive la consistenza del personale dipendente e non dipendente dell'Azienda ULSS 5 Polesana, suddiviso per ruolo professionale.

PERSONALE - Dipendenti e non dipendenti, per ruolo professionale, alla data del 31/12/2022.

PERSONALE DIPENDENTE	
Area Sanità dirigenza Medico/Veterinaria	453
Area Sanità dirigenza Sanitaria	64
Ruolo Professionale Dirigenza	5
Ruolo Tecnico Dirigenza	4
Ruolo Amministrativo Dirigenza	10
Ruolo Tecnico Comparto	701
Ruolo Amministrativo Comparto	301
Ruolo Sanitario Comparto	1.751
TOTALE:	3.289

PERSONALE NON DIPENDENTE	
<u>Collaboratori Libera Professionale di cui:</u>	
Dirigenza Medica	69
Dirigenza Sanitaria Non Medica	10
<u>CO.CO.CO. di cui:</u>	
Dirigenza Medica Specializzandi	13
Dirigenza Medica Quiescienza	7
Comparto Sanitario	34
<u>Borsa di Studio di cui:</u>	
Comparto Sanitario	1
TOTALE:	134

3.3.2 Programmazione strategica delle risorse umane

Il piano triennale 2023-2025 del fabbisogno di personale è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n.88 del 25.01.2023 e di seguito vengono riportati i relativi documenti:

Allegato A consistente in:

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025

Tabella B – Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2023

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2024

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2025

Allegato B Relazione Sintetica

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

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI							
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie
				-	-	-	-	-	-	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	-	-	-
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	416,30	92,00	€ 47.603.689,76	€ 40.976,87	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.100.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ -	€ 3.832.254,67
	Dirigenza veterinaria	S	28,00	0,00	€ 3.044.768,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	62,25	6,13	€ 4.911.149,56	€ 78.893,97	€ -	€ -	€ -	€ 125.000,00	€ -	€ -	€ 175.000,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	19,00	0,00	€ 1.872.257,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		525,55	98,13	€ 57.431.865,44	€ 119.870,84	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ 175.000,00	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.341,97	0,00	€ 56.926.285,70	€ 110.126,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	186,31	0,00	€ 7.840.790,39	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	128,45	0,00	€ 4.715.152,93	€ 539.801,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	55,67	0,00	€ 2.148.161,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	516,96	0,00	€ 15.137.806,56	€ 426.494,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	178,81	18,38	€ 6.243.276,14	€ 701.865,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 799.621,73
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	290,94	0,00	€ 10.352.309,36	€ 219.034,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.699,11	18,38	€ 103.363.782,80	€ 1.997.322,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 799.621,73
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.224,66	116,51	€ 160.795.648,24	€ 2.117.192,97	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ 175.000,00	€ -	€ 4.631.876,40

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

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

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI							
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	-	-	-	-	-
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P
				€ 160.795.648,24		€ 978.866,56			€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85		2.034.217,85			
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	416,30	92,00	€ 47.603.689,76	€ 40.976,87	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.100.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ -	€ 3.832.254,67
	Dirigenza veterinaria	S	28,00	0,00	€ 3.044.768,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	62,25	6,13	€ 4.911.149,56	€ 78.893,97	€ -	€ -	€ -	€ 125.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 175.000,00	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	19,00	0,00	€ 1.872.257,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		525,55	98,13	€ 57.431.865,44	€ 119.870,84	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ 175.000,00	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.341,97	0,00	€ 56.926.285,70	€ 110.126,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	186,31	0,00	€ 7.840.790,39	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	128,45	0,00	€ 4.715.152,93	€ 539.801,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	55,67	0,00	€ 2.148.161,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	516,96	0,00	€ 15.137.806,56	€ 426.494,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	178,81	18,38	€ 6.243.276,14	€ 701.865,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 799.621,73
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	290,94	0,00	€ 10.352.309,36	€ 219.034,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.699,11	18,38	€ 103.363.782,80	€ 1.997.322,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			3.224,66	116,51	€ 160.795.648,24	€ 2.117.192,97	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ 175.000,00	€ 4.631.876,40

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

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

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie		
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010	CON SPECIFICO FINANZIAMENTO ³	-	-				
				€ 160.795.648,24	€ 978.866,56	€	€	€	€ 4.225.000,00	€	€	€ 2.034.217,85	€	€	€		
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	416,30	92,00	€ 47.603.689,76	€ 40.976,87	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.100.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ -	€ -	€ 3.832.254,67	
	Dirigenza veterinaria	S	28,00	0,00	€ 3.044.768,84	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	62,25	6,13	€ 4.911.149,56	€ 78.893,97	€ -	€ -	€ -	€ 125.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 175.000,00	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	19,00	0,00	€ 1.872.257,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		525,55	98,13	€ 57.431.865,44	€ 119.870,84	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ 175.000,00	€ -	€ 3.832.254,67	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/osetrico	S	1.341,97	0,00	€ 56.926.285,70	€ 110.126,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	186,31	0,00	€ 7.840.790,39	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	128,45	0,00	€ 4.715.152,93	€ 539.801,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	55,67	0,00	€ 2.148.161,72	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	T	516,96	0,00	€ 15.137.806,56	€ 426.494,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	178,81	18,38	€ 6.243.276,14	€ 701.865,04	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 799.621,73	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	290,94	0,00	€ 10.352.309,36	€ 219.034,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.699,11	18,38	#####	€ 1.997.322,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 799.621,73		
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.224,66	116,51	€ 160.795.648,24	€ 2.117.192,97	€ 978.866,56	€ -	€ -	€ 4.225.000,00	€ 1.874.217,85	€ -	€ 160.000,00	€ 175.000,00	€ -	€ 4.631.876,40		

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023

Azienda 505 - Polesana

	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	571	1	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	30	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	81	1	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	21	1	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			703	3	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.367	3	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	196	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	116	16	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	59	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	T	492	16	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	158	17	0	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	288	9	0	0	0
TOTALE PERSONALE COMPARTO			2.676	61	0	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			3.379	64	0	0	0

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

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

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

Il Direttore Generale

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023

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

Attività da internalizzare (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)						
Azienda 505 - Polesana				Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € -		
				DIPENDENTI		
		Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
					€ -	€ -
				A	B	C
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica		S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria		S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria		S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA		PTA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			0,00	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico		S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario		S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione		S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione		S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario		S	0,00	€ -	€ -
	OSS/OTAA		T	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)		T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale		PA	0,00	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO			0,00	€ -	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			0,00	€ -	€ -	

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024

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

Attività da internalizzare (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)					
Azienda 505 - Polesana				Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € -	
				DIPENDENTI	
	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
			A	B	C
				€ -	€ -
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			0,00	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			0,00	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			0,00	€ -	€ -

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025

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

Attività da internalizzare (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)					
Azienda 505 - Polesana				Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati € -	
				DIPENDENTI	
Macroprofili		Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
				€ -	€ -
		A		B	C
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			0,00	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO			0,00	€ -	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			0,00	€ -	€ -

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

ALLEGATO B)



UOC Gestione Risorse Umane
Direttore: Dott.ssa Patrizia Davi
Responsabile del procedimento: Dott.ssa Patrizia Davi
Ufficio Gestione Giuridica del Personale
Tel. 0425/393690 - Fax 0425/393967
e-mail: patrizia.davi@aulss5.veneto.it

Oggetto: Riformulazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2023 - 2025 e Dotazione Organica – Relazione sintetica.

In relazione alla richiesta della Regione Veneto prot. n. 593707 del 22.12.2022, si precisa quanto di seguito.

Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per gli anni 2023 - 2025 e Dotazione Organica dell'Azienda ULSS 5 Polesana di cui alla DGRV n. 677 del 15.05.2018.

La Direzione Aziendale, sulla base del PTFP anno 2022, come sopra aggiornato, e di una complessiva analisi dei compiti istituzionali in termini di obiettivi, competenze, attività e professionalità e della consistenza del personale in servizio, ha valutato, per gli anni 2023-2025, una revisione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale, quale strumento che individua, in termini qualitativi e quantitativi, le risorse umane necessarie a garantire i livelli di assistenza che l'Azienda ULSS 5 Polesana è tenuta ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati, nonché l'adeguamento della dotazione organica, quale strumento che individua il personale con rapporto di lavoro dipendente.

Sulla scorta delle indicazioni regionali è stato pertanto redatto il PTFP anni 2023 – 2025 compatibile con gli attuali obiettivi di costo come segue:

€ 160.795.648,24 per il costo del Personale Dipendente – Bilancio Sanitario;

€ 4.225.000,00 per gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)

€ 2.034.217,85 per il costo degli Incarichi art. 7. c. 6 del D. Lgs. 165/2001 e il costo delle consulenze ex art. 17, comma 2, CCNL del 19.12.2019;

Per quanto riguarda il costo degli Incarichi art. 7. c. 6 del D. Lgs. 165/2001 della Dirigenza Sanitaria, dotati di specifico finanziamento pari ad € 175.000,00 si evidenzia il riferimento ai seguenti progetti:

- Sviluppo dei Consulenti Familiari Pubblici, finanziato con DGR n. 1981 del 21.12.2018;
- Piano per contrastare il Gioco d'azzardo Patologico, finanziato con DGR n. 913/2020;
- Alzheimer. Sostegno e Formazione: per capirli di più, per capirli di più, finanziato dalla CARIPARO.

Il fabbisogno per il personale dipendente riguarda sia il Personale Dirigente, a fronte di unità cessate negli ultimi anni e non sostituite a causa delle difficoltà anzidette, il cui turn over è già stato autorizzato dalla Regione Veneto, sia il Personale del Comparto in prevalenza già autorizzato, necessario per l'erogazione dei LEA, delle prestazioni essenziali e delle prestazioni che l'Azienda è tenuta ad erogare in relazioni ai compiti istituzionali e agli obiettivi fissati.

AREA DIRIGENZA

Relativamente al personale della Dirigenza Sanitaria, la rilevazione effettuata tiene conto degli strumenti di programmazione: PSSR approvato con L.R. 28.12.2018 n. 48, della DGRV n. 614 del 14.03.2019 di approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie intermedie delle Aziende ULSS, degli standard di personale per livello di assistenza definiti a livello regionale, con appositi provvedimenti di Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 8 della citata L.R. n. 23/12 e dell'art. 23 della L.R. n. 19/2016. Tra questi si evidenziano i provvedimenti che definiscono le risorse umane necessarie minime per realizzare l'attività programmata:

- Personale di assistenza nelle aree di degenza ospedaliera;
- Personale Dirigente Medico nelle aree ospedaliere dei servizi;
- Personale nelle strutture intermedie;
- Personale nei Distretti, nel Dipartimento di Prevenzione e di Salute Mentale.

La difficoltà sempre più pregnante di reclutare personale medico ha reso necessario, soprattutto nel periodo emergenziale, il ricorso frequente a professionisti esterni con contratti di lavoro autonomo ed ad appalti di servizi, al fine di garantire la continuità dei servizi (in particolare dei servizi di guardia) ed evitare il conseguente rischio di forte riduzione/interruzione temporanea di pubblico servizio

La Dotazione Organica è stata aggiornata, tenendo conto del fabbisogno di personale dipendente indispensabile per il funzionamento dell'Azienda che si prevede di acquisire in relazione al turn over, alle autorizzazioni regionali rilasciate e alle prenotazioni ai concorsi indetti da Azienda Zero, in particolare per l'Area Medica

Si evidenziano, pertanto, gli ambiti sui quali si è reso necessario rivedere la dotazione al fine di garantire un'adeguata sostenibilità organizzativa:

Area Ortopedica: l'aumento di dotazione organica è stato necessario per assicurare una revisione organizzativa in grado di garantire la presa in carico delle fratture di femore secondo gli standard regionali e nazionali (48 ore al Massimo per l'intervento chirurgico), inoltre è stata fatta un'analisi da cui sono derivate le necessità di medici per garantire il punto guardia, le attività ambulatoriali, le sedute operatorie e le consulenze ospedaliere. Le due unità operative si sono impegnate a garantire le visite ambulatoriali presso i punti sanità del territorio.

Area Medica Generalista: è stato previsto un potenziamento della dotazione di personale allo scopo di spostare le attività di guardia, in particolare presso la sede di Rovigo, sulla Medicina e sulla Geriatria, alleggerendo di conseguenza le medicine specialistiche, come da DGR 245 del 2017. Inoltre per quanto riguarda la Geriatria è stato previsto un supporto ortogeriatrico per migliorare la presa in carico dei pazienti con frattura di femore ricoverati in ortopedia. Per quanto concerne la Medicina di Adria così come quella di Trecenta la dotazione è stata adeguata alla necessità di garantire il punto guardia, l'assistenza ai 60 posti letto e le attività ambulatoriali.

Area Medica Specialistica: la revisione della dotazione di personale è stata attuata in conseguenza di mutate esigenze delle singole unità operative e derivante dalla necessità di garantire le prestazioni ambulatoriali sulle tre sedi ospedaliere oltre che sul territorio e considerato che le stesse devono conciliarsi con le esigenze di gestione dei posti letto, delle consulenze al pronto soccorso e alle altre unità operative. Una particolare attenzione è stata riservata alla UOC Malattie Infettive date le necessità di supporto consulenziale ai pazienti affetti da Covid 19 sia ricoverati che gestiti sul territorio, così come dalle attività previste dal PNCAR.

Area Chirurgica: è stato previsto un lieve adeguamento della dotazione per garantire le attività chirurgiche d'urgenza e di elezione, ivi compresa la sede di Trecenta.

Area Riabilitativa; la dotazione è stata aumentata visto il potenziamento dell'offerta, in particolare per quanto concerne la sede di Trecenta, dove si è provveduto alla riattivazione delle degenze riabilitative e al raddoppio dell'attività ambulatoriale. Per quanto riguarda la sede di Adria, nel corso del 2022 l'offerta riabilitativa è stata rivista con l'apertura di una riabilitazione cardiologica che è andata ad associarsi a quella neuro-ortopedica già esistente.

Area Radiologica (compresa quella interventistica): la revisione della dotazione di organico è motivata dalle diverse specializzazioni dei singoli medici radiologi che a loro volta corrispondono ad esigenze diagnostiche sempre più raffinate e alla necessità di utilizzare attrezzature sempre più complesse. Per cui è necessario avvalersi di professionisti specificatamente addestrati in relazione alle attrezzature di cui l'Azienda dispone e all'offerta diagnostica.

Area Urgenza/Emergenza (Pronto Soccorso, Suem 118 e Anestesia e Rianimazione): si evidenzia che l'attuale situazione ha richiesto il ricorso all'esternalizzazione parziale dei servizi allo scopo di garantire la continuità degli stessi. È utile inoltre sottolineare che l'avvento del COVID ha richiesto una revisione del percorso dei pazienti, con duplicazione rispetto a quello pulito, e con conseguente necessità di personale dedicato. Nel corso del 2022 si è provveduto ad una revisione organizzativa del

SUEM 118, che ha coinvolto il personale il quale precedentemente costituiva un'area omogenea con il Pronto Soccorso. Tale scelta ha potenziato e migliorato le attività della Centrale Operativa Provinciale.

PERSONALE DEL COMPARTO

In riferimento al fabbisogno di personale del comparto si fa presente che il verificarsi dello stato epidemico da Covid-19 ha avuto delle ricadute in termini di risorse umane, strumentali e strutturali in tutti gli ambiti aziendali, dai setting assistenziali ospedalieri e territoriali alla prevenzione, rideterminando pertanto il relativo fabbisogno.

Inoltre le misure messe in atto per farvi fronte sono state oggetto di costante modifica, in maniera sempre più appropriata, allo scenario epidemiologico tenuto conto delle indicazioni e direttive regionali e nazionali che si sono susseguite.

Nello specifico, presso il PO di Trecenta, sono state ripristinate in modo progressivo la degenza di area medica, di ospedale di Comunità e la ripresa dell'attività chirurgica con la riattivazione della Week Surgery, mantenendo inoltre, considerato il numero di ricoveri attualmente in corso e che è prevedibile possa mantenersi nel tempo, una sezione di degenza di malattie infettive per i ricoveri da Covid-19.

Contestualmente si è provveduto a dar seguito al recupero delle liste d'attesa, in particolare per il ripristino delle sedute operatorie e della specialistica ambulatoriale.

A livello ospedaliero la riorganizzazione attualmente messa in atto, considerata la cessazione dello stato di emergenza, ma comunque il protrarsi del rischio di contagio da Covid-19, è la seguente:

Presidio di Trecenta: rimodulazione della degenza di area medica con mantenimento di 26 PL dedicati, riattivazione attività chirurgica con riapertura dei PL di Week Surgery di rianimazione e ripresa dell'attività di sala operatoria, di mantenimento del Pronto Soccorso in PPIT nonché la prossima apertura della degenza riabilitativa;

Presidio di Rovigo: mantenimento delle attività previste in tutte le discipline mediche, medico-specialistiche e ripresa dell'intera attività chirurgica, secondo quanto previsto dalle schede ospedaliere;

Presidio di Adria: mantenimento delle attività previste in tutte le discipline mediche, medico-specialistiche e ripresa dell'intera attività chirurgica, secondo quanto previsto dalle schede ospedaliere.

L'aggiornamento del fabbisogno di personale ha tenuto conto delle seguenti revisioni/rimodulazioni organizzative, delle nuove attivazioni di servizi, come da tabella 1, e nel dettaglio:

Nuove strutture attivate dal 2018 al 2022			
	INF	OSS	NOTE
Week surgery Rovigo	6	3	Adeguamento schede ospedaliere DGRV 614/2019
URT Adria	7	10	Adeguamento schede ospedaliere DGRV 614/2019
Hospice Adria	5	4	Adeguamento schede ospedaliere DGRV 614/2019
MFR di Trecenta	8	8	Inizialmente 10 p.l. per arrivare ai 26
Chirurgia Rovigo	2		2 unità infermieristiche per pdta
Corso di Laurea Adria	4	2	Apertura CdL Ferrara sede di Adria
Pediatria Adria	4		Attivazione turno notturno
Infermiere di famiglia	2		Attivazione secondo DGR 782/2020
ODC Adria	9	10	Adeguamento schede ospedaliere DGRV 614/2019
	47	37	

Tabella 1

Diagnostica di Laboratorio

L'offerta diagnostica di laboratorio, risulta essere piuttosto strutturata e stabile, in seguito alle razionalizzazioni già effettuate negli ultimi anni, pertanto non si prevedono scostamenti rispetto all'organico in essere. Il proseguimento di una cospicua attività covid-correlata non permette riduzioni di personale, anzi come Microbiologia è stato incrementato il volume di attività erogata, alla luce del rientro di prestazioni prima inviate verso laboratorio extra ULSS.

Farmacia Ospedaliera

Per quanto riguarda la UOC Farmacia, per la preparazione di chemioterapici, è stato incrementato l'organico TSLB assegnato che ha in parte sostituito il personale infermieristico.

Diagnostica d'Immagine

Il progressivo aumento dell'attività diagnostica d'immagine presso la sala operatoria "ibrida" richiede il potenziamento con 1 unità TSRM recuperata dalla Radiologia Tradizionale.

Il personale TSRM aggiuntivo acquisito durante la fase pandemica, risulta ad oggi necessario per garantire le linee diagnostiche quali RM e TAC, nonché per poter incrementare l'eventuale potenziamento della diagnostica RX domiciliare.

Degenza Riabilitativa di Trecenta

Stante la previsione della prossima attivazione di tale degenza riabilitativa, dove è prevista la progressiva apertura di 26 posti letto, attualmente per garantire l'attivazione dei primi 10, per la copertura assistenziale è prevista una dotazione di 8 infermieri, di cui un Coordinatore infermieristico, ed 8 OSS.

Avvio procedura per conversione profilo da OSS a OTS

Considerato il progressivo e continuo aumento delle unità OSS con limitazioni/inidoneità temporanee o permanenti (che dall'ultima ricognizione coinvolge più di 60 unità su una dotazione presente pari a 512 unità), che non possono più essere adibite ad attività di assistenza diretta al paziente, si chiede di riavviare le procedure per il cambio profilo da OSS a OTS. Si precisa che le stesse vengono già

impiegate in attività corrispondenti al profilo di OTS e che nel 4° trimestre 2022 si è richiesta una prima trince di conversione di 10 unità.

Sviluppo assistenza territoriale

In merito all'attività del Distretto come indicato dal D.M. 77/2022 è previsto un rafforzamento delle stesse con l'attivazione e/o l'espansione di nuovi servizi, quali le case della comunità, gli ospedali di comunità, gli infermieri di famiglia e di comunità, le Unità di Continuità assistenziale, le cure domiciliari, le cure palliative, la COT.

Dovrà pertanto essere prevista l'acquisizione di risorse umane in relazione all'implementazione dei servizi sopra descritti.

Attività riabilitativa Sanità Penitenziaria e UOC Cure Primarie Distretti 1 e 2

Come deliberato dalla Regione Veneto, presso la Casa Circondariale di Rovigo, sono previsti in dotazione organica due fisioterapisti per garantire i trattamenti riabilitativi ai detenuti.

Si fa presente che allo stato attuale non vi sono fisioterapisti assegnati alle UOC di Cure Primarie, e pertanto non risulta possibile garantire i trattamenti riabilitativi, le valutazioni relative ai presidi da assegnare a domicilio (valutazione ambientale, barriere architettoniche), nonché l'addestramento all'uso degli stessi (sollevatori, deambulatori ecc.). Per garantire queste attività è necessario prevedere un fisioterapista per Distretto.

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la macrostruttura aziendale che ha il compito di erogare il livello essenziale di assistenza "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che comprende attività di profilassi delle malattie infettive e parassitarie, tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, tutela igienico-sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro, sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale, tutela della salute nelle attività sportive ed in forma congiunta e trasversale attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie cronico-degenerative.

Per quanto sopra, al fine di garantire le prestazioni previste dalle varie linee di lavoro afferenti alle unità operative del Dipartimento di Prevenzione risulta necessario mantenere e consolidare almeno l'organico storicamente presente, incrementandolo con ulteriori unità al fine di dar corso, in parte, alle attività Covid correlate e supportare le nuove unità operative previste dall'ultimo atto aziendale (es. UOSD Epidemiologia).

Infine, relativamente all'aspetto legato al Covid si sono resi necessari gli incrementi come sintetizzati in tabella 2 sotto riportata.

COVID			
	INF	OSS	NOTE
Day Hospital Rovigo	3		Per tamponi covid preoperatori
Malattie infettive Rovigo	4	1	Adeguamento organico per emergenza Covid
Pronto Soccorso Rovigo	5	7	Incremento per turno covid e pre triage
Pronto Soccorso Adria	3		Incremento per pre triage
Distretto 1 Rovigo	8		Incremento per attività covid correlate territorio
Distretto 2 Adria	8		Incremento per attività covid correlate territorio
Covid 3	18	12	Trasformazione dell'U.O. di Medicina in reparto COVID a Trecenta
	49	20	

Tabella 2

Per quanto riguarda il personale amministrativo/tecnico è stata aggiornato il rapporto "FTE dipendenti annui", in relazione alla programmazione delle assunzioni per garantire il livello di prestazioni essenziali dei servizi amministrativi, e in applicazione della Convenzione di Programma ex L. 68/99 e s.m.i.

A fronte delle numerose cessazioni di personale tecnico/amministrativo già intervenute e che interverranno nel prossimo triennio, si segnala la necessità di garantire il turn over e di sostenere i servizi amministrativi, sia in relazione alle prestazioni istituzionali da erogare, alle necessità del front/office, che per l'applicazione delle nuove disposizioni conseguenti, in particolare, agli adempimenti correlati all'emergenza sanitaria COVID 19, nonché per l'espletamento di funzioni rimaste in capo all'Azienda.

Costo degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) ANNO 2023 e successivi

Previsione dirigenza Medica (SAI) € 4.100.000,00

Previsione dirigenza Sanitaria (psicologi) € 125.000,00

FTE SAI anno 2023 = 45,11

FTE psicologi anno 2023 = 1,32

In particolare per quanto riguarda la **dirigenza sanitaria (Psicologi)** si precisa che, con nota prot. n.315817 del 15.07.2022 la Regione Veneto ha autorizzato e per il Dipartimento per le Dipendenze e per la Sanità Penitenziaria, le seguenti richieste:

- 1) Psicologo Psicoterapia a tempo indeterminato n. 6 ore settimanali (già incaricato nell'anno 2022 presso la Casa Circondariale come sopra indicato).
- 2) Psicologo Psicoterapia a tempo determinato n. 6 ore settimanali da assegnare alla UOC SER.D.

Per quanto riguarda la **dirigenza medica (SAI)** si precisa quanto segue:

Con medesima nota prot. n.315817 del 15.07.2022 la Regione Veneto ha inoltre autorizzato l'acquisizione di SAI - Medicina Interna a tempo indeterminato n. 20 ore settimanali presso la Casa Circondariale di Rovigo. Incarico ancora da attribuire.

Relativamente alle **Tabelle allegate anni 2023-2025** nella colonna "Altre Tipologie", sono stati riportati i seguenti valori corrispondenti a:

€ 3.832.254,67 Area Dirigenza Medica per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.: servizio di medicalizzazione del 118 Ospedali di Trecenta ed Adria, servizio di assistenza medica di supporto all'UOC di Pronto Soccorso di Rovigo, UOC Pediatria Rovigo-Adria, UOC Ostetricia e Ginecologia Adria e UOC Ortopedia e Traumatologia Rovigo e Adria;

€ 799.621,73 Personale del Comparto - Altro Personale Tecnico per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.:

- integrazione del servizio Contact Center con attività di back office e front office e dell'attività di accettazione amministrativa presso I centri prelievi ospedalieri;
- servizio recupero cani vaganti, cani e gatti feriti sul territorio dell'ULSS 5 Polesana;
- servizio di accompagnamento pazienti per emergenza COVID;
- servizi di portineria.

Per quanto riguarda la Tabella C si sta analizzando la possibilità di reinternalizzazione del servizio di accompagnamento pazienti, nonché la proroga per il 1° semestre 2023.

Infine, relativamente alla compatibilità con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'Azienda, nel rispetto degli obiettivi di costo fissati dalla normativa vigente, si precisa che l'Azienda gestirà la programmazione e l'attuazione dei Piani Assunzioni nell'ambito del tetto di costo fissato dalla Regione Veneto.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Patrizia Simionato

3.3.3 Formazione del personale

La formazione aziendale rientra nelle strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo che attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA) quale strumento fondamentale per la pianificazione, la programmazione, la realizzazione e la gestione della formazione rivolta ai professionisti dell'Azienda, si pone come ponte di congiunzione tra l'attenzione alla persona assistita e i suoi bisogni di salute e la valorizzazione delle risorse umane. Tramite la formazione, l'Azienda incrementa le competenze degli operatori della salute contribuendo alla crescita professionale e personale dei dipendenti favorendo la fidelizzazione dei dipendenti.

Il PFA prevede tematiche di rilevanza strategica relative alla formazione sui temi della sicurezza, gestione dello stress e benessere lavorativo, prevenzione della corruzione, obiettivi regionali e/o nazionali e corsi di sviluppo professionale richiesti dalle strutture dedicati a specifiche tematiche.

Il PFA si compone di n. 275 eventi formativi (di cui 246 accreditabili ECM) che verranno svolti con le seguenti modalità:

- n. 171 in formazione residenziale
- n. 91 in formazione sul campo
- n. 13 in formazione a distanza sincrona o asincrona.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2023 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 1449 del 30/11/2022.

4 MONITORAGGIO

Le attività, gli strumenti, le modalità di monitoraggio e i soggetti responsabili sono riportati nelle singole sezioni di cui si compone il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione e fanno riferimento a quanto previsto dalla normativa. Se ne riporta di seguito uno schema riepilogativo.

Sezione	Strumenti e soggetti responsabili	Modalità come da riferimenti normativi
Valore pubblico e Performance	- Rilevazioni di soddisfazione degli utenti (PREMS, PARIS) - Rilevazione di soddisfazione del personale (Clima interno)	DGR 49/2022
	Risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione (sistema di reporting, valutazione sullo stato di avanzamento degli obiettivi aziendali) da parte dell'Organismo indipendente di valutazione	- Art. 6 D.Lgs. N.150/2009 - Allegato A della DGR 140/2016, pag. 17
	Relazione sulla performance, validata dell'Organismo indipendente di valutazione	- Art. 10, comma 1, lett. b), D.Lgs. N.150/2009 - Allegato A della DGR 140/2016, pag. 18-20
Rischi corruttivi e trasparenza	Il monitoraggio avviene secondo le indicazioni di ANAC, da parte del RPCT e dei referenti aziendali individuati	Specifiche indicazioni ANAC
Organizzazione e capitale umano	Il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dall'Organismo indipendente di valutazione	- Art. 14 D.Lgs. N.150/2009 - Allegato A della DGR 140/2016, pag. 10