

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

PIAO 2024-2026

Piano Integrato di Attività e Organizzazione



SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	4
1.1 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE.....	6
1.2 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA	12
1.2.1 ATTIVITÀ OSPEDALIERA - PRONTO SOCCORSO	12
1.2.2 ATTIVITÀ OSPEDALIERA – INTERVENTI.....	14
1.2.3 ATTIVITÀ OSPEDALIERA - RICOVERI.....	16
1.3 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA DISTRETTUALE.....	18
1.3.1 ATTIVITÀ TERRITORIALE - SPECIALISTICA AMBULATORIALE	19
1.3.2 ATTIVITÀ TERRITORIALE - STRUTTURE INTERMEDIE	21
1.3.3 ATTIVITÀ TERRITORIALE - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI).....	24
1.3.4 ATTIVITÀ TERRITORIALE – SALUTE MENTALE.....	25
1.3.5 ATTIVITÀ TERRITORIALE – ASSISTENZA PRIMARIA.....	26
1.4 LIVELLO ESSENZIALE DI PREVENZIONE	27
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	28
2.1 VALORE PUBBLICO.....	29
2.2 PERFORMANCE.....	34
2.2.1 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	34
2.2.2 GLI OBIETTIVI REGIONALI: LA GOVERNANCE DEL SISTEMA	38
2.2.3 GLI OBIETTIVI AZIENDALI: L'INTEGRAZIONE.....	44
2.2.4 GLI OBIETTIVI PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITÀ E L'EQUILIBRIO DI GENERE: IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	53
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	56
2.3.1 PRINCIPI CHIAVE DEL PTPCT 2024 E LE PRINCIPALI AZIONI PER IL PROSSIMO TRIENNIO	58
2.3.2 LE AZIONI GENERALI	58
2.3.3 CONTESTO LOCALE ESTERNO	59
2.3.4 CONTESTO INTERNO	61
2.3.5 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO IN COLLABORAZIONE CON INTERNAL AUDITING.....	66
2.3.6 AREE DI RISCHIO SPECIFICHE.....	68

2.3.7	MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	70
SEZIONE 3.	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	89
3.1	STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	90
3.1.1	ORGANIGRAMMA.....	90
3.1.2	I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA	98
3.1.3	AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE	99
3.2	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	101
3.3	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	104
3.3.1	RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE.....	104
3.3.2	PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE	106
3.3.3	FORMAZIONE DEL PERSONALE	122
SEZIONE 4.	MONITORAGGIO.....	125

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 rappresenta un atto di pianificazione aziendale e 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 il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il Piano della Performance, il Piano triennale del Fabbisogno del personale e il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA). Il PIAO ha validità triennale e deve essere aggiornato e adottato ogni anno.

SEZIONE 1. **SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE**





SCHEDA ANAGRAFICA

Sede Legale: Via Tre Martiri 89 - 45100

Codice Fiscale: 01013470297

Data Costituzione: 01/01/2017 (L.R. n.19 del 25/10/2016)

PEC: protocollo.aulss5@pecveneto.it

Sito WEB: <https://www.aulss5.veneto.it/>

Direttore Generale: Patrizia Simionato



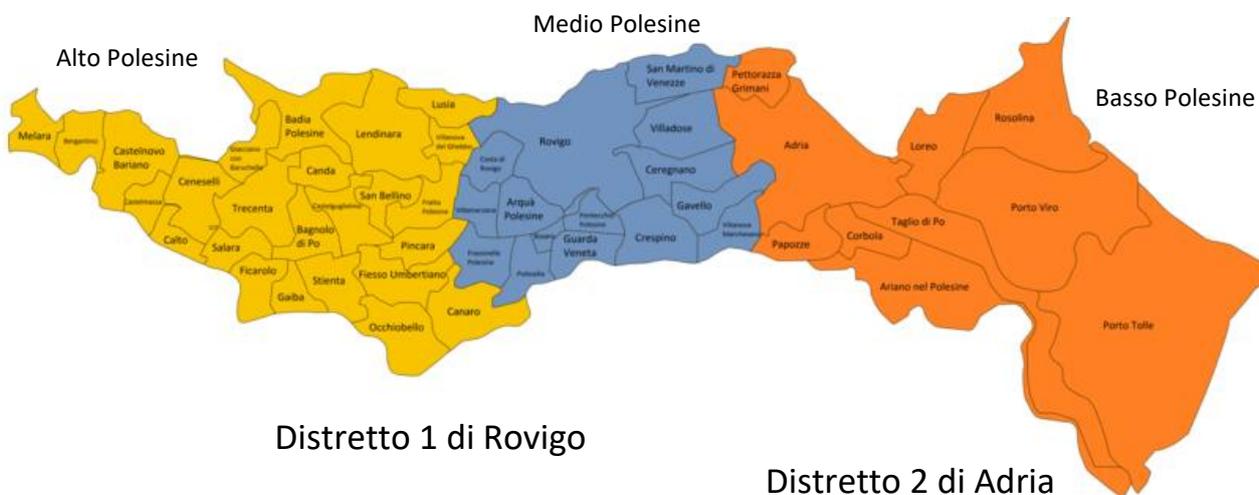
DISTRETTI

2



COMUNI

51

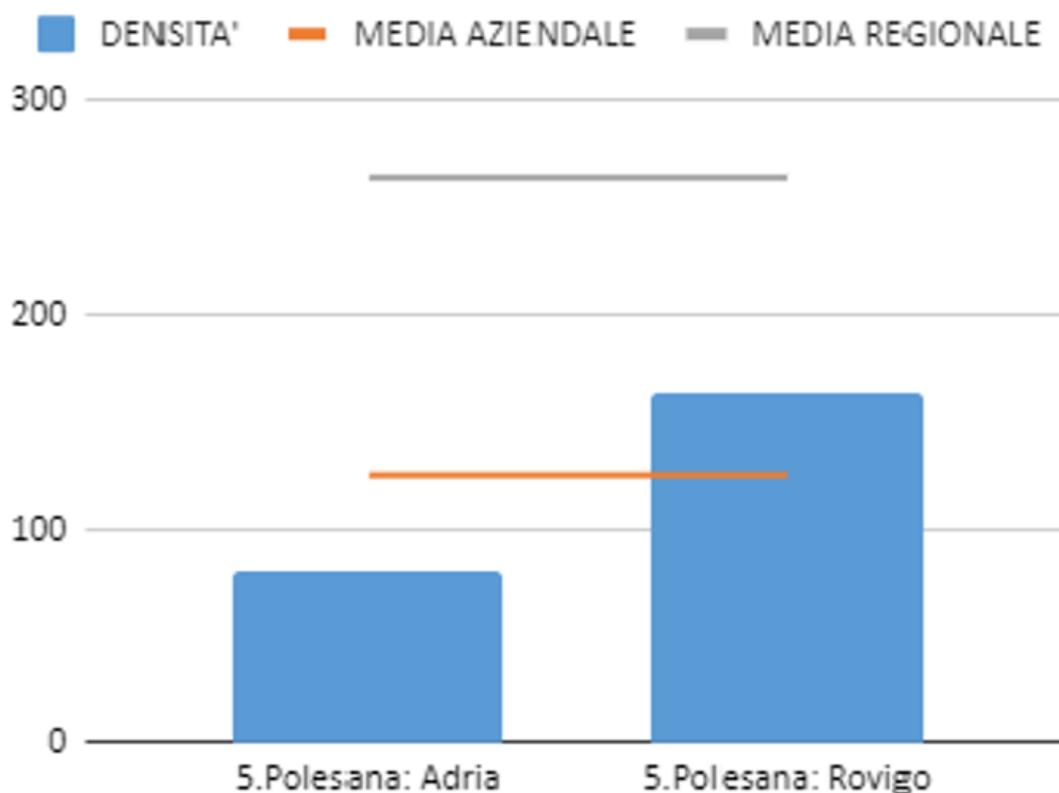


1.1 IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

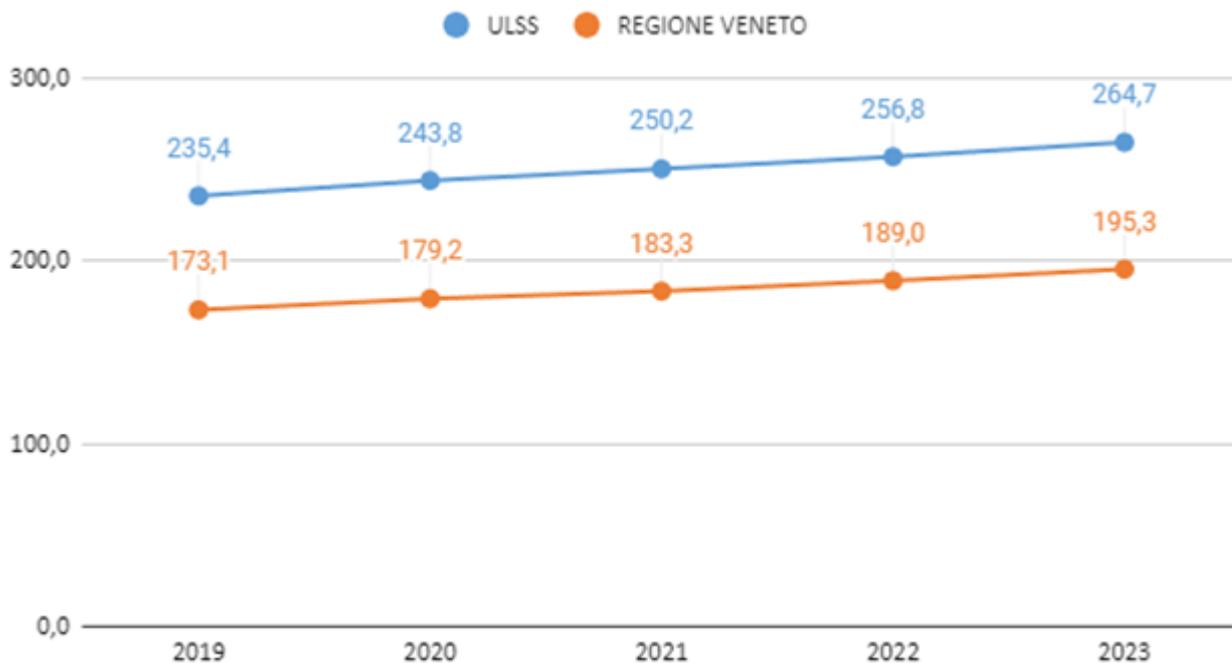


DENSITÀ ABITATIVA PER DISTRETTO

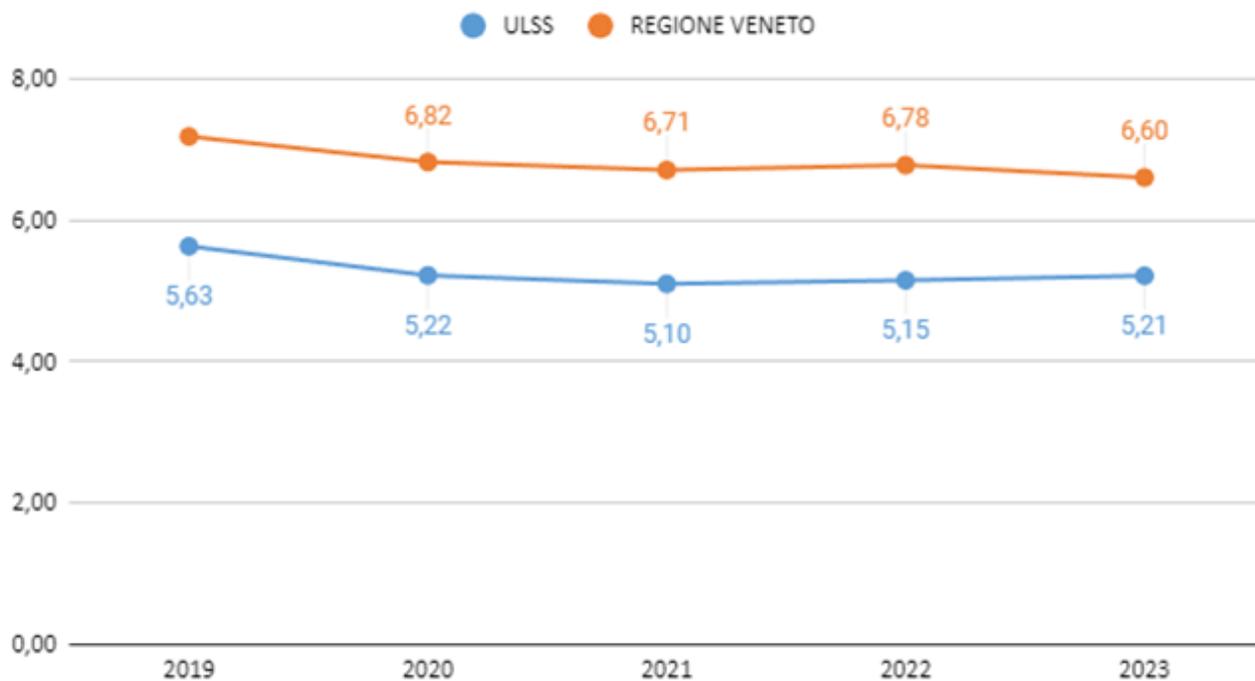
Residenti		Densità abitativa	
Distretto 1 di Rovigo	162.186	Distretto 1 di Rovigo	162,85
Distretto 2 di Adria	67.611	Distretto 2 di Adria	80,14



INDICE DI VECCHIAIA

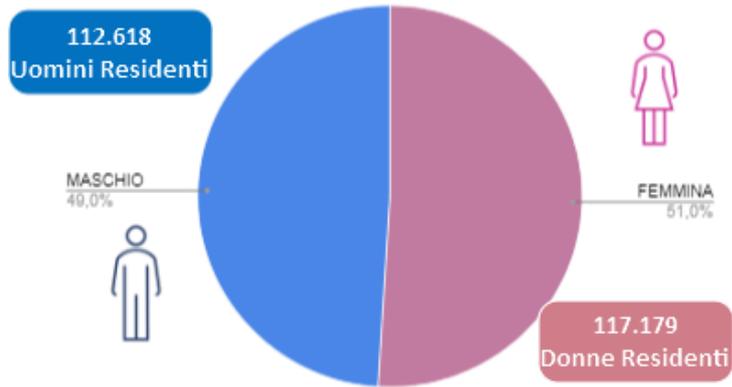


INDICE DI NATALITÀ

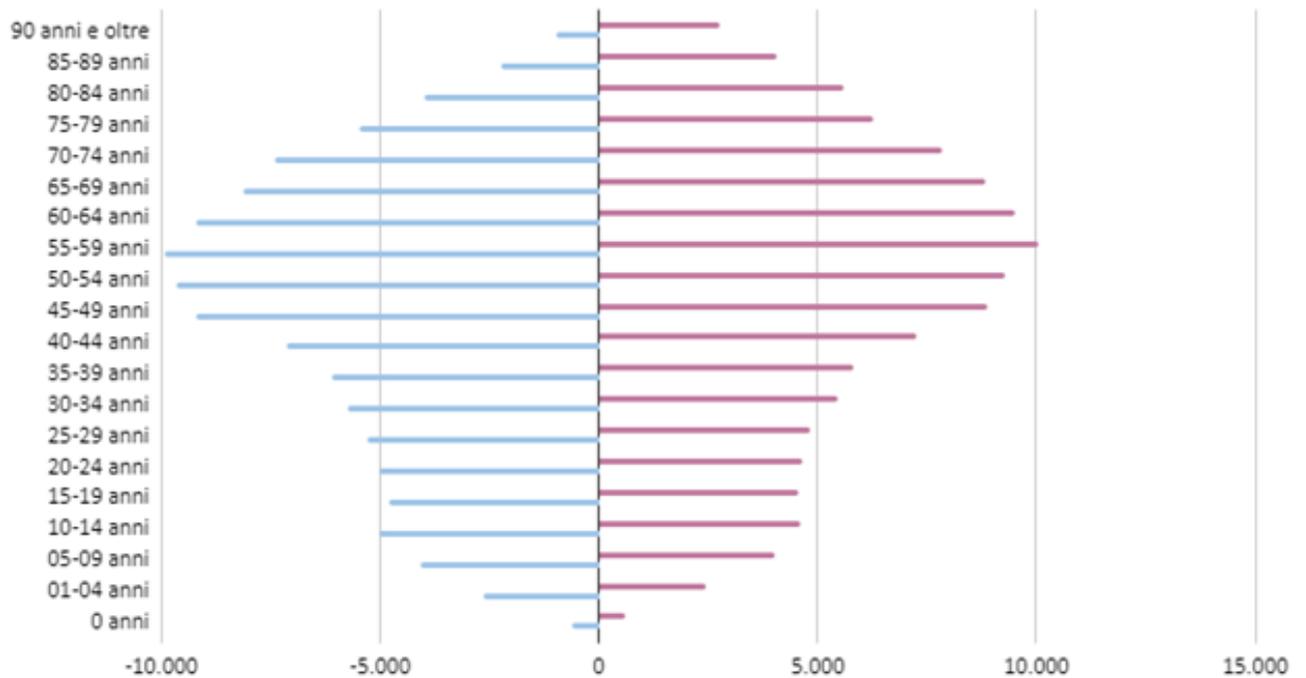


LA POPOLAZIONE PER SESSO ED ETÀ

Popolazione maschile/femminile 2023



PIRAMIDE DELL'ETÀ



STRANIERI

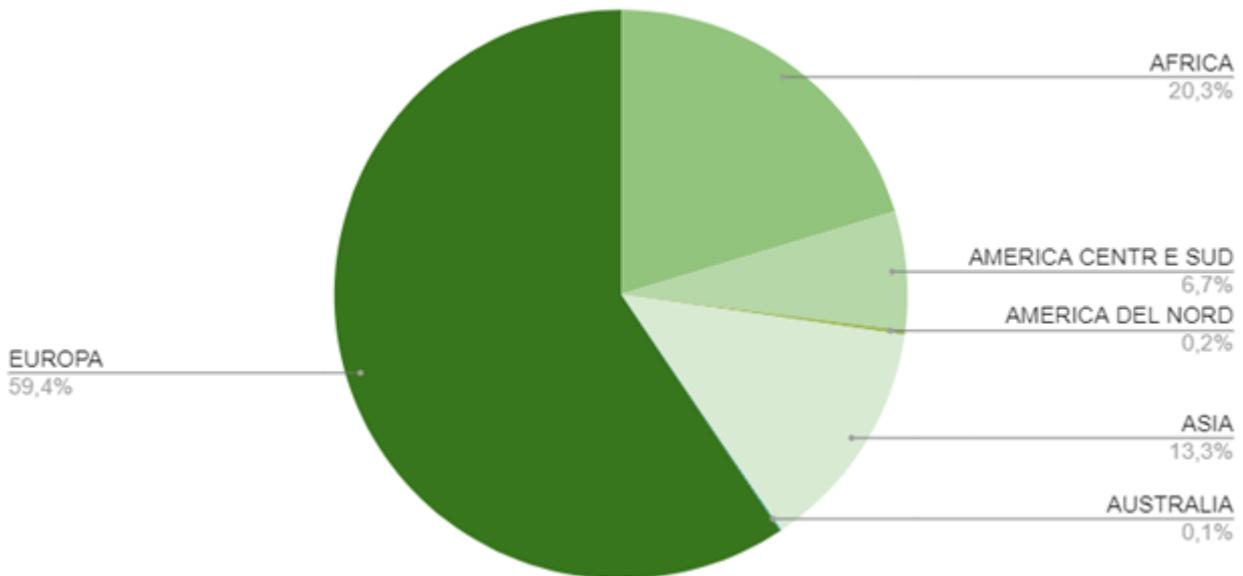
% RESIDENTI STRANIERI

8,83%

media regionale: 10,54%



Provenienza dei residenti stranieri

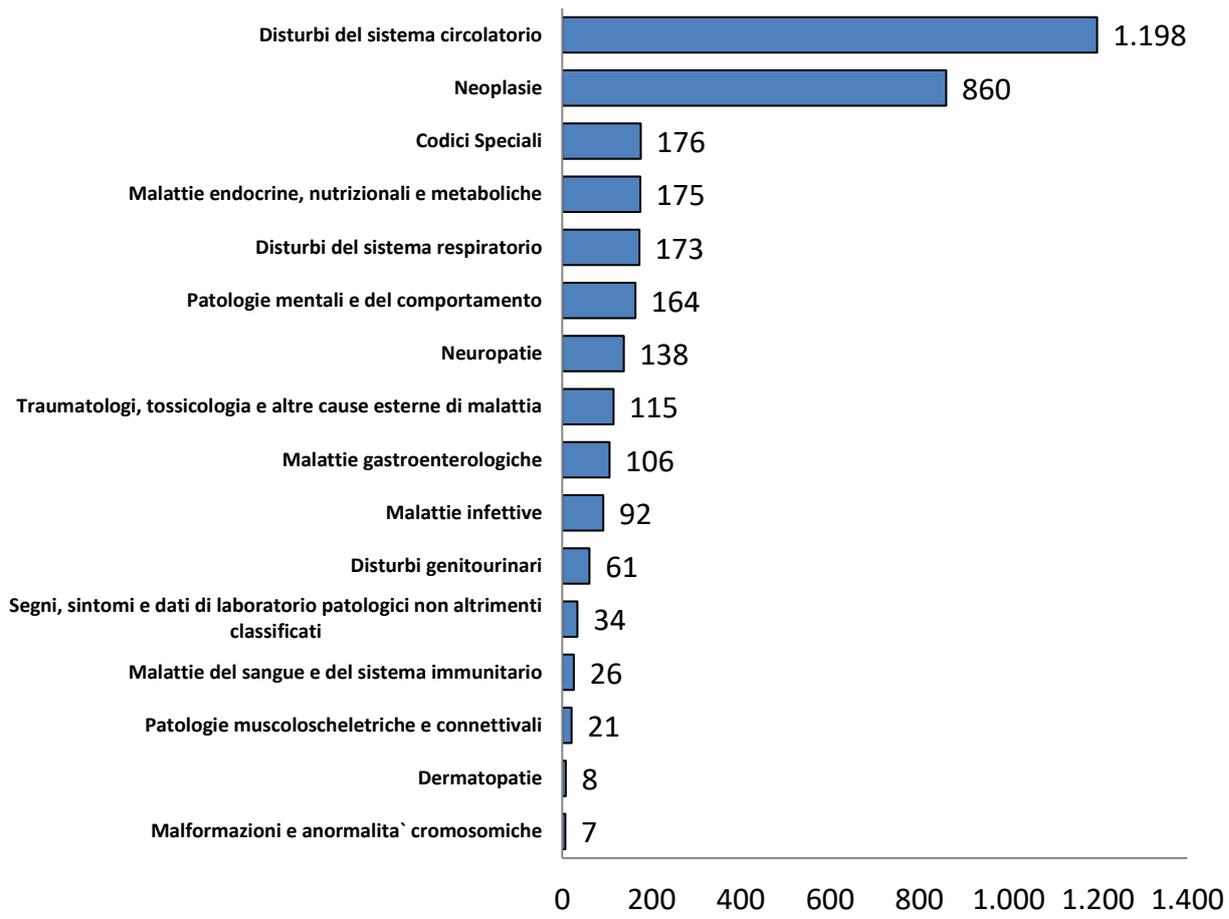


DECESSI

3.354

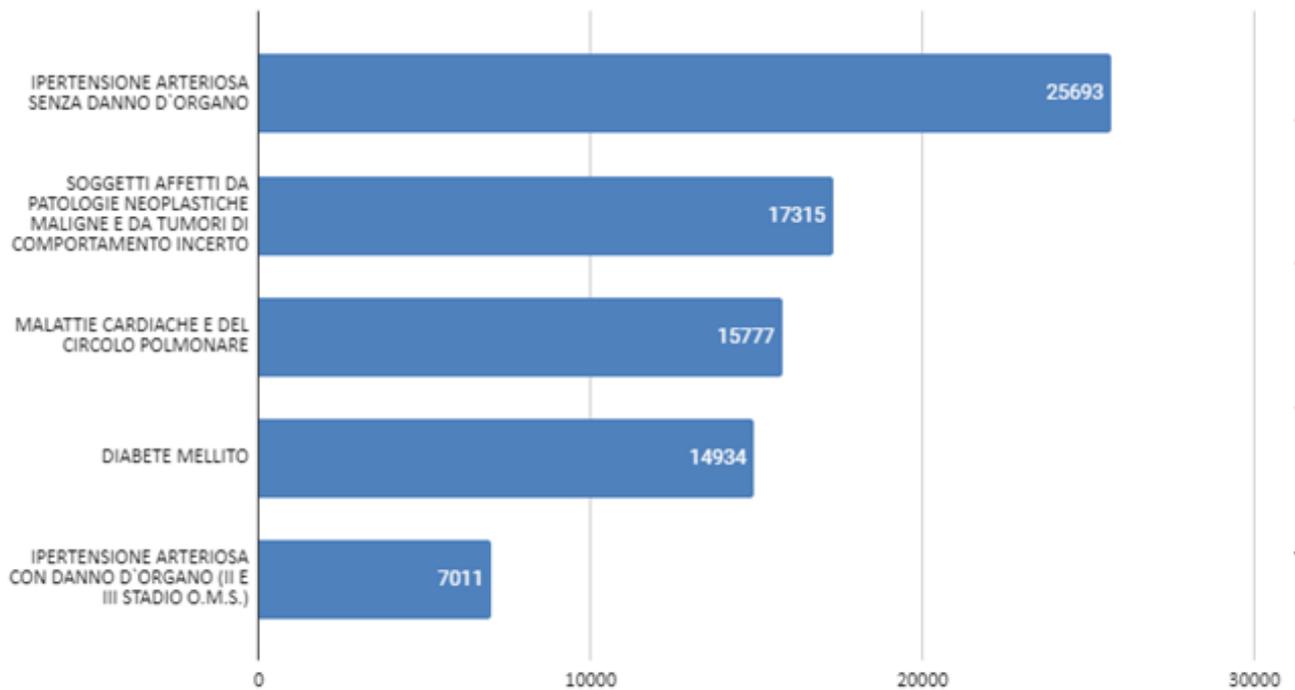
Numero decessi anno 2021
(ULTIMO DATO DISPONIBILE)

Numero di decessi per causa di morte



ESENZIONI

Prime 5 esenzioni per patologia



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.

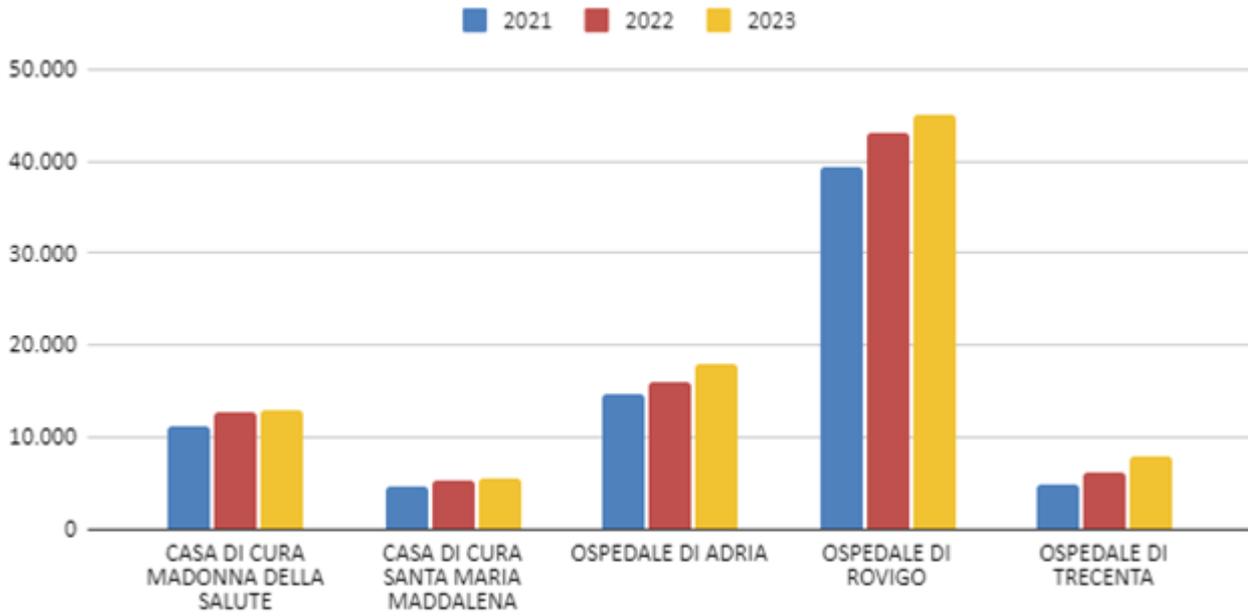
Per l'anno 2023 i dati presentati sono stimati con metodo rolling, sulla base delle mensilità disponibili.

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

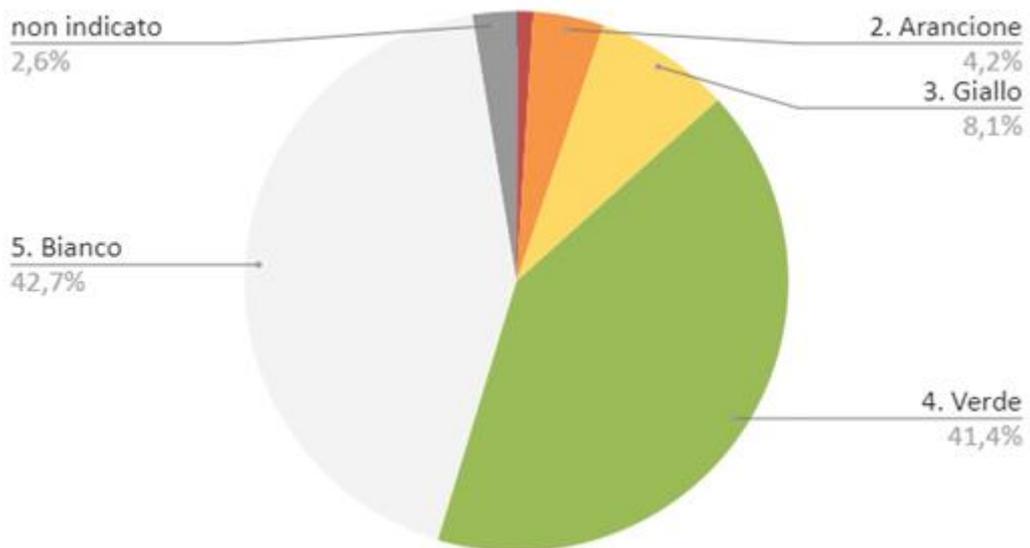
1.2.1 ATTIVITÀ OSPEDALIERA - PRONTO SOCCORSO



Accessi al pronto soccorso per struttura e per anno



Accessi per triage - anno 2023

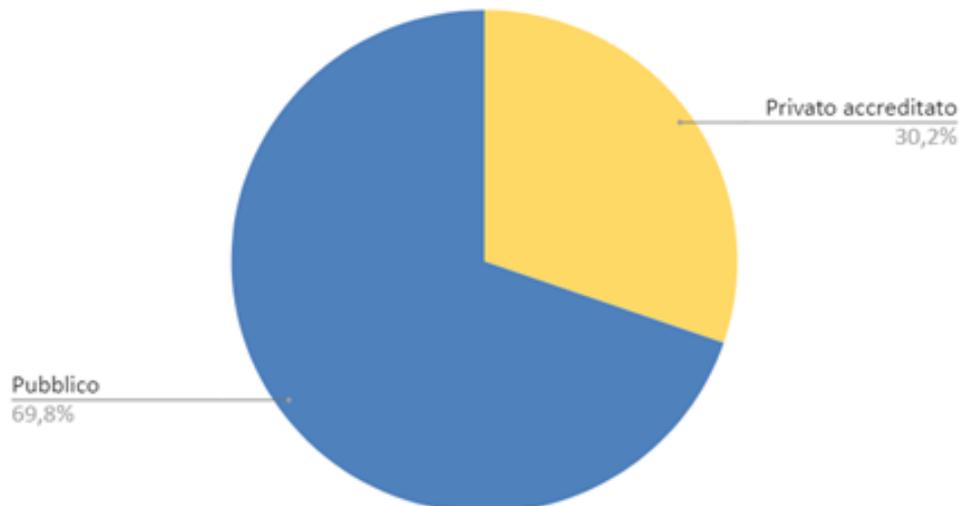


1.2.2 ATTIVITÀ OSPEDALIERA – INTERVENTI

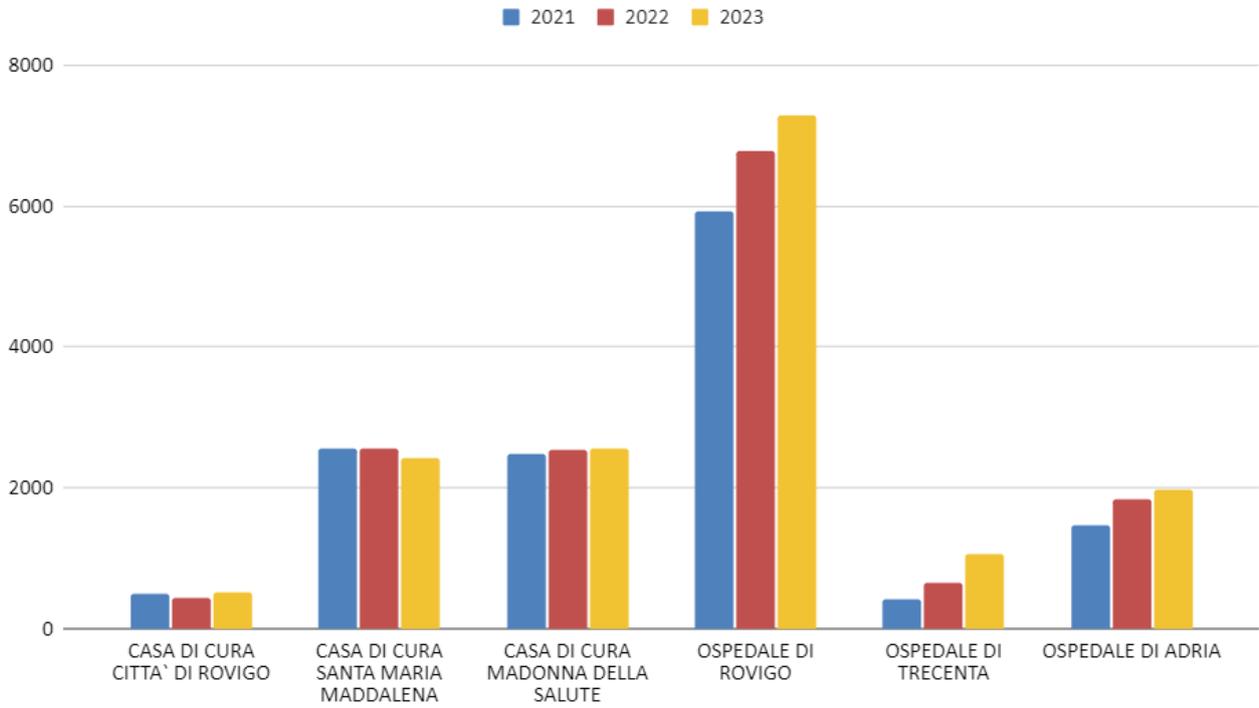


* Sono considerati solo gli interventi principali

Interventi per tipologia di struttura - anno 2023



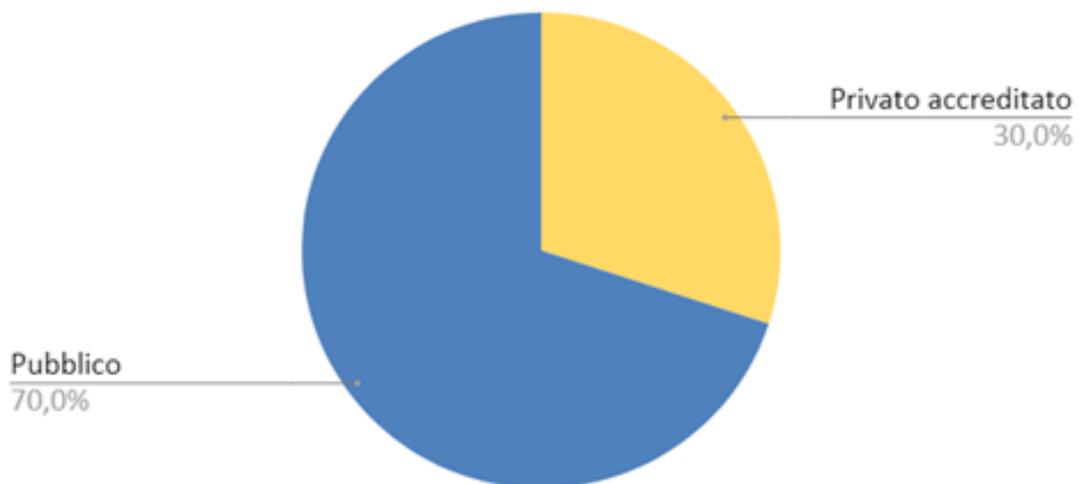
Numero di interventi principali (solo DRG chirurgici) per struttura e per anno



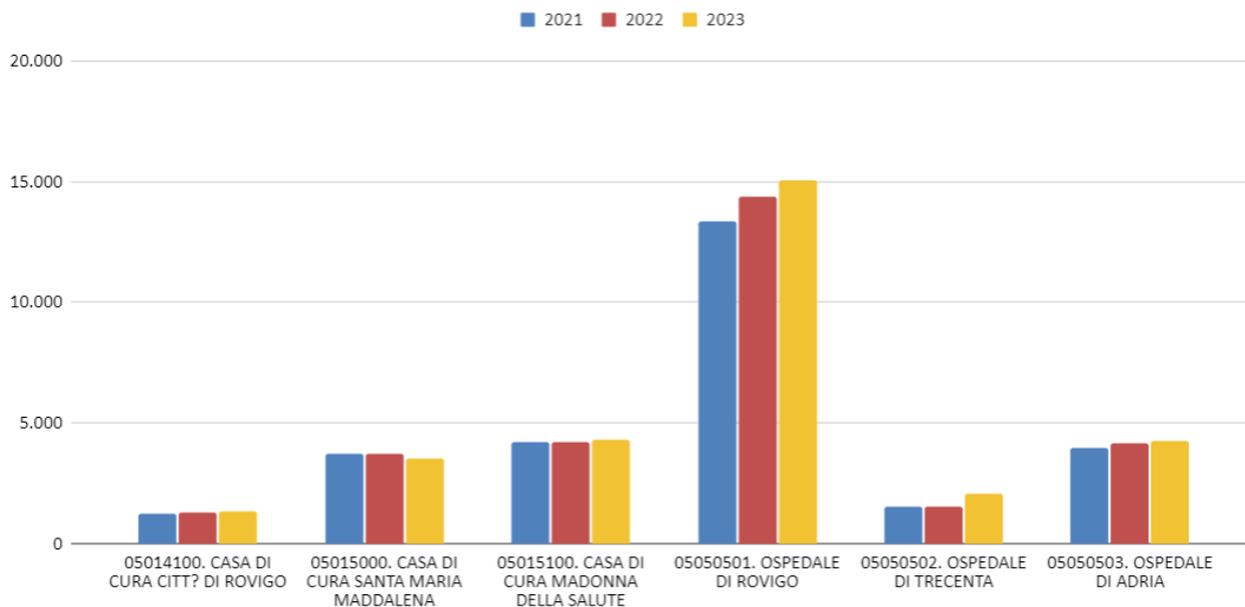
1.2.3 ATTIVITÀ OSPEDALIERA - RICOVERI



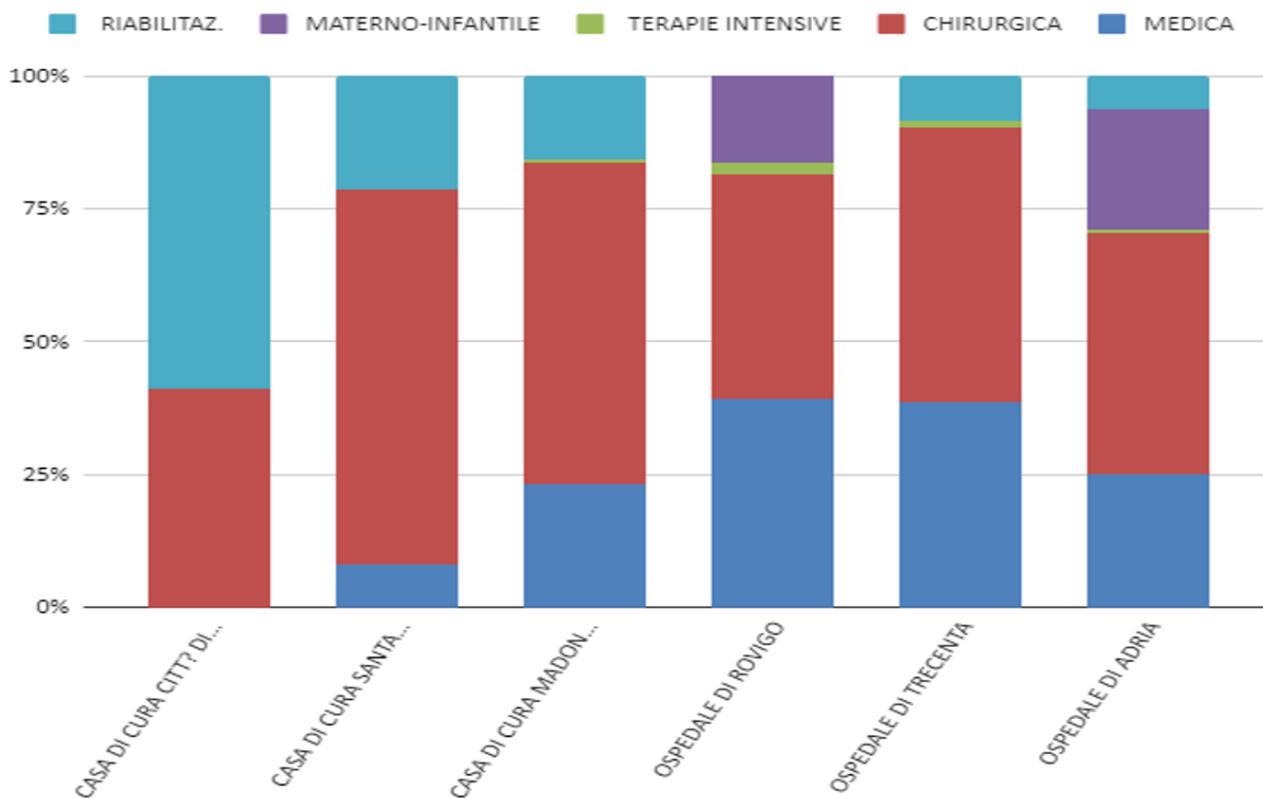
Ricoveri per tipologia di struttura - anno 2023



Ricoveri per struttura e per anno



Ricoveri per area specialistica - anno 2023



1.3 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA DISTRETTUALE

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
Pediatri 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)

1.3.1 ATTIVITÀ TERRITORIALE - SPECIALISTICA AMBULATORIALE

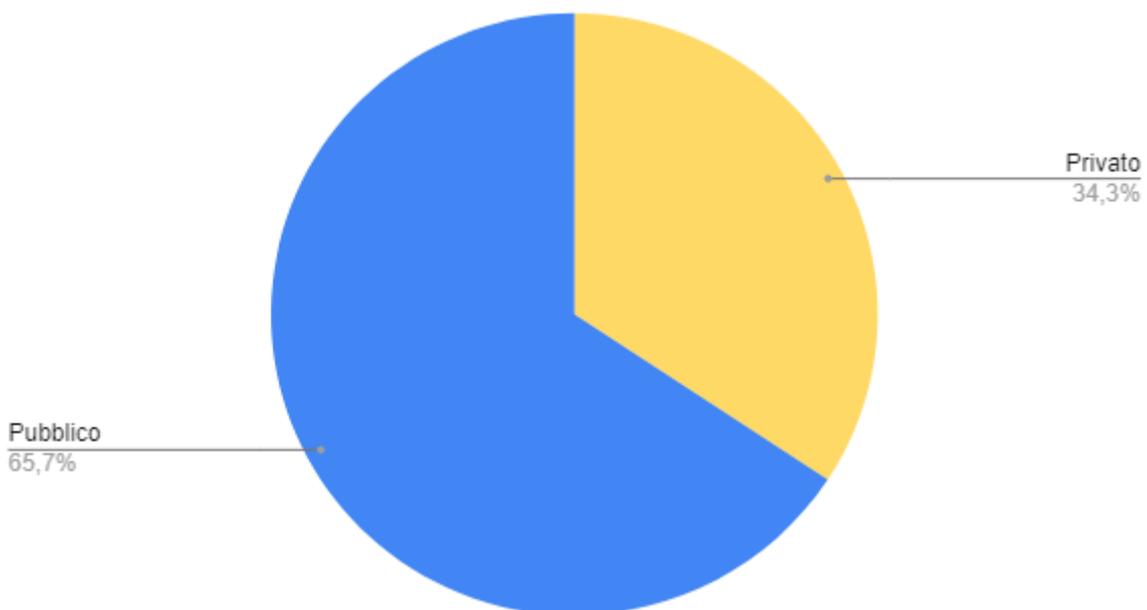
Il livello essenziale di assistenza specialistica ambulatoriale è garantito sia dalle strutture ospedaliere e sia dalle strutture distrettuali.

Per l'anno 2023 i dati presentati sono stimati con metodo rolling, sulla base delle mensilità disponibili.

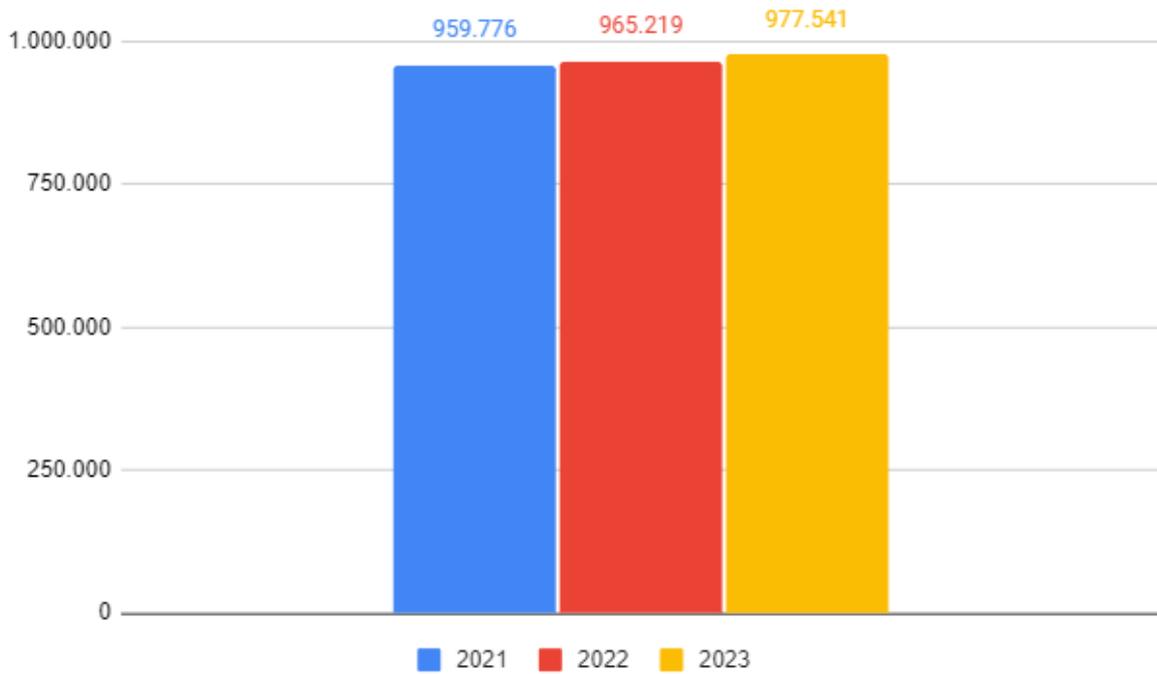


* Escluso il laboratorio

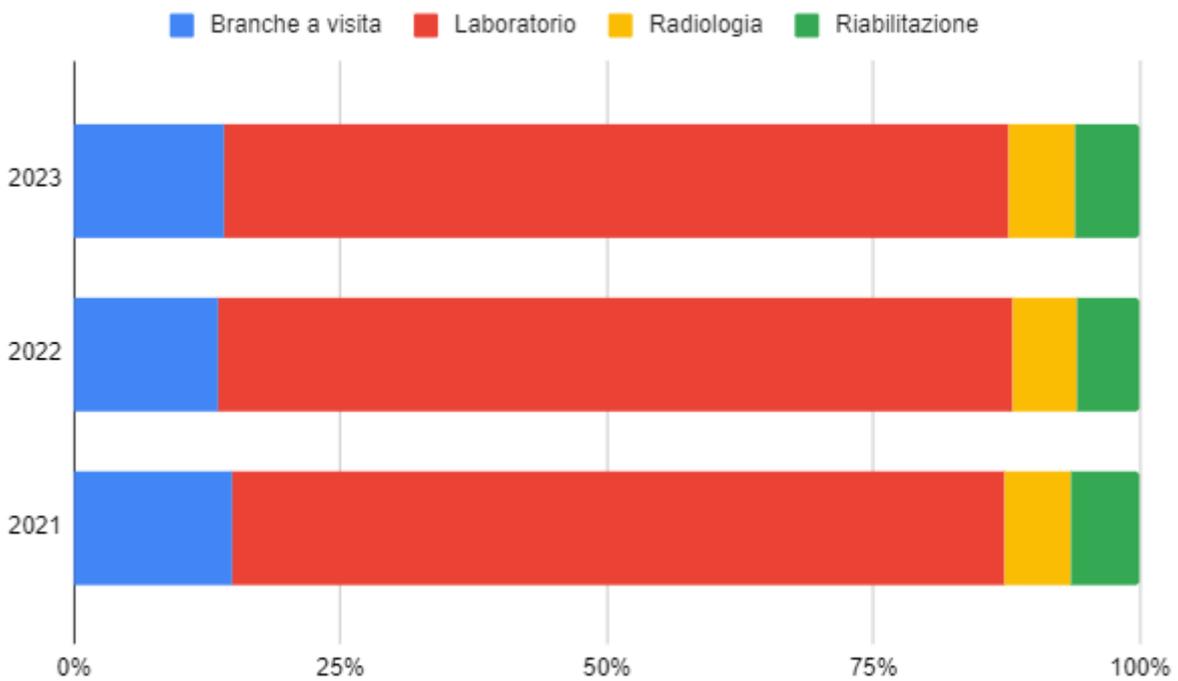
Prestazioni per tipologia di struttura (escluso laboratorio) - anno 2023



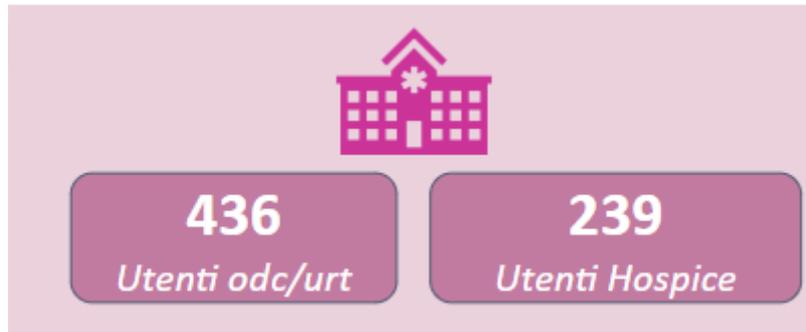
Prestazioni per anno (escluso laboratorio)



Prestazioni per macrobranca e per anno (escluso laboratorio)

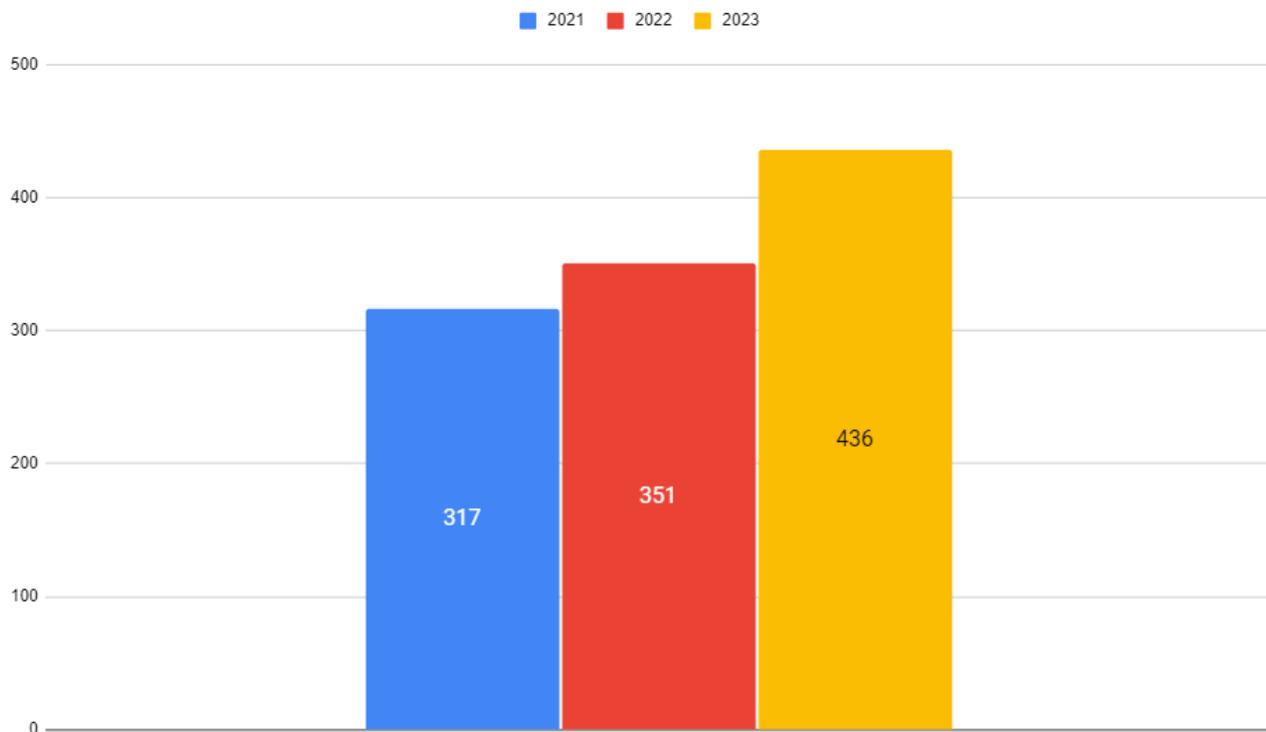


1.3.2 ATTIVITÀ TERRITORIALE - STRUTTURE INTERMEDIE

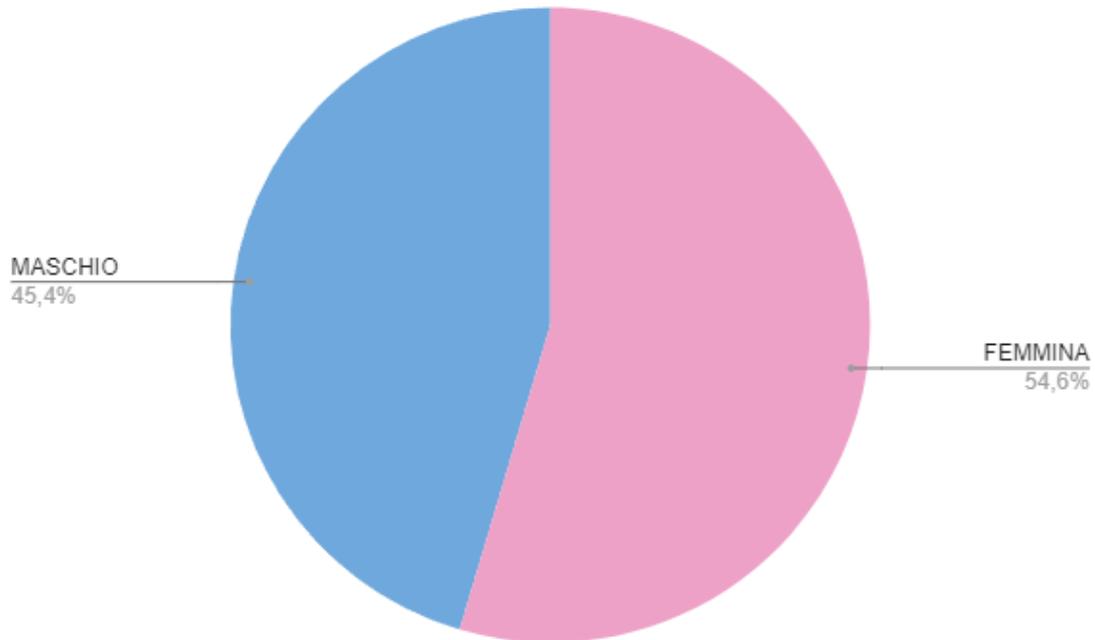


* Sono esclusi gli utenti degli Odc Covid, relativi agli anni 2021-2022

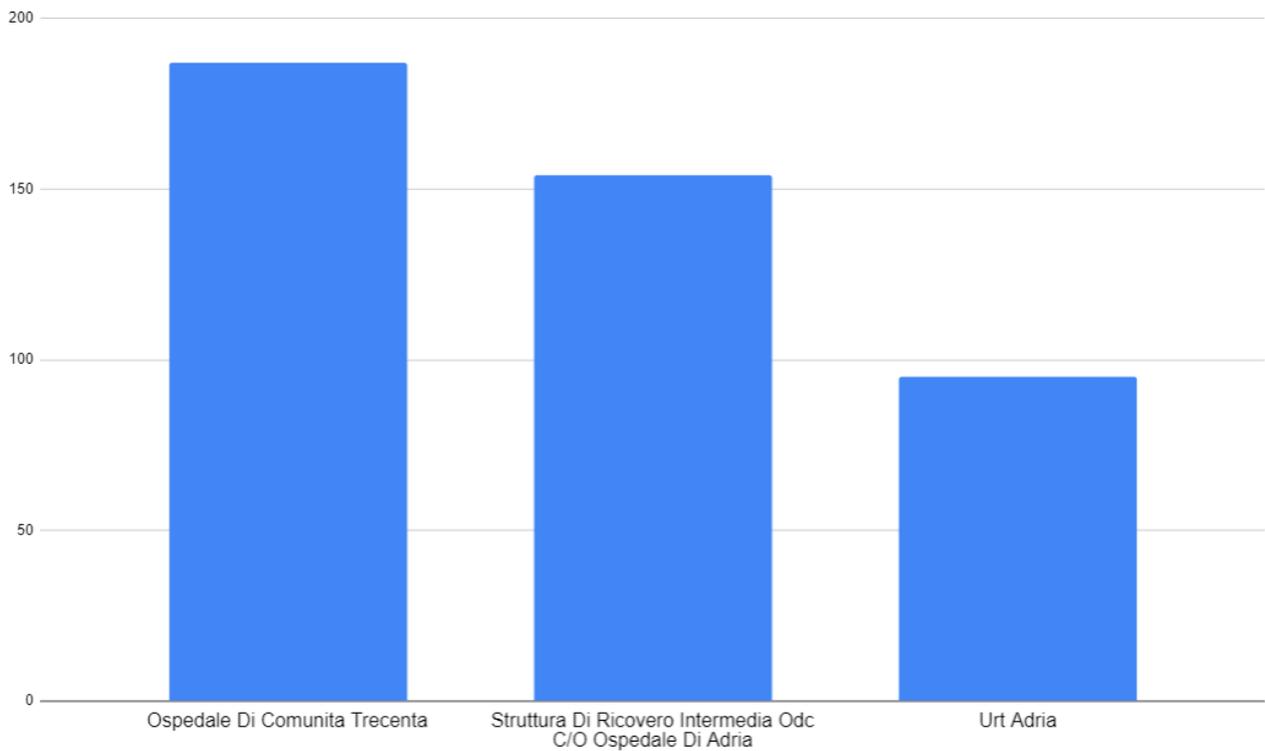
Utenti presenti in odc/urt per anno



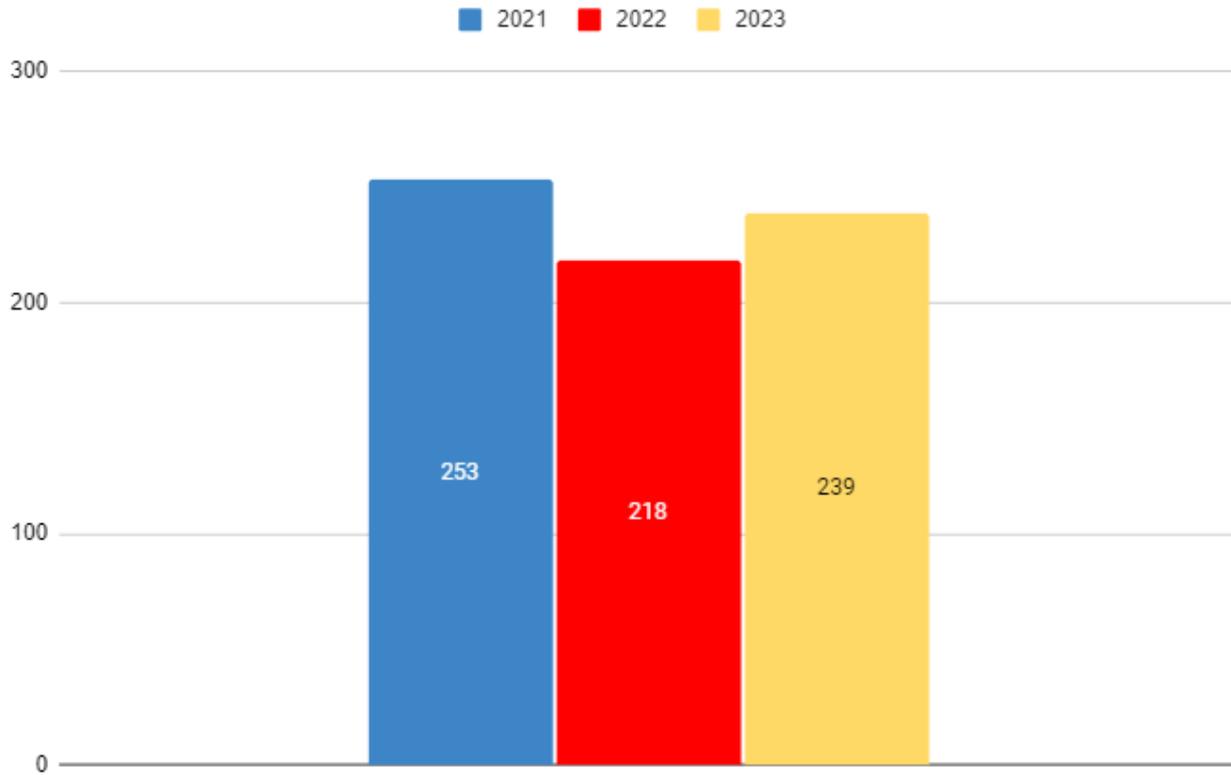
Utenti presenti in odc/urt per sesso – anno 2023



Utenti presenti in odc/urt per struttura – anno 2023

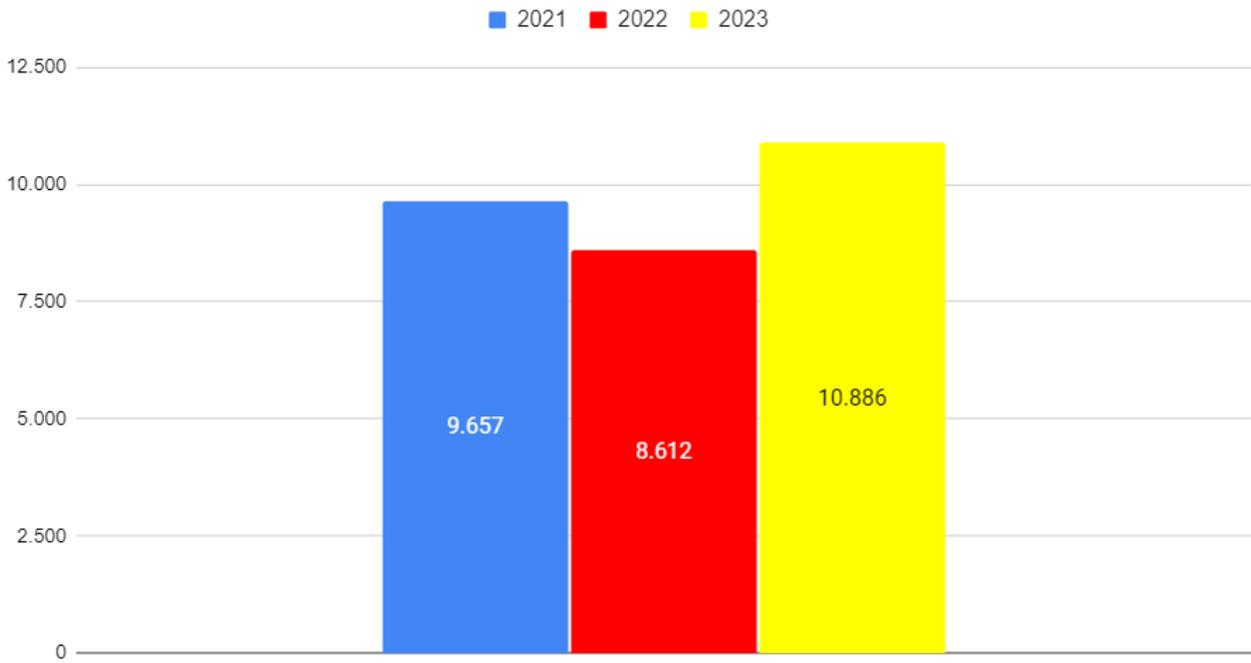


Numero pazienti hospice per anno

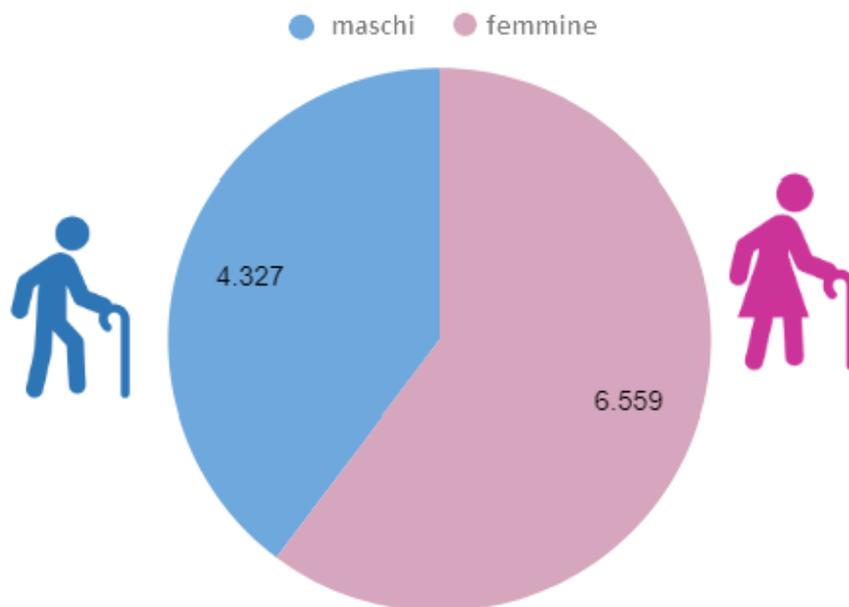


1.3.3 ATTIVITÀ TERRITORIALE - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Numero assistiti in ADI per anno

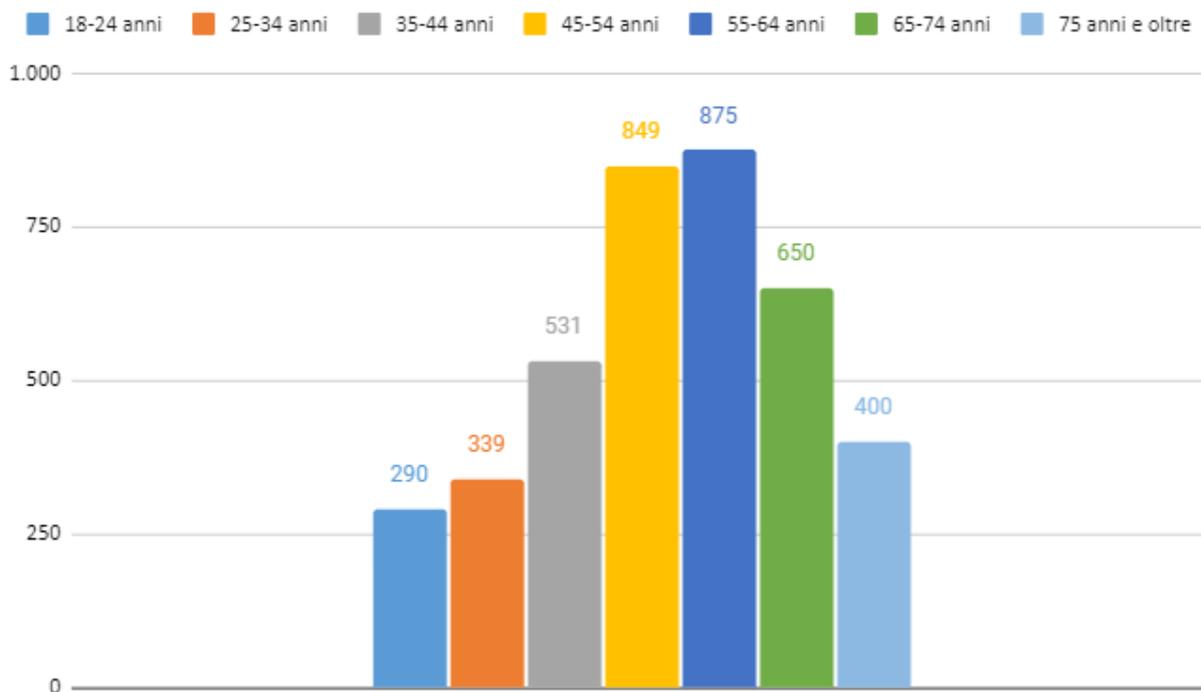


Numero assistiti in ADI per sesso – anno 2023

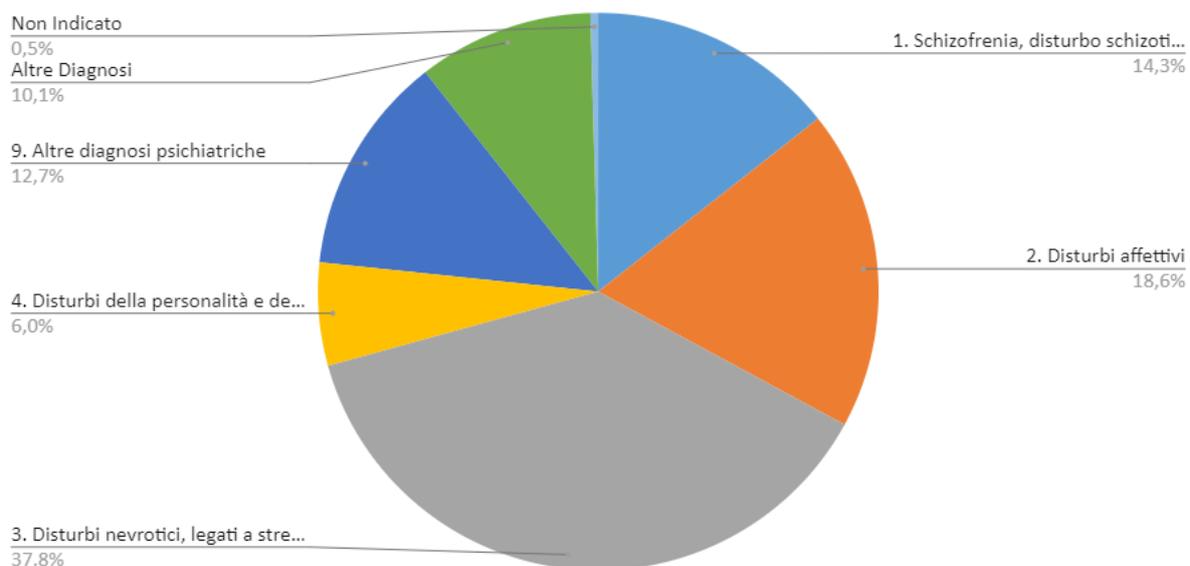


1.3.4 ATTIVITÀ TERRITORIALE – SALUTE MENTALE

Utenti con almeno un contatto (territoriale o ospedaliero) per fascia d'età anno 2022



Utenti con almeno un contatto per diagnosi principale – anno 2022



1.3.5 ATTIVITÀ TERRITORIALE – ASSISTENZA PRIMARIA

Distretto	MMG	Medicine di Gruppo	Medicine di Gruppo Integrata	PLS	Associazione semplice
Distretto 1 di Rovigo	87	5	3	14	3
Distretto 2 di Adria	36	1	2	6	1
Totale	123	6	5	20	4

Dati aggiornati al 01/01/2024

1.4 LIVELLO ESSENZIALE DI PREVENZIONE

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE ANNO 2023



% COPERTURA SCREENING

MAMMOGRAFICO

76,4%

soglia regionale pari al 60%

CITOLOGICO

72,5%

soglia regionale pari al 50%

COLON RETTO

56,8%

soglia regionale pari al 50%



% COPERTURA VACCINAZIONI

HPV

84,4%

soglia regionale pari al 80%
coorte del 2010

CICLO BASE

96,7%

soglia regionale pari al 80%

INFLUENZA

54,1%

soglia regionale pari al 60%

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE



Vengono qui definiti gli obiettivi strategici e operativi, stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione economico-finanziaria, da raggiungere per soddisfare i bisogni di salute di cittadini e comunità, nonché per promuovere il benessere organizzativo e lavorativo e per realizzare le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza amministrativa.

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 al 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.

In linea con tali obiettivi trasversali, il PNRR individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell'innovazione nella pubblica amministrazione.

Con la Direttiva del 24 marzo 2023 “Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” il Ministero per la Pubblica Amministrazione ha fornito indicazioni metodologiche e operative alle amministrazioni per la pianificazione, la gestione e la valutazione delle attività formative al fine di promuovere lo sviluppo di un set di conoscenze e competenze comuni a tutti i dipendenti delle amministrazioni pubbliche, a partire da quelle digitali, funzionali alla transizione digitale, amministrativa ed ecologica.

Il riferimento per la formazione delle competenze digitali del personale pubblico è rappresentato dalla Piattaforma informatica “Syllabus” del Dipartimento della funzione pubblica.

Nella piattaforma sono disponibili contenuti utili all'acquisizione delle competenze digitali minime richieste ad ogni dipendente pubblico, con particolare riferimento a quelle connesse a norme e strumenti relativi ai processi di trasformazione digitale dell'amministrazione italiana e all'erogazione dei servizi online a cittadini e imprese.

Al fine di promuovere lo sviluppo delle professionalità dell’Azienda Ulss 5 Polesana, nel corso del 2023, tutto il personale dipendente è stato profilato nella piattaforma Syllabus in modo da poter avviare l’attività formativa. I dipendenti abilitati possono accedere al test di autovalutazione delle competenze digitali, a seguito del quale la piattaforma suggerisce il percorso più adatto a colmare in modo mirato eventuali gap di conoscenze.

Nel corso del 2024 il progetto verrà ulteriormente promosso e implementato, con un graduale e progressivo coinvolgimento del personale, in modo che una quota più ampia di dipendenti inizi o completi la formazione già avviata l’anno precedente.

Il valore pubblico di un’azienda sanitaria viene 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.

È 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

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico.

La performance è la prestazione realizzata dall'amministrazione grazie al contributo di ciascuna delle sue strutture.

Per definire gli obiettivi e per misurarne il raggiungimento, l'Azienda si avvale di un sistema di pianificazione e misurazione articolato in più fasi, il ciclo della performance, che si conclude con la rendicontazione dei risultati ottenuti sia agli organi di indirizzo politico-amministrativo e ai vertici dell'amministrazione, sia ai cittadini, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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 di trasparenza.

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 d'anno e valutazioni intermedie, 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 effettuate dai responsabili di struttura/processo.

Il processo di programmazione, misurazione e valutazione della performance è formalizzato da specifici documenti:

- 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 misurazione e valutazione della performance;
- la relazione annuale sulla performance.

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 effettuate.

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, in un contesto di ordinaria attività.

Tempistica del Ciclo della performance relativo all'anno 2024

<i>fase</i>	<i>attività</i>	<i>strumenti</i>	<i>tempistica</i>
Pianificazione/ Programmazione	Individuazione degli obiettivi aziendali da raggiungere	Piano integrato di attività e organizzazione PIAO: piano della performance 2024-2026 e documento di direttive aziendali per la definizione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del budget 2024	31 gennaio 2024
Formulazione del budget	Assegnazione alle articolazioni aziendali degli obiettivi da raggiungere e allocazione delle risorse	Schede di budget 2024 delle singole articolazioni	febbraio/marzo 2024
Svolgimento delle attività e monitoraggio	Monitoraggio in corso d'anno 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 intermedie della performance organizzativa	Misurazione degli obiettivi e relazioni dei valutatori	quadrimestrale: 1° quadrim. al 30/04/2024 2° quadrim. al 31/08/2024 3° quadrim. al 31/12/2024
Valutazione dei risultati ottenuti	Valutazione finale annuale della performance organizzativa	Misurazione degli obiettivi e relazioni dei valutatori	giugno 2025
	Valutazione annuale della performance individuale	Schede di valutazione individuale (a cura del superiore gerarchico)	marzo/maggio 2025
Chiusura del ciclo	Chiusura del ciclo della performance	Relazione sulla performance	giugno 2025
Supervisione del Ciclo della performance	Promozione, garanzia, monitoraggio, validazione e controllo della correttezza dei processi	Atti dell'OIV	Tempistiche previste da normative nazionali e regionali

2.2.2 GLI OBIETTIVI REGIONALI: LA GOVERNANCE DEL SISTEMA

Con DGR n. 1682 del 29 dicembre 2023 la Regione Veneto ha definito gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024, individuando per ciascuno di essi i relativi indicatori e le soglie di raggiungimento.

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 2024 e DPC Farmaci 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
E.2	Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Si (come da vademecum)
E.3	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	E.3.S.1	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100 %
		E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)
		E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	Si (come da vademecum)
E.4	Miglioramento dei processi sanitari	E.4.S.1	Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria	indicazioni del Gruppo di lavoro
		E.4.S.2	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	Si (come da vademecum)

S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

Codice obiettivo	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	SOGLIA
S.1	Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%
		S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
		S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia
S.2	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	S.2.O.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)
S.3	Perseguimento PNRR Missione 6	S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22
		S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22
		S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	Si (come da vademecum)
		S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento
		S.3.S.6	SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Si (come da vademecum)
		S.3.S.7	PNRR: "ADI" e "Telemedicina"	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22
S.4	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22
S.5	Strategie di reclutamento del personale SSR	S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione

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	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	rispetto soglia nazionale
		A.1.D.1	D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	rispetto soglia nazionale
		A.1.D.2	Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	rispetto soglia nazionale
		A.1.O.1	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.2	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	rispetto soglia nazionale
A.2	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.P.1	Indicatore di mantenimento - Prevenzione	mantenimento o rispetto soglia nazionale
			P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	
			P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	
			P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	
			P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	
			P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	
			P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	
			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.	
		P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale		
		A.2.D.1	Indicatore di mantenimento - Distretto	mantenimento o rispetto soglia nazionale
			D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	
			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	
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco				

		<p>D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite</p> <p>D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso</p> <p>D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B</p> <p>D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)</p> <p>D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche</p> <p>D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore</p> <p>D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)</p>	
	A.2.O.1	<p>Indicatore di mantenimento - Ospedale</p> <p>H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"</p> <p>H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"</p> <p>H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui</p> <p>H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario</p> <p>H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni</p> <p>H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario</p> <p>H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno</p> <p>H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)</p> <p>Candidati trapianto rene da donatore vivente</p> <p>Segnalazione potenziali donatori di organo</p> <p>Percentuale di opposizione alla donazione di cornee</p> <p>PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute</p> <p>PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)</p> <p>PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)</p> <p>Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni</p> <p>Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)</p> <p>H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche</p>	<p>mantenimento o rispetto soglia nazionale</p>

Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

Codice obiettivo	OBIETTIVO	Codice Indicatore	INDICATORE	SOGLIA
Q.1	Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell' antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	Q.1.P.1	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale
Q.2	Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	Q.2.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.3	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	Q.3.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Si (come da vademecum)
Q.4	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come da vademecum)
		Q.4.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%
Q.5	Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Si (come da vademecum)
		Q.5.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)	<= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente
		Q.5.D.3	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	Si (come da vademecum)
		Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record
Q.6	Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.6.T.1	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	Si (come da vademecum)
Q.7	Valorizzazione ruolo di hub	Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Si (come da vademecum)
Q.8	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.8.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	<=4%
Q.9	Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	Si (come da vademecum)

Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	Q.10.S.1	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	<= 52,2% o in miglioramento
Q.11	Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)
Q.12	Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	Si (come da vademecum)
Q.13	Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente	>= 10%

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) gestione delle liste di attesa;
- 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.

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, 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.

A seguito del Decreto Ministeriale 77/2022 di riforma dell’assistenza territoriale e della conseguente DGRV 721/2023, l’azienda Ulss 5 ha adottato il “Piano Aziendale di sviluppo dei servizi territoriali 2023-2025” (Deliberazione del Direttore Generale n. 1761/2023).

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.

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 mantenimento 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 2024-2026 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 disuguaglianze 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, relativo alle attività di preparazione e risposta alle pandemie influenzali (PANFLU).

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 2024-2026 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 e dalla DGRV 721/2023. 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.

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 (PANFLU).

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 2024-2026 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 2024 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 (PANFLU).

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
- Pediatrica
- Screening oncologici
- Malattie infettive

c) La gestione delle liste di attesa

Sulla base di esplicite indicazioni ministeriali e regionali, l'Azienda Ulss 5 attiverà Piani straordinari di gestione delle liste di attesa (soprattutto per ricoveri programmati e prestazioni specialistiche ambulatoriali), mettendo a disposizione anche risorse dedicate. L'Azienda Ulss ha già attivato il proprio Piano di recupero che, nel corso del 2024 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 2024-2026 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 2024-2026 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.

2.2.4 GLI OBIETTIVI PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITÀ E L'EQUILIBRIO DI GENERE: IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Il Piano delle Azioni Positive della Regione Veneto 2023-2025 mira a monitorare le azioni finalizzate a garantire la parità e l'equità nella gestione del personale e nello sviluppo di carriera, nonché tutte quelle azioni formative utili anche a sostenere l'empowerment femminile e in generale la motivazione e l'alta professionalità di tutto il personale regionale nel raggiungimento di elevati livelli di performance lavorativa sia in termini di efficacia che di efficienza.

Le aree strategiche di perseguimento degli obiettivi di equilibrio e parità di genere sono raggruppate per finalità di obiettivi generali nelle seguenti tre:

- Pari opportunità ed equilibrio di genere nelle politiche di reclutamento, nell'organizzazione e gestione del personale;
- Rafforzamento del CUG e promozione delle pari opportunità, del benessere lavorativo, della tutela della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro;
- Promozione delle pari opportunità e dell'equilibrio di genere nello sviluppo di carriera e conciliazione dei tempi vita-lavoro.

Rispetto alle suddette aree strategiche, l'Azienda Ulss 5 Polesana, attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2024, propone tutte le attività formative in grado di garantire la formazione prevista da adempimenti normativi in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008), nonché eventi formativi che individuano le strategie poste in essere a livello aziendale per promuovere il benessere lavorativo e la tutela della salute (Area strategica B), come si evidenzia nella sottostante tabella.

TITOLO EVENTO FORMATIVO	PROFESSIONISTI COINVOLTI
violenza di genere	Dirigente Medico, Infermiere, Figura Sanitaria NON ECM
aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione	Tutte le professioni
la gestione dei conflitti interpersonali attraverso la tecnica della gentilezza	Tutte le professioni
tecnostress e impatto sulla qualità di vita dei lavoratori	Tutte le professioni
medicina di genere: una nuova frontiera della clinica	Tutte le professioni

L'Azienda Ulss 5, inoltre, promuove interventi tesi, non solo a superare le disparità di genere tra le lavoratrici e i lavoratori, ma anche volti a migliorare il benessere organizzativo complessivo e a sviluppare la cultura di genere e di sostegno alle pari opportunità all'interno dell'ente e nella comunità.

Le iniziative proposte in fase di perfezionamento, per l'anno 2024, riguardano le seguenti aree:

Area A. il benessere lavorativo e la gestione dello stress lavoro correlato;

Area B. il rispetto dell'ambiente come obiettivo nelle procedure aziendali;

Area C. il rapporto con l'utenza e la gestione delle manifestazioni aggressive.

Area A. Nell'ambito del progetto regionale di valutazione e miglioramento del benessere organizzativo sono state proposte e presentate a livello regionale delle azioni di miglioramento:

- 1° Azione "La Direzione incontra": la Direzione Strategica incontrerà il personale dipendente durante momenti appositamente dedicati, che saranno effettuati anche presso le sedi periferiche dell'Azienda Ulss 5 Polesana. L'attività sarà rivolta a tutti i dipendenti e, attraverso la collaborazione dell'Ufficio Stampa, sarà possibile una promozione degli eventi e un'organizzazione capillare degli incontri con i professionisti che ne faranno richiesta.
- 2° Azione "Newsletter everyone": verrà redatta una newsletter, inviata a tutto il personale, con una cadenza indicativamente mensile con l'obiettivo di favorire l'informazione e il coinvolgimento dei collaboratori. In particolare la newsletter conterrà informazioni e tematiche utili ai dipendenti per una migliore condivisione della vita all'interno dell'azienda, promuovendo la valorizzazione anche delle esperienze lavorative delle varie unità operative.
- 3° Azione "Punto ristoro presso Cittadella Socio-Sanitaria": verrà costruito un punto di ristoro presso la struttura della Cittadella Socio Sanitaria, in quanto attualmente non è presente un'area dedicata. In particolare verrà adibito uno spazio a punto di ristoro, attrezzato con distributore di bevande calde, fredde e snack, tavolini per il pranzo per coloro che scelgono di non usufruire della mensa ospedaliera, e che accedono a questa area.

Rappresenta un obiettivo sperimentale che promuove la qualità di vita dei dipendenti durante l'orario di lavoro.

Per il 2024 si prevede l'attuazione di questi obiettivi e il monitoraggio della adesione agli stessi.

Con la conclusione del periodo emergenziale e i conseguenti cambiamenti avvenuti all'interno dell'azienda, sia in termini di modifiche organizzative e strutturali, sia in relazione al rilevante cambio generazionale avvenuto fra i dipendenti (nell'ultimo triennio circa un terzo dei dipendenti è cessato ed è stato sostituito da nuovi assunti), è emersa la necessità di aggiornare il Documento di valutazione del Rischio da Stress Lavoro Correlato.

Per il 2024 si prevede l'individuazione di professionisti a cui affidare la valutazione Stress Lavoro correlato con l'obiettivo di concludere entro l'anno tutto il processo valutativo.

Area B. Le strutture sanitarie sono caratterizzate da una elevata produzione di rifiuti di varie tipologie e devono provvedere alla gestione secondo criteri di sicurezza e di economicità, poiché molti materiali sono caratterizzati da un impatto ambientale potenzialmente elevato con conseguenti alti costi di gestione per il loro smaltimento. Un aumento della cultura di rispetto ambientale da parte degli operatori, attraverso una migliore gestione della separazione delle varie frazioni di rifiuti, può avere un effetto positivo direttamente sull'ambiente e indirettamente sui costi che gravano sulle aziende per il loro smaltimento. Infatti, una riduzione dei rifiuti classificati come sanitari pericolosi comporta un miglioramento economico e una minore necessità di avvio all'incenerimento. Analogo riflesso anche per quanto riguarda i costi dei rifiuti urbani, che possono

essere limitati attraverso un diffuso ricorso alla separazione spinta di tutti i materiali poi destinati al riciclo e/o alla valorizzazione.

Area C. La problematica connessa ad un atteggiamento aggressivo e violento da parte di utenti e loro congiunti nei confronti degli operatori sanitari impone la necessità di promuovere lo svolgimento di programmi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto, nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti. Anche sulla base di quanto proposto dalla Regione Veneto negli ultimi anni si è predisposto un programma di incontri sul tema, con l'obiettivo di coinvolgere una parte significativa del personale dei reparti maggiormente a rischio. Nel 2024 si prevede la prosecuzione del programma di formazione mantenendo le metodologie proposte dalla Regione.

Gli interventi sopra descritti sono riassunti nella tabella seguente:

TEMA	TITOLO	DESCRIZIONE	INTERVENTO	DESTINATARI
Benessere lavorativo e la gestione dello stress lavoro correlato	Attuazione delle azioni di miglioramento previste	Monitoraggio dell'attuazione delle misure di miglioramento proposte a seguito del programma regionale di valutazione del benessere organizzativo	Attuazione del progetto "La direzione ascolta"; completamento del locale ristoro per l'area amministrativa della sede centrale; pubblicazione e divulgazione a tutti i dipendenti della newsletter aziendale	Tutti i dipendenti
	Valutazione del livello di Stress correlato alle attività degli operatori	Affidamento a professionisti di un piano che, tramite l'analisi dei dati aziendali e il coinvolgimento diretto degli operatori, consenta una valutazione oggettiva del livello di stress lavoro correlato	Aggiornamento del documento di valutazione stress lavoro correlato	Tutti i dipendenti
Rispetto dell'ambiente come obiettivo nelle procedure aziendali.	Corretta gestione e differenziazione dei rifiuti	Interventi di tipo organizzativo, formativo e operativo che consentano una corretta separazione dei rifiuti per un incremento della possibilità di avvio al recupero delle varie frazioni	Corretta identificazione delle varie tipologie di rifiuti e messa a disposizione di punti di raccolta differenziata che permetta una totale distinzione dei rifiuti sanitari da quelli urbani e una corretta differenziazione di questi ultimi	Tutti i dipendenti
Rapporto con l'utenza e la gestione delle manifestazioni aggressive	La formazione degli operatori per la gestione delle manifestazioni di aggressività da parte dell'utenza	Adesione al progetto regionale di formazione con la programmazione di corsi sul tema.	Programmazione di corsi destinati a tutto il personale sul tema delle aggressioni.	Programma di formazione che coinvolga una parte significativa del personale dei reparti maggiormente a rischio

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La sottosezione costituisce l'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al triennio 2024-2026 (PTPCT).

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

ed è contenuto all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

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.

Inoltre l'ANAC, con propria Delibera n. 605 del 19/12/2023 ha aggiornato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) con l'aggiornamento 2023. Questo aggiornamento 2023 del PNA 2022 è stato dedicato ancora ai contratti pubblici. Ciò è avvenuto a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 31/03/2023 n. 36 sul Codice dei contratti pubblici, al fine di introdurre con questo aggiornamento, le necessarie indicazioni e riferimenti alle disposizioni del nuovo Codice, per fornire un supporto agli enti interessati, per presidiare l'area dei contratti pubblici con misure di prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza allo scopo di contrastare possibili fenomeni legati ai rischi corruttivi.

Si segnala che dal 1° gennaio 2024 ha preso il via la digitalizzazione dell'intero ciclo degli appalti e dei contratti pubblici, come previsto dal nuovo Codice degli Appalti, che prevede:

- al centro del nuovo sistema di appalti digitali c'è la Banca Dati Anac, che interagisce da una parte con le piattaforme certificate utilizzate dalle stazioni appaltanti, e dall'altra con le banche

dati statali che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti per gestire le varie fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici.

- Tali piattaforme devono essere utilizzate per la redazione o acquisizione degli atti relativi alle varie procedure di gara; trasmissione dei dati e documenti alla Banca Dati Anac; l'accesso alla documentazione di gara; la presentazione del Documento di gara unico europeo; la presentazione delle offerte; l'apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara; il controllo tecnico, contabile e amministrativo dei contratti in fase di esecuzione e la gestione delle garanzie.
- La digitalizzazione si applica a tutti i contratti sottoposti alla disciplina del Codice, ossia contratti di appalto o concessione, di qualunque importo, nei settori ordinari e nei settori speciali.
- La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita di un contratto pubblico comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Di conseguenza, una stazione appaltante o un ente concedente che intende affidare un contratto di appalto o concessione, di qualunque importo, deve ricorrere ad una piattaforma di approvvigionamento digitale certificata per provvedere a tale affidamento.

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, 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 PRINCIPI CHIAVE DEL PTPCT 2024 E LE PRINCIPALI AZIONI PER IL PROSSIMO TRIENNIO

Fra gli elementi più significativi:

- 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;
- l’organizzazione di 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 dei dipendenti e dei soggetti che a qualunque titolo svolgono funzioni e attività per conto dell’Azienda U.L.S.S. 5 Polesana – approvato con deliberazione n. 1769 del 29 dicembre 2023.

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 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.

Il settore sanitario è esposto a rischi specifici in considerazione dell'entità delle risorse gestite, delle particolari dinamiche che si potrebbero instaurarsi 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.

A seguito dell'eliminazione delle residue misure di contenimento dovute alla crisi sanitaria, l'attività economica italiana ha continuato a crescere, in particolar modo al Centro Italia e al Nord-Est. L'incremento del PIL è stato stimolato dalle costruzioni e dal terziario. Per quanto concerne il comparto industriale, questo si è indebolito in ogni settore, soprattutto riguardo ai settori a maggior utilizzo di energia elettrica, a seguito dei rincari.

Il Veneto si conferma la quarta regione italiana per produzione di ricchezza, dopo Lombardia, Lazio ed Emilia; 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. Il Veneto è una regione a vocazione fortemente industriale, in cui il manifatturiero è una dorsale importante sia in termini di forza lavoro, sia in termini di produzione di ricchezza e scambi internazionali di merci. È tuttavia il terziario che produce la quota maggiore di ricchezza.

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 più facilmente soffrono la mancanza di liquidità.

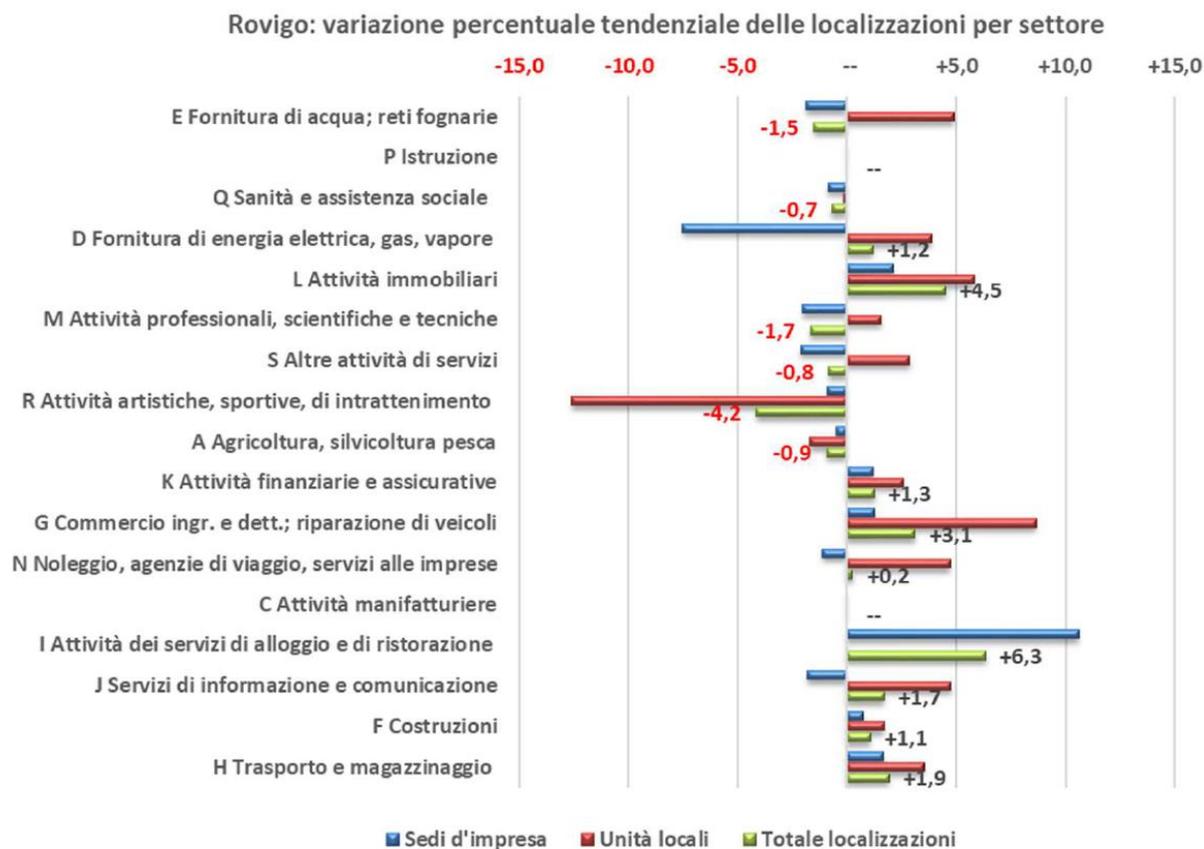
Questo potrebbe costituire un fattore di vulnerabilità alle infiltrazioni della criminalità organizzata nell'economia legale.

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 settembre 2023 sono 28.223 le localizzazioni di impresa attive, con una diminuzione rispetto ai valori dello stesso periodo del 2022 di 263 unità in meno (- 0,9% rispetto al III trimestre 2022).

Continuano a diminuire le sedi di impresa a conduzione giovanile (-0,6%), le sedi del commercio (-1,8%) le imprese femminili (-1%), le imprese agricole (-1,5%). I settori in maggior sofferenza sono

le costruzioni (-1,7%), trasporti (-3,6%), manifatturiere (-0,7%), informazione e comunicazione (-4,2%), alloggio e ristorazione (-0,8%), attività finanziarie ed assicurative (-0,9%).

Settori con segni positivi sono il settore delle attività professionali, scientifiche e tecniche (+3,1%), altri servizi alle imprese (+0,9%), attività immobiliari (+1,6%), istruzione (+6,3%), servizi di fognatura acqua e reti fognarie (+4,5%), sanità e assistenza sociale (+1,7%) e attività artistiche, sportive e di intrattenimento (+1,1%).



Dalla classifica stilata da “Il Sole 24 Ore” sulla qualità della vita nelle province italiane anno 2023, emerge che Rovigo si trova complessivamente al 68° posto, salendo la classifica di 9 posizioni. La performance migliore vede Rovigo al 7° posto per minor consumo di farmaci per l’obesità, mentre la performance peggiore si registra nella partecipazione alla formazione continua che la pone al 106° posto in classifica su 107 province.

In sintesi negli altri indicatori risulta:



INDICATORE	107°	1°	RANK	VAR:'23/'22	MEDAGLIE		
> Ricchezza e consumi			54°	-6▼	0	0	1
> Affari e lavoro			93°	+14▲	0	0	0
> Giustizia e sicurezza			18°	+33▲	0	0	0
> Demografia e società			98°	-9▼	0	0	0
> Ambiente e servizi			66°	+35▲	0	0	0
> Cultura e tempo libero			66°	-6▼	0	0	0

2.3.4 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.

il sistema di controlli interni è molto articolato e composto dalle seguenti figure.

Direttore Generale:

- designa il responsabile e adotta il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- 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, a seguito della quiescenza dal 31/07/2023 del precedente dirigente con l'incarico di RPCT dal 2018, ha nominato il nuovo RPCT con delibera del D.G. n. 1333 del 4/10/2023.

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 (PTPCT)
- 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'allocazione 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).

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 inconferibilità 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 del ruolo sanitario, 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.

2.3.5 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 anche per il 2024 continuare la 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, tra 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 2024.

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.

2.3.6 AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

L'ANAC con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, ha precisato che l'aggiornamento del PNA 2022 è sempre incentrato sui contratti pubblici. Ciò anche a seguito delle modifiche introdotte dal D.LGS. 31/03/2023 n. 36 sul Codice dei Contratti pubblici, che ha determinato un nuovo quadro di riferimento, in quanto a far data dal 1° luglio 2023 ha iniziato ad avere efficacia.

Dopo il 1° luglio 2023 il nuovo assetto normativo prevede la seguente ripartizione:

- procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- procedure di affidamento avviate dal 1° luglio 2023 in poi, disciplinate dal nuovo Codice;
- procedure di affidamento relative a interventi PNRR/PNC, disciplinati, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel d.l. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

Al centro del nuovo sistema di appalti digitali c'è la Banca Dati Anac, che interagisce da una parte con le piattaforme certificate utilizzate dalle stazioni appaltanti, e dall'altra con le banche dati statali che detengono le informazioni necessarie alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti per gestire le varie fasi del ciclo di vita dei contratti pubblici.

Tali piattaforme devono essere utilizzate per la redazione o acquisizione degli atti relativi alle varie procedure di gara; trasmissione dei dati e documenti alla Banca Dati Anac; l'accesso alla documentazione di gara; la presentazione del Documento di gara unico europeo; la presentazione delle offerte; l'apertura, gestione e conservazione del fascicolo di gara; il controllo tecnico, contabile e amministrativo dei contratti in fase di esecuzione e la gestione delle garanzie.

La digitalizzazione si applica a tutti i contratti sottoposti alla disciplina del Codice, ossia contratti di appalto o concessione, di qualunque importo, nei settori ordinari e nei settori speciali.

La digitalizzazione dell'intero ciclo di vita di un contratto pubblico comporta che le fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione vengano gestite mediante piattaforme di approvvigionamento digitale certificate. Di conseguenza, una stazione appaltante o un ente concedente che intende affidare un contratto di appalto o concessione, di qualunque importo, deve ricorrere ad una piattaforma di approvvigionamento digitale certificata per provvedere a tale affidamento.

Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a trasmettere tempestivamente alla BDNCP, per il tramite delle piattaforme di approvvigionamento certificate, le informazioni riguardanti:

a) programmazione

- il programma triennale ed elenchi annuali dei lavori;
- il programma triennale degli acquisti di servizi e forniture

b) progettazione e pubblicazione

- gli avvisi di pre-informazione
- i bandi e gli avvisi di gara
- avvisi relativi alla costituzione di elenchi di operatori economici

c) affidamento

- gli avvisi di aggiudicazione ovvero i dati di aggiudicazione per gli affidamenti non soggetti a pubblicità

d) esecuzione

- La stipula e l'avvio del contratto
- gli stati di avanzamento
- i subappalti
- le modifiche contrattuali e le proroghe
- le sospensioni dell'esecuzione
- gli accordi bonari
- le istanze di recesso
- la conclusione del contratto
- il collaudo finale

e) ogni altra informazione che dovesse rendersi utile per l'assolvimento dei compiti assegnati all'ANAC dal codice e da successive modifiche e integrazioni.

Contratti Pubblici: acquisti in ambito sanitario.

Con Delibera n. 605 del 19/12/2023, l'ANAC ha dedicato l'aggiornamento 2023 del PNA 2022 sempre ai contratti pubblici.

Gli ambiti di intervento di questo Aggiornamento al PNA 2022 sono circoscritti alla sola parte speciale del PNA 2022 e, in particolare:

- alla sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di maladministration e alle relative misure di contenimento, intervenendo solo laddove alcuni rischi e misure previamente indicati, in via esemplificativa, non trovino più adeguato fondamento nelle nuove disposizioni;
- alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, in particolare quelli ai sensi degli artt. 23, co. 5 e 28, co. 4 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

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.

Il D.lgs. 36/2023 ha introdotto, a partire dal 1° gennaio 2024, rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni, in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e del principio dell'unicità dell'invio, in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informativo (art. 19, comma 2).

L'Azienda comunica i dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), attraverso un link collocato nella sezione "Bandi di gara e contratti" in Amministrazione Trasparente.

L'Azienda inoltre pubblica all'interno della relativa sezione del sito web aziendale, i dati che non vengono trasmessi alla BDNCP ma che sono comunque oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023.

A seguito delle modifiche legislative che sono intercorse in questi ultimi mesi, si procederà quindi ad analizzare gli adeguamenti da apportare ai dati pubblicati nel sito aziendale, anche alla luce delle indicazioni diramate da ANAC, per poi effettuare le necessarie modifiche.

2.3.7 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 sono finalizzati 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". È 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.

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, applica all'ente se responsabile una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità; inoltre ANAC prevede altresì la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 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.

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.

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 situazioni 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 consentiranno 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

a) 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. 1769 del 29 dicembre 2023.

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.

b) 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 capo 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 sub contraenti presentino autonoma denuncia all'Autorità Giudiziaria di ogni illecita richiesta di denaro od altra utilità, ovvero offerta di protezione, che venga avanzata nel corso dell'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.

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 - All.To B al PTPCT triennio 2024-2026

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	Sicchiero Dario (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	Sicchiero Dario (RPCT) Davi Patrizia (Risorse Umane) Perrone Antonietta (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 (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) Perrone Antonietta (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		Davì 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 in essere	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 in essere	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 in essere	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 in essere	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 in essere	Fezzi Federica (Igiene Pubblica) Finchi Alessandro (Spisal) Lucio Andreotti (SIAN) Nicoli PierAndrea, Tiziano Rossin, Enrico Tammiso e Crepaldi Antonio (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 Monica Parti 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	Davì Patrizia (Risorse Umane)

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	Al 30.11.2023 è cessato il dr. Spadon e ad oggi non è stato nominato il CUP Manager.
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	Perrone Antonietta (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 in essere	Perrone Antonietta (Provveditorato-Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
Scelta fornitori	Discrezionalità nella scelta dei fornitori da invitare alle procedure negoziate	alto	Utilizzo del criterio di rotazione dei fornitori	già in essere	Perrone Antonietta (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 in essere	Perrone Antonietta (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 in essere	Perrone Antonietta (Provveditorato- Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari. Non tempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione. Non aderenza alla programmazione sia in termini di tempestività delle procedure, sia in termini di acquisti conformi ad aggiudicazione, sia in termini di quantità adeguate al fabbisogno.	alto	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	già in essere	Perrone Antonietta (Provveditorato-Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)

			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.		
Redazione ed aggiornamento del programma degli acquisti e dei lavori	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.	alto	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	già in essere	Perrone Antonietta (Provveditorato-Economato e Gestione Logistica) Mantovani Renzo (tecnico e patrimoniale)
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 in essere	Perrone Antonietta (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	Già in essere	Perrone Antonietta (Provveditorato-Economato e Gestione Logistica)

			Azienda Zero. Affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per soglie di importo < a € 40.000.		
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 in essere	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 in essere	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 in essere	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 in essere	Roberto Segala (Distretto 1) Alessandro Mantovani (Distretto 2)
Età Evolutiva	discrezionalità nella scelta tra le offerte di servizio (comunità)	medio	uvmd	già in essere	Roberto Segala (Distretto 1) Alessandro Mantovani (Distretto 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 in essere	Roberto Segala (Distretto 1) Alessandro Mantovani (Distretto 2)
Consultorio Familiare	discrezionalità nella scelta della struttura (comunità)	medio	riferimenti a strutture specialistiche regionali, collegialità di equipe UVMD	già in essere	Roberto Segala (Distretto 1) Alessandro Mantovani

					(Distretto 2)
Servizio Inserimento Lavorativo- Disabilità	discrezionalità per un inserimento Sil (borse e lavoro)	medio	DRG regionale, regolamento aziendale, UVMD	già in essere	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 in essere	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 in essere	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 in essere	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 in essere	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'équipe 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 in essere	Valentina Pavani (Serd)
Servizio Dipendenze	discrezionalità sulla valutazione e nella raccolta degli elementi ad essa collegata (valutazione Ser.D 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 in essere	Valentina Pavani (Serd)

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 in essere	Valentina Pavani (Serd)
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. È 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 a carico dai medici sulla base delle linee guida nazionali e internazionali ed è oggetto di verifica e revisione periodica	già in essere	Valentina Pavani (Serd)
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'équipe multidisciplinare con autorizzazione del Dirigente Responsabile del Servizio; verifica con puntuale rendicontazione dell'attività svolta	già in essere	Valentina Pavani (Serd)

Link al sito aziendale per reperire la tabella rappresentante l'elenco degli obblighi di pubblicazione 2024:

<https://www.aulss5.veneto.it/Piano-Triennale-prevenzione-corrruzione-e-trasparenza>

SEZIONE 3. **ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**



3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

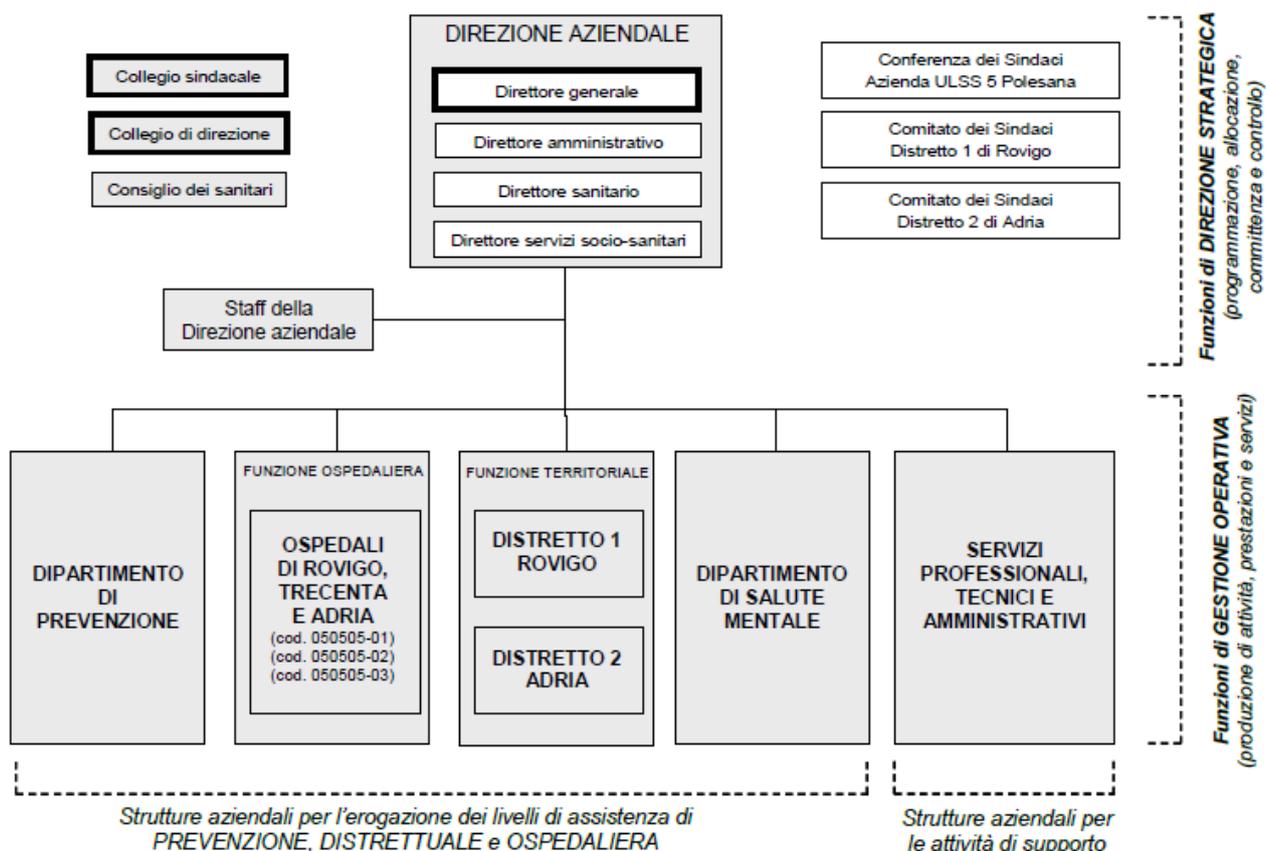
3.1.1 ORGANIGRAMMA

La Direzione aziendale

Le funzioni di direzione strategica dell’Azienda ULSS 5 Polesana (programmazione, allocazione, committenza e controllo) sono svolte dalla Direzione aziendale, la quale, nell’esercizio delle proprie funzioni, 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.

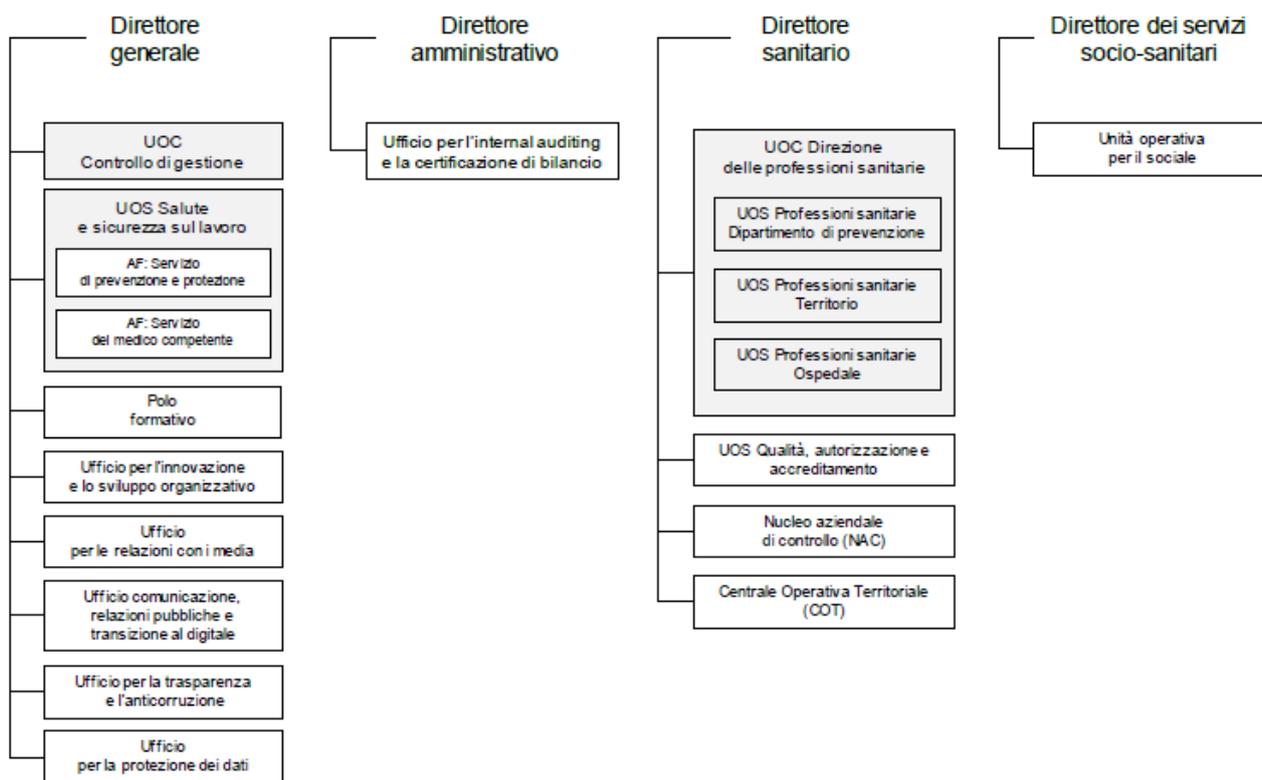
Lo schema organizzativo generale dell’Azienda ULSS 5 Polesana è descritto nella figura seguente.



A supporto delle funzioni svolte dalla Direzione aziendale di indirizzo, pianificazione, coordinamento e controllo è istituito 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 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 è descritta nella figura seguente.



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.

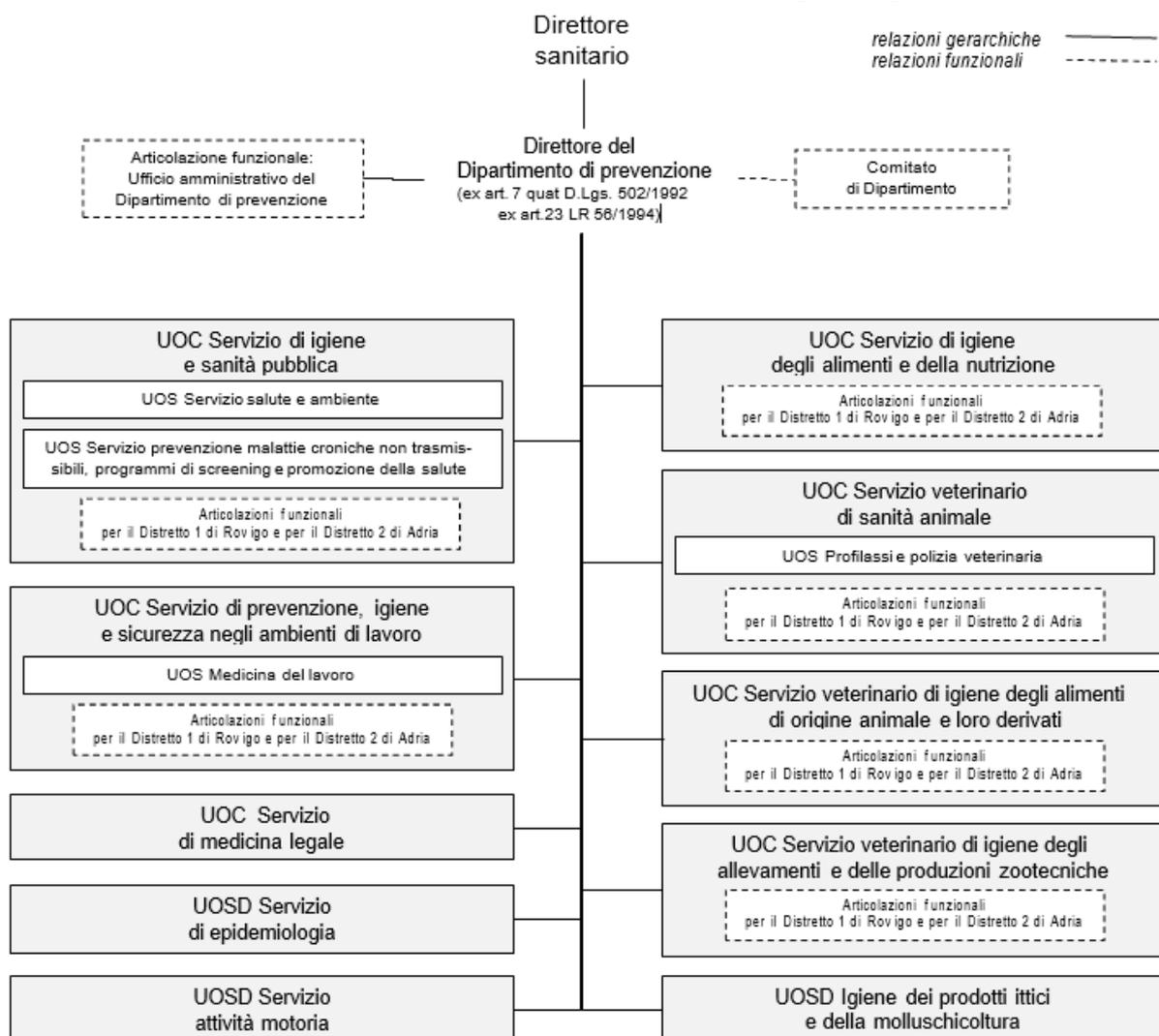
Per processo aziendale si intende invece qualsiasi raggruppamento di attività correlate e interagenti tra di loro che, svolte da personale appartenente a una o più articolazioni aziendali, sono finalizzate a ottenere un obiettivo finale. A seconda della quantità di attività da svolgere, delle competenze 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.

Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale 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" (LR 56/1994).

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 (One Health).

L'articolazione del Dipartimento di prevenzione è descritta nella figura seguente.

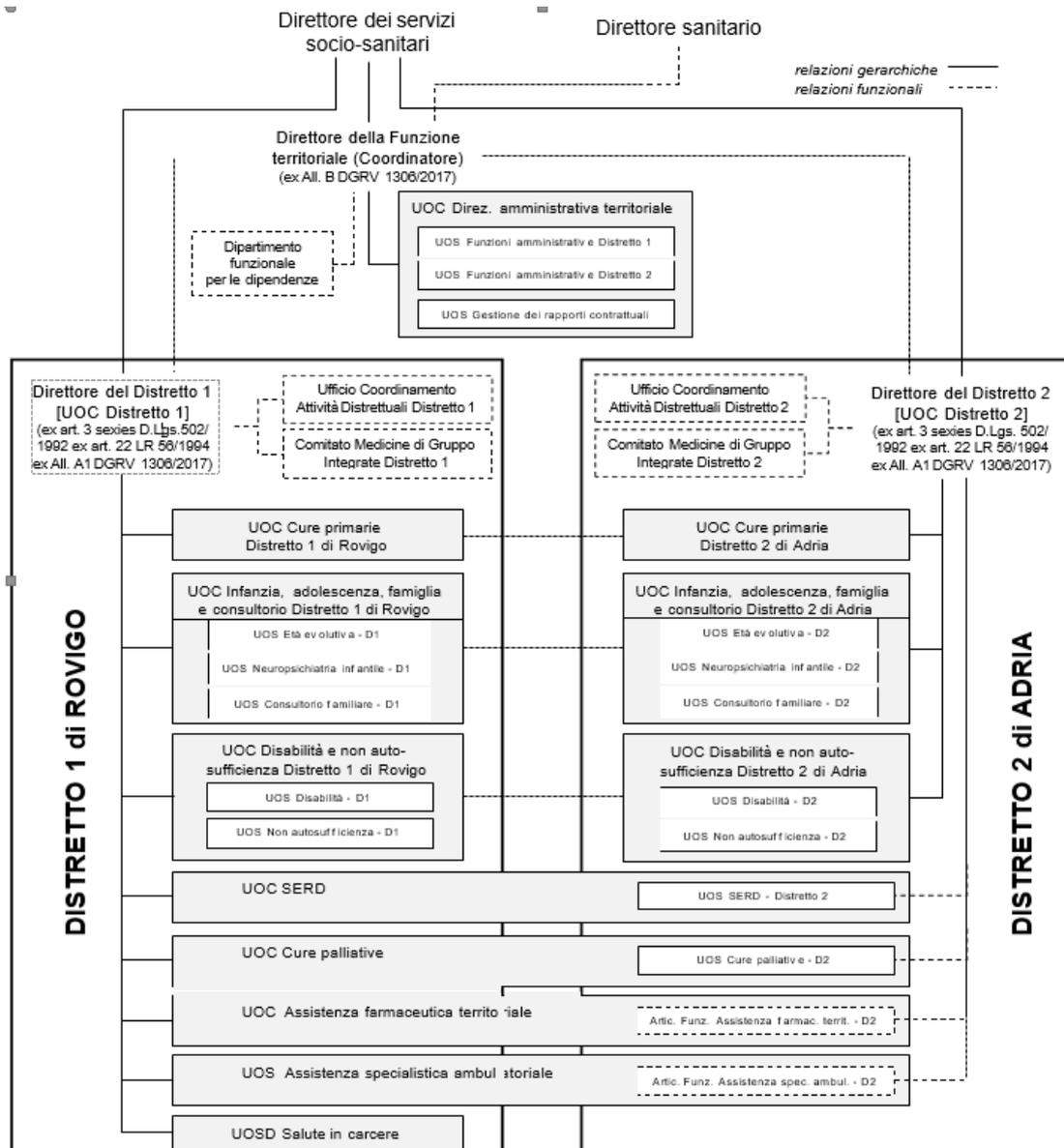


I Distretti e la Funzione territoriale

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, sociosanitarie 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.

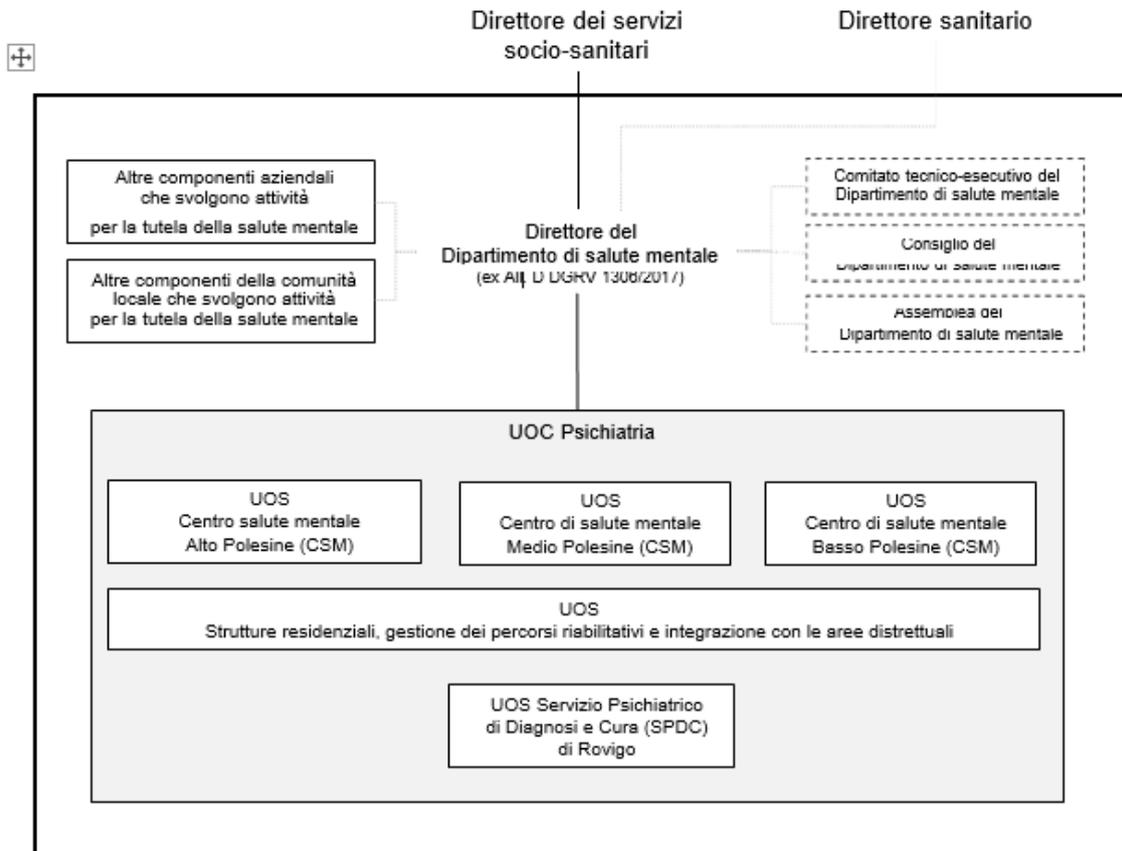
L’articolazione della Funzione territoriale è descritta nella figura seguente.



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. Il Dipartimento di salute mentale 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 è descritta nella figura seguente.



Gli Ospedali e la Funzione ospedaliera

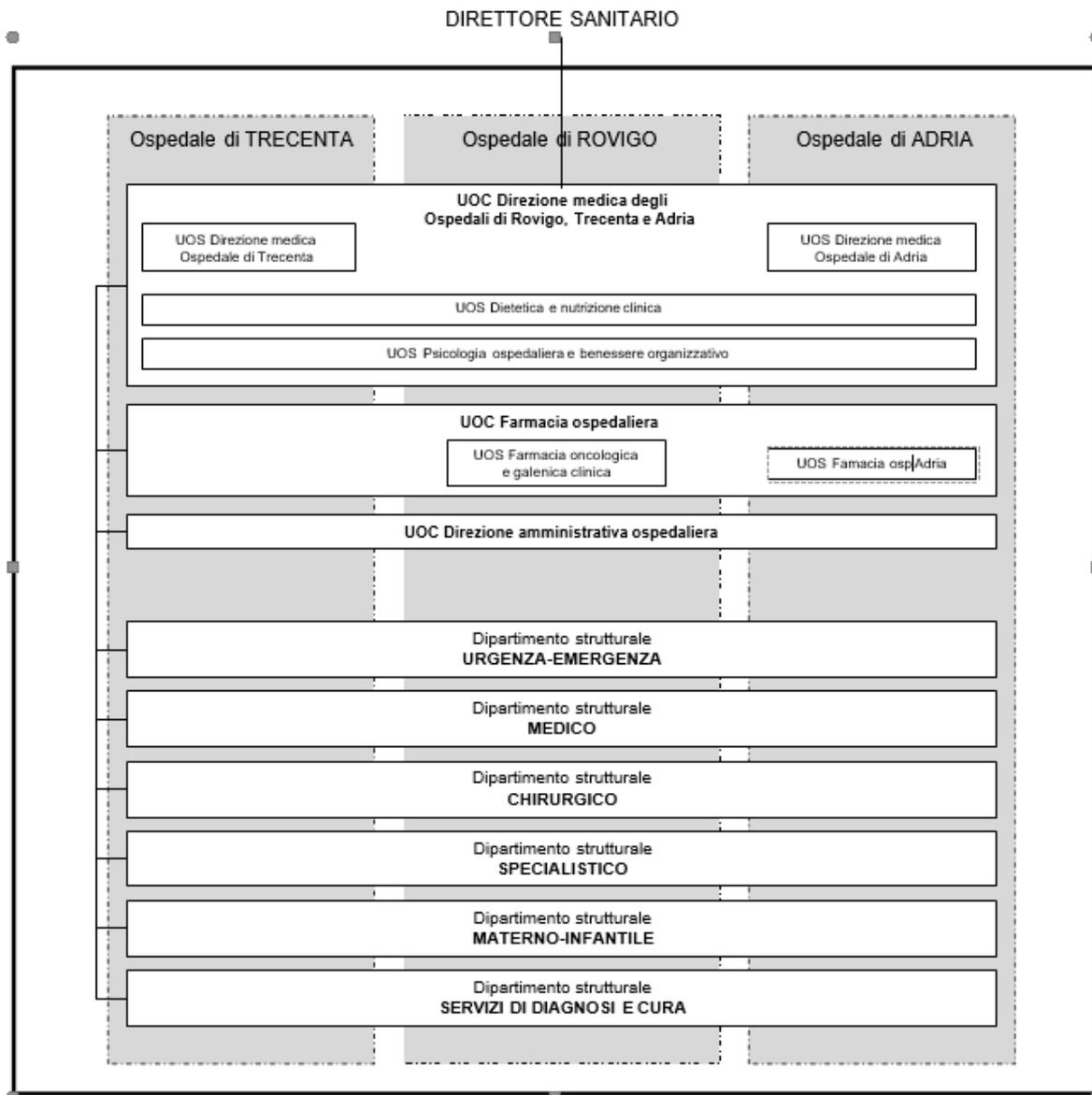
La Funzione ospedaliera dell’Azienda ULSS 5 Polesana è una articolazione aziendale composta dalla struttura tecnico-funzionale denominata “Ospedali di Rovigo, Trecenta e Adria”, a sua volta composta da unità operative e da dipartimenti strutturali ospedalieri trasversali alle tre sedi ospedaliere.

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 della Funzione ospedaliera dell’Azienda ULSS 5 Polesana è descritta nella figura seguente.



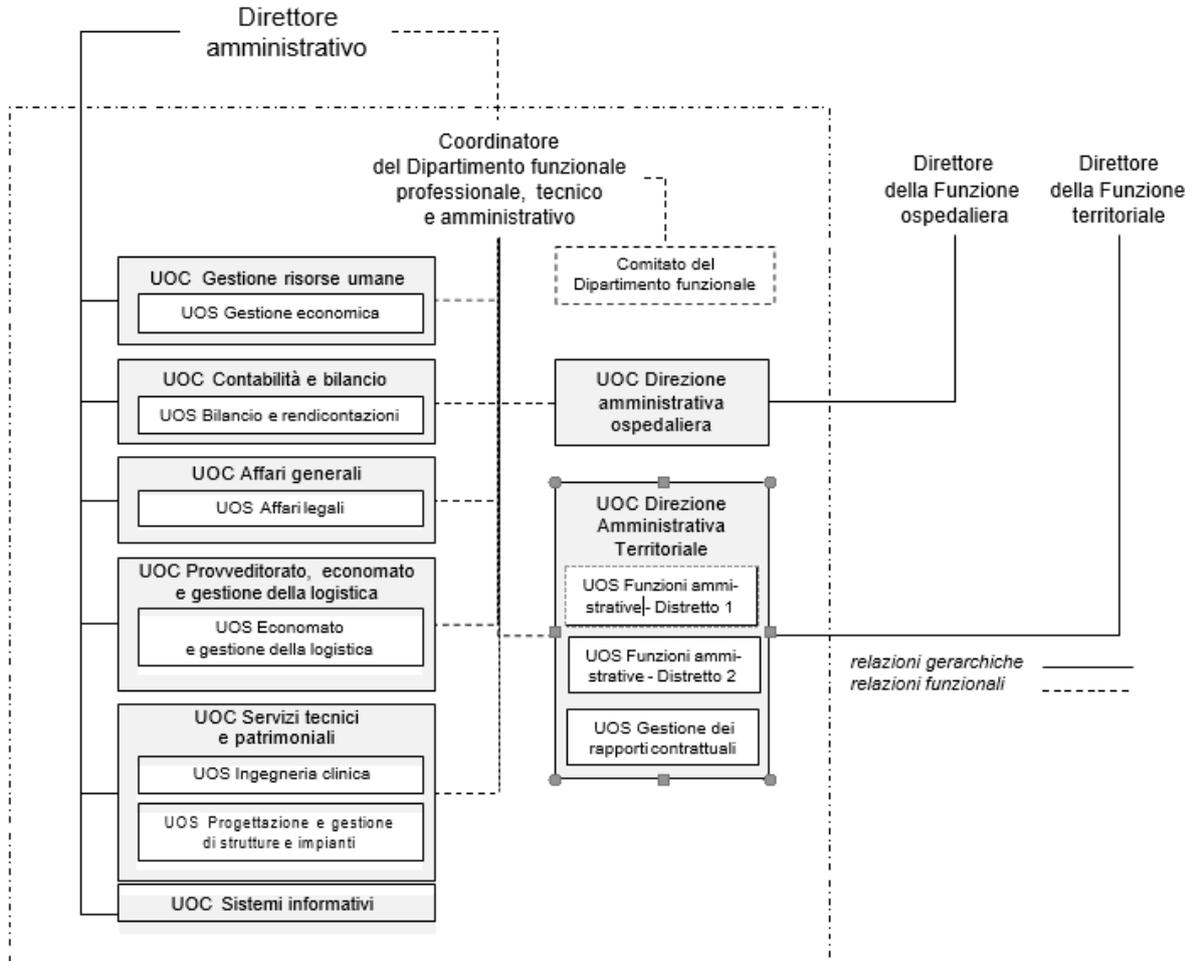
I Servizi professionali, tecnici e amministrativi

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, viene costituito il Dipartimento funzionale professionale, tecnico e amministrativo, che 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 trans-murale, perché aggrega unità operative che appartengono gerarchicamente a linee organizzative diverse.

L'articolazione dei Servizi professionali, tecnici e amministrativi e del Dipartimento funzionale professionale, tecnico e amministrativo è descritta nella figura seguente.



3.1.2 I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

Ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. 502/1992 l'Azienda ULSS 5 Polesana adotta il modello di gestione operativa di tipo dipartimentale.

Oltre al livello dipartimentale, l'organigramma di struttura organizzativa, prevede diversi livelli di responsabilità di tipo gestionale (incarichi Gestionali) e di tipo professionale (incarichi Professionali) dei dirigenti che corrispondono alle diverse tipologie di incarico conferibili.

Le diverse tipologie di incarico prevedono al loro interno differenti attribuzioni di funzioni con corrispondente valorizzazione economica (fasce).

INCARICHI GESTIONALI di Area Sanitaria

- Incarico di Direttore di Dipartimento Strutturale/Funzionale
- Incarico di Direttore di Unità Operativa Complessa: articolato in 4 fasce economiche
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale/Distrettuale: articolato in 6 fasce economiche
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice articolazione di UOC/di Staff: articolato in 6 fasce economiche

INCARICHI PROFESSIONALI di Area Sanitaria

- Incarico di Altissima professionalità Dipartimentale e di Altissima professionalità articolazione di Unità Operativa Complessa: articolato in 3 fasce economiche
- Incarico di Alta specializzazione: articolato in 6 fasce economiche
- Incarico di Professionale: articolato in 3 fasce economiche
- Incarico di Professionale di base (dirigenti con anzianità di servizio inferiore a 5 anni): articolato in un'unica fascia economica.

INCARICHI GESTIONALI di Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

- Incarico di Direttore di Dipartimento Funzionale
- Incarico di Direttore di Unità Operativa Complessa: articolato in 3 fasce economiche
- Incarico di Responsabile di Unità Operativa Semplice: articolato in 2 fasce economiche

INCARICHI PROFESSIONALI di Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

- Incarico di professionale anche di alta specializzazione: articolato in 2 fasce economiche

Anche per il personale del comparto, in conformità a quanto previsto dalla contrattazione collettiva, sono previsti diversi livelli di responsabilità, organizzativa e professionale, che corrispondono alle diverse tipologie di incarico di funzione secondo quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro sottoscritto il 02.11.2022 e prevedono al loro interno diversi livelli economici in corrispondenza alle diverse funzioni attribuite.

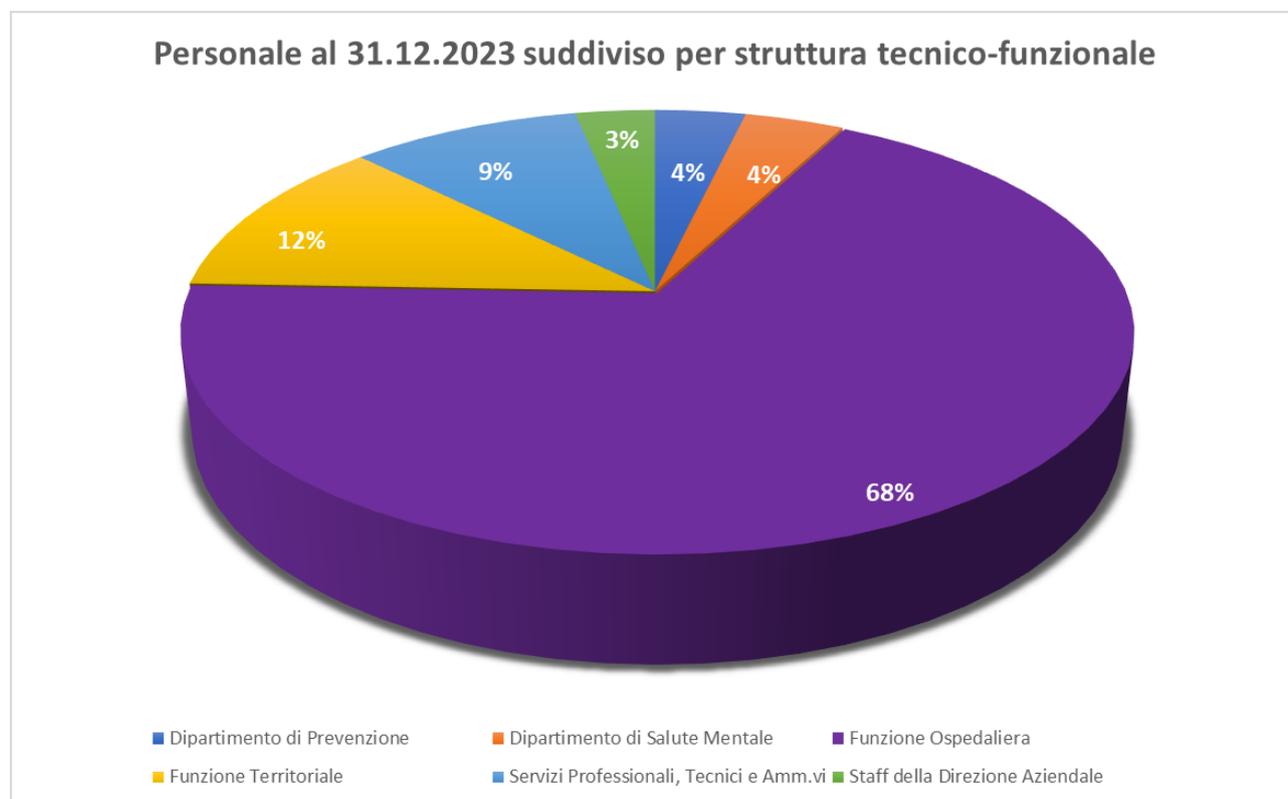
- Incarichi di funzione organizzativa, che per il personale sanitario possono comprendere anche le funzioni di coordinamento e incarichi di funzione professionale: articolati su 10 fasce economiche.

3.1.3 AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE

Le macro unità organizzative dell’Azienda ULSS 5 Polesana deputate all’erogazione dei livelli di assistenza sono le seguenti strutture tecnico-funzionali: Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale, Funzione Ospedaliera e la Funzione Territoriale; mentre, la struttura tecnico-funzionale deputata alle attività di supporto è quella dei Servizi Professionali Tecnici e Amministrativi.

La struttura di Staff della Direzione Aziendale si colloca invece quale struttura trasversale alle precedenti e svolge funzioni di supporto alla Direzione aziendale.

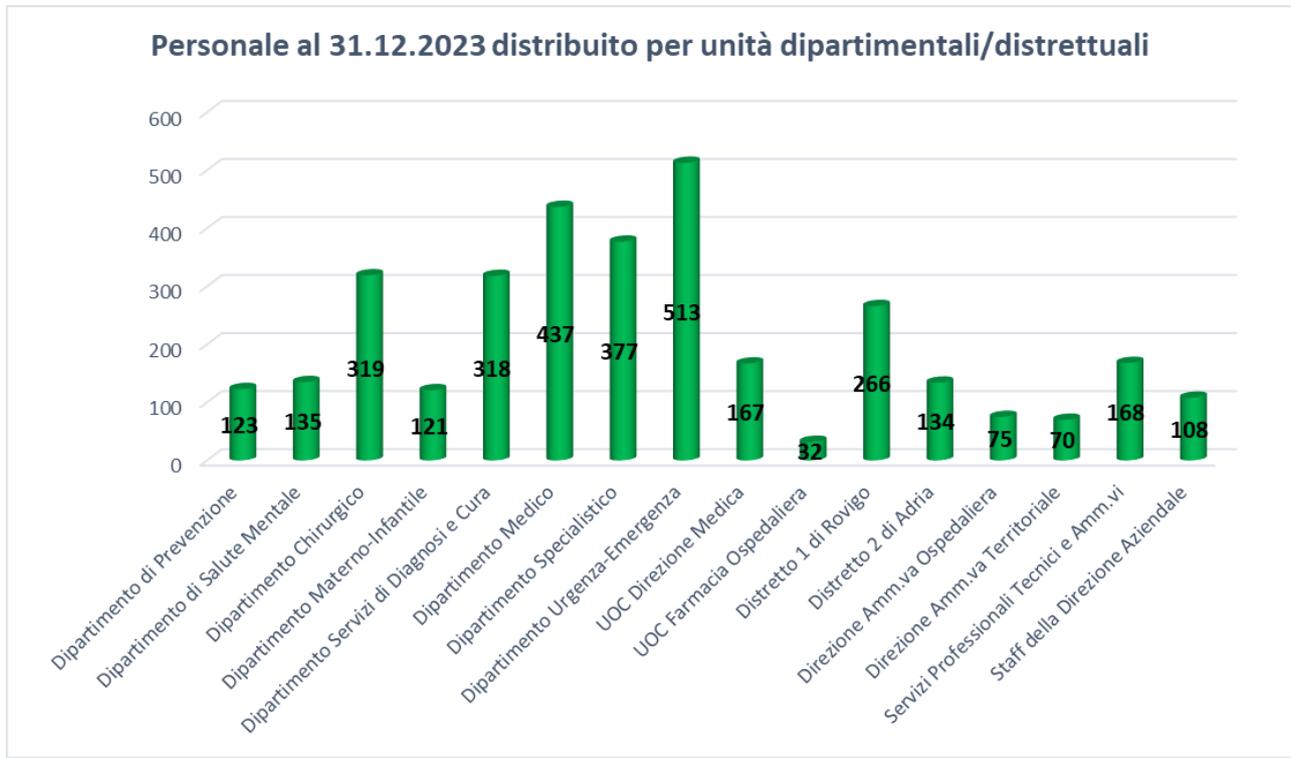
Suddivisione personale dipendente in base all’unità organizzativa di riferimento



Il personale dipendente si distribuisce in netta prevalenza (67.92%) nella Funzione Ospedaliera che comprende i presidi ospedalieri di Rovigo, Trecenta e Adria, seguito dal personale afferente alla Funzione Territoriale (11,89%) che comprende il Distretto 1 di Rovigo e il Distretto 2 di Adria.

Le singole unità organizzative Dipartimentali e Distrettuali dell’Azienda che compongono le strutture tecnico-funzionali summenzionate, hanno una consistenza media del personale dipendente di circa 210 unità.

Distribuzione del personale dipendente al 31.12.2023 per singole unità organizzative



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.

Il perseguimento del benessere lavorativo in termini di work life balance, ha messo quanto mai in risalto la necessità, anche per l'Azienda ULSS 5, di adottare strumenti e processi organizzativi più flessibili e il lavoro agile, oltre a rappresentare lo strumento che più è in grado di conciliare i tempi di vita e di lavoro, è da ritenersi come lo strumento che consente, attraverso la soddisfazione dei bisogni del lavoratore, di aumentarne la produttività e conseguentemente l'efficienza dell'azione amministrativa.

I dirigenti ricopriranno un ruolo fondamentale nel processo di innovazione del sistema organizzativo aziendale, in quanto, nella definizione dello sviluppo del lavoro agile, verrà loro chiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership che dovrà essere caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

Il lavoro per obiettivi rappresenta un'innovazione organizzativa stimolante e sfidante per i lavoratori, in quanto, impone un'autonoma organizzazione del lavoro sulla base di risultati da raggiungere in tempi programmati, con evidente responsabilizzazione rispetto al conseguimento degli stessi.

I tratti maggiormente significativi del lavoro agile, che sono anche quelli che lo rendono ulteriormente attrattivo, sono la mancanza di specifici vincoli di luogo e di orari di servizio, anche se è prevista una prevalente presenza nella sede di lavoro.

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.

Il lavoro agile, inoltre, rappresenta un'innovazione organizzativa che può avvicinare la nuova generazione di giovani lavoratori agli impieghi nella pubblica amministrazione, che oggi paga il prezzo di una diffusa visione di un'ambiente di lavoro poco stimolante e decisamente non al passo con i tempi e con le innovazioni che hanno invece investito l'organizzazione del lavoro in molte realtà dell'impresa privata.

L'Azienda ULSS 5 Polesana, nel corso dell'ultimo anno, ha più volte perfezionato la bozza di Regolamento per il lavoro a distanza e ha condiviso alcune criticità con le varie parti aziendali coinvolte. Nel corso del corrente anno 2024 aprirà il tavolo di confronto con le Organizzazioni Sindacali al fine di condividere/modificare le Aree di attività che possono essere interessate dal lavoro agile.

Attualmente l'Azienda ha concesso di svolgere l'attività in modalità agile a n. 5 dipendenti rientranti nella categoria di lavoratore "fragile"; l'obiettivo per il triennio 2024 – 2026, oltre all'approvazione del Regolamento, è quello di consentire un maggiore accesso al lavoro agile, considerandolo in prevalenza come uno strumento di accrescimento qualitativo delle prestazioni aziendali erogate.

L'Azienda, in sede di prima applicazione, intende con il Regolamento, consentire ai lavoratori del Comparto di presentare domanda di accesso al lavoro agile escludendo le attività che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non esercitabili a distanza, nonché, per la particolarità del servizio svolto, l'attività di sportello e le attività che implicano il rapporto diretto con gli utenti, oltre, le attività sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali rivolte a pazienti, utenti, da eseguire presso specifiche strutture di erogazione di servizi o, in generale, le attività che richiedono la presenza fisica presso la sede di lavoro o che sono svolte in turno (a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, segreterie di reparto, sportelli di pagamento, prenotazione, ritiro referti, front office, ecc.).

L'obiettivo di lungo periodo, oltre il triennio, che l'Azienda ULSS 5 si prefigge è quello di poter rendere operativo lo Smart Working per i dipendenti (anche dirigenti alla luce del recente CCNL Area Sanità del 23.01.2024) che ne facciano richiesta, 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.

L'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.

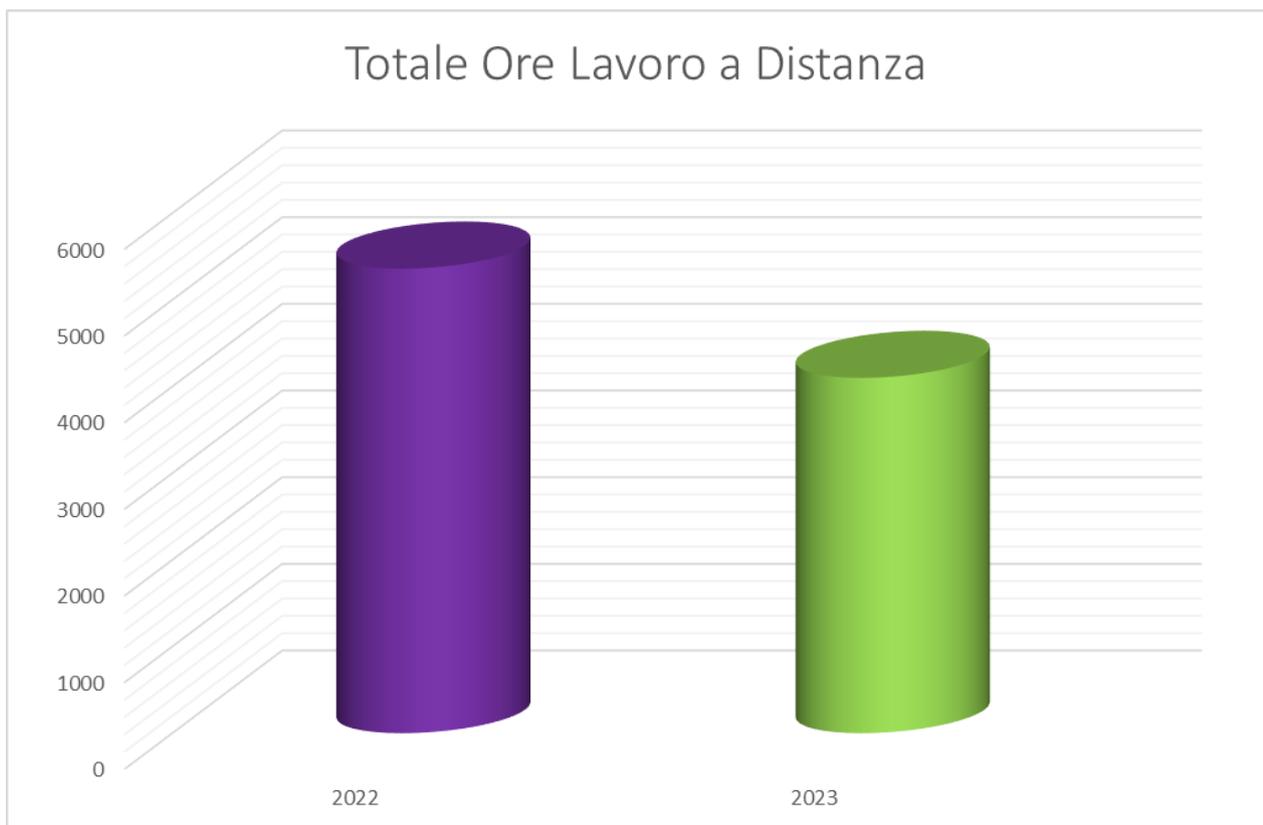
Saranno coinvolti, i dipendenti interessati per addestrarli all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione, nonché per diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni, le figure aziendali preposte alla 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.

Un ruolo di primaria importanza sarà svolto anche dai Sistemi Informativi aziendali, che dovranno definire gli applicativi tecnologici più idonei in grado di consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa amministrativa in modalità agile e garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della propria attività.

Le Unità Operative/Servizi dovranno essere dotate, su richiesta, di PC portatili da utilizzare, anche a rotazione, da parte dei lavoratori c.d. agili, con caratteristiche tali da rendere possibile l'accesso alle varie procedure aziendali. La connettività rimarrà, invece, a carico del lavoratore.

In ottica di progressivo ampliamento anche ad altre aree di attività, l'implementazione del lavoro agile, dovrebbe portare ad impatti positivi esterni e ad ampio spettro come, ad esempio, riduzione degli spostamenti casa-lavoro, migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, minor necessità di spostamento con conseguente diminuzione delle emissioni di Co2, miglioramento delle competenze e della cultura digitale ecc.

Totale ore Lavoro a Distanza suddivise per anno di riferimento



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.

La DGRV 22/2024 ha dettato ulteriori modalità di integrazione nel PIAO dei piani triennali di fabbisogno del personale.

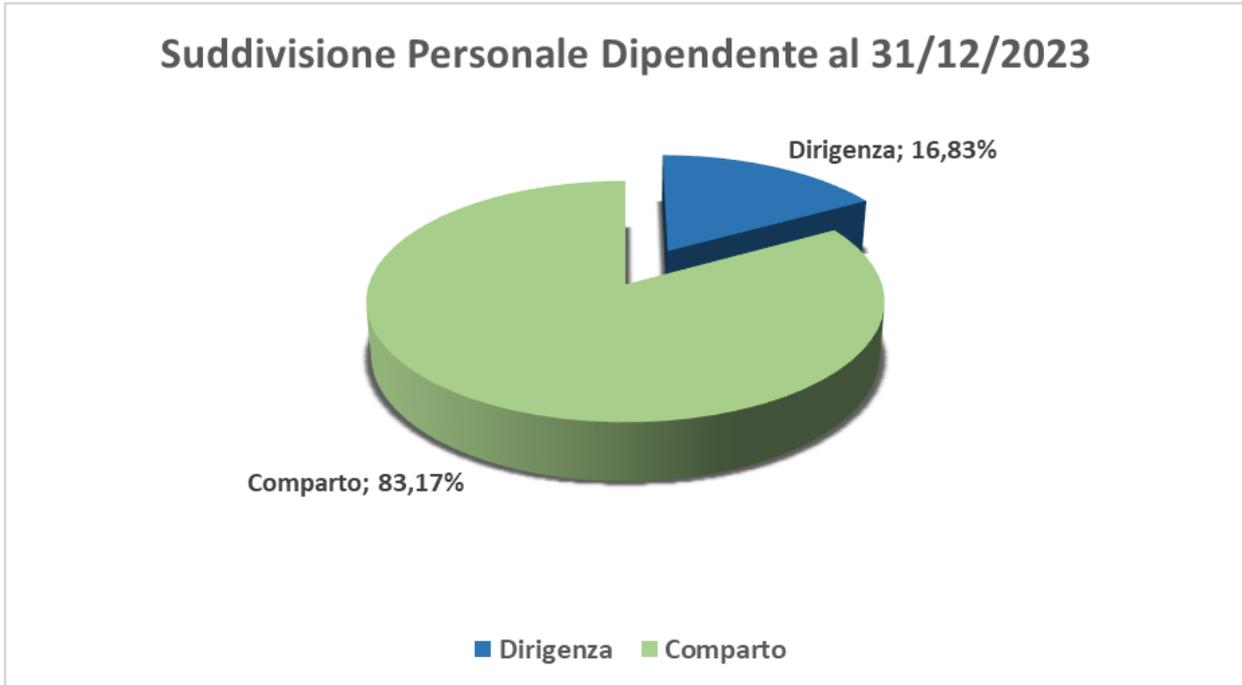
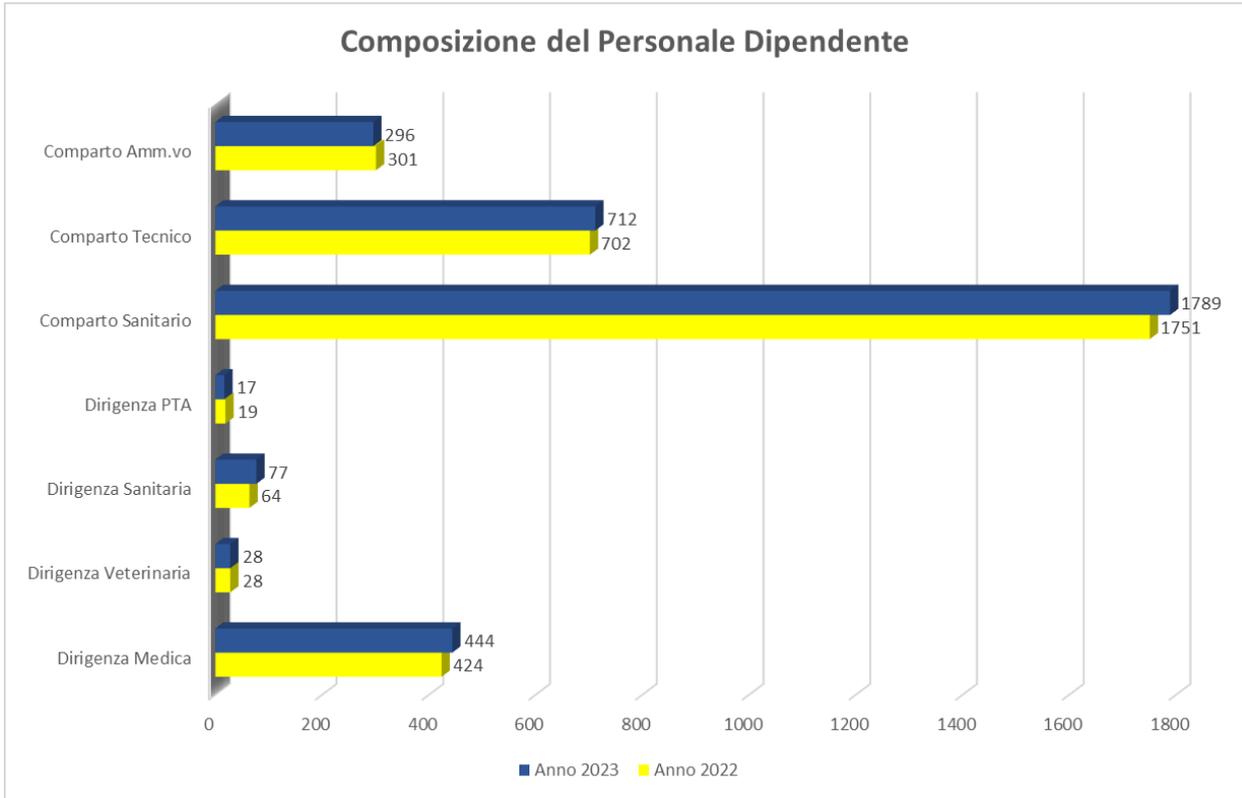
3.3.1 RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE

Il personale dipendente dell'Azienda al 31.12.2023 ammonta a 3.363 unità.

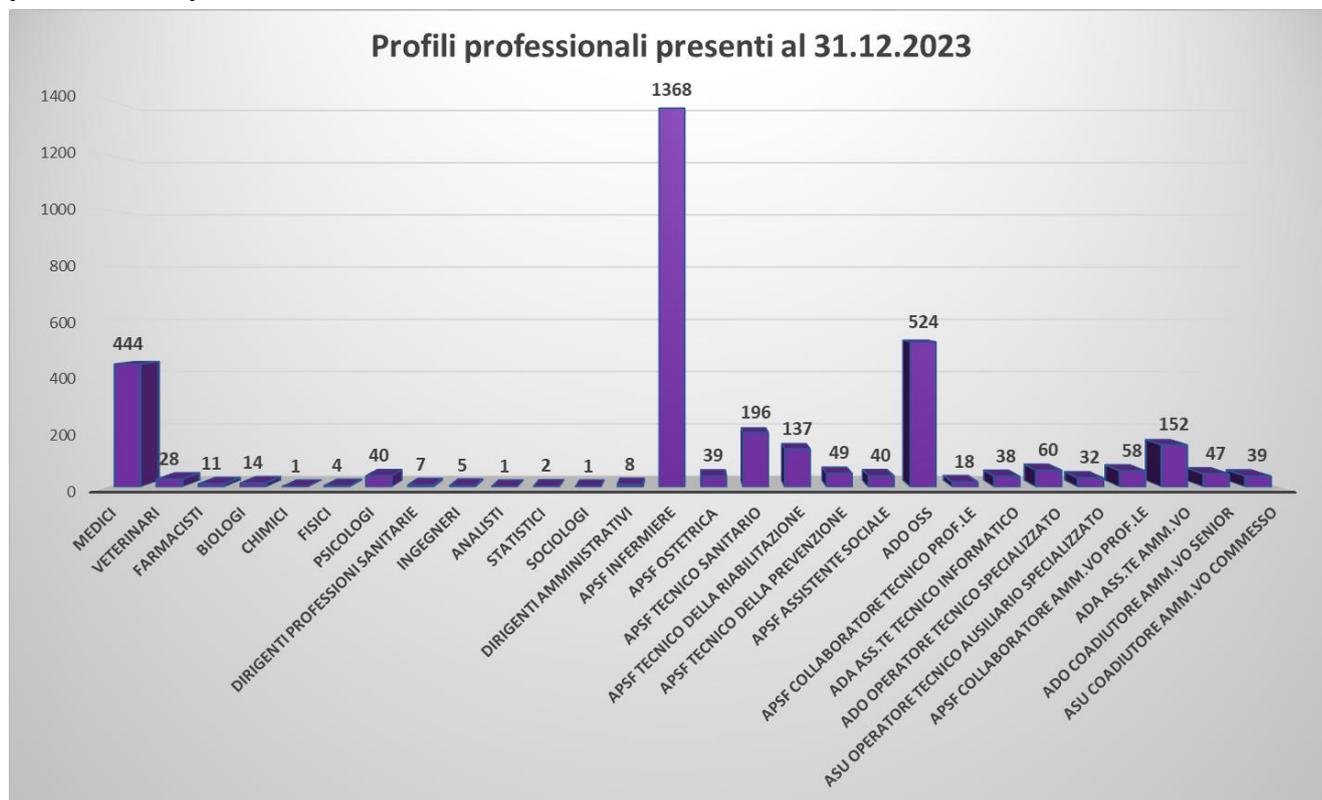
I Dirigenti rappresentano il 16,8% del personale dipendente.

Dal punto di vista della composizione per ruolo, il 69,4% del personale dipendente appartiene al ruolo sanitario, il 9,2% al ruolo amministrativo, il 21,3% al ruolo professionale e il restante 0,1% a quello tecnico.

Il grafico sottostante evidenzia la variazione della consistenza del personale negli ultimi due anni.



Rappresentazione del personale dipendente al 31.12.2023 suddiviso in relazione ai profili professionali presenti.



3.3.2 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE

Il piano triennale 2024-2026 del fabbisogno di personale è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 10/01/2024 e di seguito vengono riportati i relativi documenti (Allegato A):

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;

Tabella B – Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2024

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2025

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2026

corredati dalla relativa Relazione Sintetica di cui all'Allegato B).

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

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI									
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento ⁴	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ²	Altre Tipologie	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=H+M	O	P	Q	
				€ 173.481.416,93	-	€ 915.333,59	-	-	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	-	-	2.034.217,85	-	-	-	
				€ 50.089.510,78	€ 28.438,91	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.352.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ -	€ -	€ 5.265.155,52	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	447,16	112,74	€ 50.089.510,78	€ 28.438,91	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.352.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ -	€ -	€ 5.265.155,52
	Dirigenza v veterinaria	S	29,94	0,00	€ 3.215.373,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	79,00	8,82	€ 6.557.681,94	€ 5.636,55	€ -	€ -	€ -	€ 140.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 294.249,14	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	18,13	0,00	€ 1.823.134,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		574,23	121,56	€ 61.685.701,07	€ 34.075,46	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ 294.249,14	€ -	€ 5.265.155,52
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.385,85	0,00	€ 63.285.349,35	€ 163.536,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	192,45	1,00	€ 8.445.511,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14.200,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	127,54	0,92	€ 4.615.516,95	€ 432.381,14	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 9.301,50	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	48,95	0,00	€ 2.300.146,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	517,00	0,00	€ 17.829.293,69	€ 434.682,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	145,98	31,19	€ 5.118.783,58	€ 795.184,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 817.373,01
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	285,00	0,00	€ 10.201.114,49	€ 229.656,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.702,77	33,11	€ 111.795.715,86	€ 2.055.441,45	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 23.501,50	€ -	€ 817.373,01
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.277,00	154,67	€ 173.481.416,93	€ 2.089.516,91	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ 317.750,64	€ -	€ 6.082.528,53	

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

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

Azienda		505 - Polesana			DIPENDENTI				NON DIPENDENTI								
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Societa ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Societa ⁵	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso titolo nel 2010			Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-		
				€ 173.481.416,93	-	€ 915.333,59	-	-	€ 4.492.955,72	€ 2.034.217,85			-	-	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	447,16	104,77	€ 50.089.510,78	€ 28.438,91	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.352.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ -	€ -	€ 3.723.239,20
	Dirigenza veterinaria	S	29,94	0,00	€ 3.215.373,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	79,00	8,82	€ 6.557.681,94	€ 5.636,55	€ -	€ -	€ -	€ 140.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 294.249,14	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	18,13	0,00	€ 1.823.134,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		574,23	113,59	€ 61.685.701,07	€ 34.075,46	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ 294.249,14	€ -	€ 3.723.239,20
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.385,85	0,00	€ 63.285.349,35	€ 163.536,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	192,45	1,00	€ 8.445.511,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14.200,00	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	127,54	0,92	€ 4.615.516,95	€ 432.381,14	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 9.301,50	€ -	
	Personale della prevenzione	S	48,95	0,00	€ 2.300.146,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	517,00	0,00	€ 17.829.293,69	€ 434.682,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	145,98	31,19	€ 5.118.783,58	€ 795.184,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 817.373,01	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	285,00	0,00	€ 10.201.114,49	€ 229.656,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.702,77	33,11	€ 111.795.715,86	€ 2.055.441,45	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 23.501,50	€ -	€ 817.373,01	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.277,00	146,70	€ 173.481.416,93	€ 2.089.516,91	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ 317.750,64	€ -	€ 4.540.612,21	

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

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

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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁴	Altre Tipologie
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento	-	-	Limite 70% del costo sostenuto allo stesso filolo nel 2010			Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE				€ 61.685.701,07	€ 34.075,46	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 4.717.295,00	€ 294.249,14	€ -	€ 3.723.239,20
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.385,85	0,00	€ 63.285.349,35	€ 163.536,75	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	192,45	1,00	€ 8.445.511,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14.200,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	127,54	0,92	€ 4.615.516,95	€ 432.381,14	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 9.301,50	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	48,95	0,00	€ 2.300.146,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	517,00	0,00	€ 17.829.293,69	€ 434.682,19	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	145,98	31,19	€ 5.118.783,58	€ 795.184,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 817.373,01
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	285,00	0,00	€ 10.201.114,49	€ 229.656,79	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO			2.702,77	33,11	€ 111.795.715,86	€ 2.055.441,45	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 23.501,50	€ -	€ 817.373,01
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			3.277,00	146,70	€ 173.481.416,93	€ 2.089.516,91	€ 915.333,59	€ -	€ -	€ 4.492.955,72	€ 4.400.000,00	€ -	€ 317.295,00	€ 317.750,64	€ -	€ 4.540.612,21

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

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

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

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

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

DIRETTORE GENERALE

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024

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	575	1	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	30	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	81	1	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	SS-PTA	24	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			710	2	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.409	3	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	196	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	121	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	SS	500	17	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e Socio Sanitario	SS-T	168	17	0	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	303	9	0	0	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			2.756	62	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			3.466	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 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	SS-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 e socio-sanitario	SS-T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo o 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	SS-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 e socio-sanitario	SS-T	0,00	€ -	€ -	-
	Personale ruolo amministrativo o 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 2026
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	SS-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 e socio-sanitario	SS-T	0,00	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo o 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 Davì
Responsabile del procedimento: Dott.ssa Patrizia Davì
Tel. 0425/393690 - Fax 0425/393967
e-mail: patrizia.davi@aulss5.veneto.it

Oggetto: Revisione PTFP 2023, adozione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2024 - 2026 e Dotazione Organica – Relazione sintetica.

In relazione alla richiesta della Regione Veneto prot. n. 605039 del 09.11.2023, si precisa quanto di seguito.

Revisione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale anno 2023

Il costo del Personale Dipendente - Bilancio Sanitario è risultato pari ad € 172.950.000,00, in linea con quanto comunicato con nota prot. nr. 77254 del 10.08.2023.

Il costo degli Incarichi art. 7. c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001, delle Consulenze ex art. 117, c. 2 CCNL 19.12.2019 e della Somministrazione è pari ad € 4.611.729,16.

Si evidenzia la nota carenza di personale medico e le difficoltà ad assumere personale strutturato, in particolare nelle discipline di anestesia e rianimazione, urgenza ed emergenza, pediatria, radiodiagnostica, ginecologia e medicina interna, nonostante le numerose procedure attivate (concorsi pubblici, avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato e avvisi di mobilità) che hanno reso necessario negli ultimi anni il ricorso a professionisti esterni con contratto di lavoro autonomo di cui all'art 7 c. 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i, al fine di garantire la continuità dei servizi ed in particolare i servizi di guardia, nonché evitare l'interruzione di pubblico servizio.

Già con nota prot n. 11104 del 31.01.2023 si è proceduto ad evidenziare la criticità nel reclutamento di dirigenti medici con rapporto di lavoro di dipendenza e la necessità di reperire personale medico con incarico Libero Professionale.

Tale spesa consente inoltre di evitare, unitamente agli altri strumenti disponibili (acquisto prestazioni da parte del personale dipendente, convezioni con altre aziende sanitarie, SAI) il ricorso a prestazioni/servizi effettuati da ditte esterne.

Costo Prestazioni aggiuntive

Nel corso dell'anno 2023 l'Azienda ha fatto ricorso a prestazioni aggiuntive ex art. 55 CCNL 08.06.2000 entro comunque il limite massimo autorizzato nel Piano Triennale dei Fabbisogni 2023-2025.

Costo degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)

ANNO 2023

TETTO DI SPESA Dirigenza Medica (SAI + medicina dei servizi) € 4.100.000,00

TETTO DI SPESA dirigenza Sanitaria (Psicologi) € 125.000,00

Totale personale nr. 53 SAI e nr. 2 psicologi

FTE SAI anno 2023 = 33,72

FTE Psicologi anno 2023 = 1,16

Per quanto riguarda la dirigenza sanitaria (psicologi) si registra un lieve incremento della spesa pari ad euro 10.000,00 in parte dovuto all'attivazione di un incarico di psicologo (autorizzato in CRITE prot. nr 315817 del 15.07.2022) per la Casa Circondariale di Rovigo ed in parte anche dallo svolgimento di attività esterna ex art. 32 ACN 31/03/2020 e s.m.i..

Costo Incarichi articolo 7, c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001e s.m.i. con specifico finanziamento complessivamente € 265.926,92:

- a) € 170.477,57 è riferito a contratti libero professionali a Psicologi con specifico finanziamento come di seguito dettagliato:
- Quality life € 34.272,00 – finanziamento regionale
 - Gioco d'azzardo patologico € 24.402,14 – finanziamento regionale
 - Contrasto disturbo della nutrizione e dell'alimentazione € 9.240,00 – finanziamento regionale
 - Sviluppo dei consultori familiari € 17.320,23 – finanziamento regionale
 - Progetto Fenice € 32.088,00 – finanziamento regionale
 - Orientamento rete ascolto € 53.155,20 – finanziamento Ca.ri.pa.ro
- b) € 77.749,45 per borse di studio a personale Dirigente Sanitario - Farmaciste con finanziamento da privato
- c) € 17.699,90 per borse di studio a personale dell'area del comparto sanitario dietista ed educatore professionale

Relativamente alla colonna "Altre Tipologie", sono stati riportati i seguenti valori corrispondenti a:

- € 3.723.239,20: Area Dirigenza Medica per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: servizio di medicalizzazione del 118; servizio di assistenza medica di supporto all'UOC di Pronto Soccorso di Rovigo, Trecenta ed Adria, UOC Pediatria Rovigo-Adria, UOC Ostetricia e Ginecologia Adria e UOC Ortopedia e Traumatologia Rovigo e Adria, UOC Anestesia e Rianimazione di Adria; UOC Radiologia.

- € 817.373,01: 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; servizi di guardiania.

Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per gli anni 2024 - 2026 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 2023, 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 2024-2026, 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 2024 – 2026 come segue:

€ 173.481.416,93 per il costo del Personale Dipendente – Bilancio Sanitario – Tabella A – Scheda 1 – PTFP Anno 2024

€ 4.492.955,72 per gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)

€ 4.717.295,00 complessivamente per il costo degli Incarichi art. 7. c. 6 del D. Lgs. 165/2001 e il costo delle Consulenze ex art. 117, c. 2 CCNL 19.12.2019.

Il fabbisogno per il personale dipendente riguarda sia il Personale Dirigente, sia il Personale del Comparto in prevalenza già autorizzato, necessario per l'erogazione dei LEA.

La rilevazione effettuata tiene conto degli strumenti di programmazione: il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con L.R. 28.12.2018 n. 48, la DGRV n. 614 del 14.03.2019, che dispone l'approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss e gli 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.

Si evidenzia che nel corso del 2023, grazie ai concorsi indetti da Azienda Zero, numerosi servizi hanno raggiunto l'organico previsto dalla dotazione, mentre altre unità operative hanno subito un incremento, avvicinandosi alla dotazione. Permane, però, per alcuni servizi, la difficoltà di reclutare personale medico. Pertanto particolare attenzione è stata rivolta all'acquisizione di professionisti con contratti di lavoro autonomo.

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 alle attività previste anche in termini di nuovi servizi, nonché tenuto conto delle autorizzazioni regionali rilasciate e delle prenotazioni ai concorsi indetti da Azienda Zero.

AREA DIRIGENZA

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

Area Ortopedica: le unità assunte nel corso del 2023 si sono impegnate a garantire le visite ambulatoriali presso i Punti Sanità del territorio e riprendere l'attività chirurgica presso l'Ospedale di Trecenta. La dotazione ha permesso di soddisfare la domanda di prestazioni ambulatoriali, mentre l'attività chirurgica permane quasi esclusivamente dedicata all'urgenza, con ricorso costante a sedute straordinarie anche nel fine settimana.

Area Medica Generalista: gli effetti del potenziamento della dotazione di personale, hanno lo scopo di garantire le attività di guardia, in particolare presso la sede di Rovigo, sulla Medicina e sulla Geriatria, tenuto, altresì conto che, allo stato attuale, il personale medico di Rovigo garantisce turni di assistenza ad Adria in quanto il reclutamento per gli ospedali periferici risulta difficoltoso. È stato inoltre previsto l'inserimento in organico delle figure del reumatologo e dell'endocrinologo, al momento non presenti.

Area Medica Specialistica: a seguito dell'implementazione della Stroke Unit presso la UOC di Neurologia, al fine di garantire il trattamento più appropriato per ogni caso di ictus sulla base di un approccio multi-disciplinare finalizzato alla dimissione a domicilio o in reparti di riabilitazione, l'organico di tale UOC è stata adeguato. Inoltre, anche la UOC Pneumologia ha subito un incremento nell'organico, giustificato dall'apertura della nuova terapia semi intensiva respiratoria, dotata di 8 posti letto e che consentirà anche la rapida trasformazione dei letti in terapia intensiva, qualora si renda necessario, e che richiede una guardia dedicata nelle 24 ore. Particolare attenzione, infine, è stata riservata alla UOC Malattie Infettive, date le necessità di supporto per le attività previste dal PNCAR, e alla UOC Gastroenterologia, per garantire la gestione dei posti letto e le urgenze endoscopiche ed i

tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali per le quali si è fatto in parte ricorso ad apposita convenzione con altro ente, oltre che per garantire la guardia notturna del Dipartimento Specialistico.

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. Si è provveduto ad una revisione organizzativa del SUEM 118, con l'inserimento del medico di centrale oltre al medico cessato. Tale scelta ha potenziato e migliorato le attività della Centrale Operativa Provinciale.

PERSONALE DEL COMPARTO

In riferimento al fabbisogno di personale del comparto, per quanto attiene i profili di Infermiere ed Operatore Socio Sanitario, il significativo incremento registrato nell'ultimo triennio è in parte riconducibile all'adeguamento degli standard previsti dalla DGRV 610/2014 nonché all'attivazione di nuovi servizi ed attività previsti dalla Programmazione Regionale DGRV 614/2019.

Si rileva, inoltre, che il nuovo CCNL del Comparto Sanità del Triennio 2019-2021, sottoscritto il 02 novembre 2022, oltre alla revisione del sistema di classificazione del personale, ha introdotto l'area del personale di elevata qualificazione (EQ), a cui appartengono i lavoratori strutturalmente già inseriti nei processi produttivi e nei sistemi di erogazione dei servizi, che siano già in possesso dei requisiti previsti per l'accesso ai profili dell'area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari e che svolgano funzioni di elevato contenuto professionale e specialistico e/o coordinano e gestiscono processi articolati di significativa importanza e responsabilità. Lo stesso CCNL prevede inoltre la progressione tra un'area e quella immediatamente superiore. Nell'ottica di un processo di valorizzazione delle competenze e delle professionalità, nel corso del 2024 verranno pertanto attivate le procedure per permettere al Personale del Comparto l'accesso a questi strumenti di sviluppo professionale, con previsione iniziale di 6-8 unità.

A livello ospedaliero, oltre al mantenimento delle attività previste in tutte le discipline mediche, medico-specialistiche e chirurgiche, secondo quanto previsto dalle schede ospedaliere, l'aggiornamento del fabbisogno di personale ha tenuto conto delle revisioni/rimodulazioni organizzative e delle nuove attivazioni di servizi di seguito esposte:

UOC Riabilitazione di Trecenta e Rovigo, la quale è stata portata a pieno organico, a livello di Infermieri, Operatori Socio Sanitari e Fisioterapisti, in previsione dell'attivazione, entro fine 2023, di ulteriori n. 4 posti letto presso il Nuovo Polo della Riabilitazione di Trecenta, a cui andranno ad aggiungersi ulteriori n. 6 posti letto nel corso del 2024;

UOC Pneumologia, nella quale l'organico è stato incrementato, sia a livello di Infermieri che di Operatori Socio Sanitari, a seguito dell'apertura della nuova terapia semi intensiva respiratoria, dotata di 8 posti letto;

UOC Gastroenterologia, il cui organico risulta potenziato, per garantire la gestione dei posti letto, le urgenze endoscopiche ed i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali;

UOC Chirurgia Generale di Rovigo ed Anestesia e Rianimazione di Rovigo, implementate a seguito dell'attivazione e funzionamento a regime dalle Sala Operatoria Ibrida con Angiografo e Biplano, per permettere l'esecuzione contemporanea di procedure angiografiche diagnostiche e terapeutiche ed interventi chirurgici;

UOC Centrale Operativa 118, nella quale l'incremento di Infermieri ed Operatori ha permesso l'attivazione di un'ambulanza dedicata al trasporto intra ospedaliero del paziente critico, attiva 7 giorni su 7 per 24 ore;

UOC Psichiatria, aumento della dotazione di personale infermieristico per adeguamento agli standard;

UOC Radiologia, aumento della dotazione di personale infermieristico per nuova RMN 3-T;

UOC Neuropsichiatria Infantile Ospedaliera, inserimento della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica a seguito di attivazione posti letto;

UOC Direzione Professioni Sanitarie – servizio trasporti, incremento di 5 unità OSS per internalizzazione del servizio trasporti interni della Radiologia;

UOSD Sanità Penitenziaria, inserimento della figura del fisioterapista per garantire le attività presso la Casa Circondariale di Rovigo.

Rispetto all'area della prevenzione è stato aumentato di una unità il personale del Tecnico della Prevenzione nella UOC SISP per garantire il rispetto dei termini delle varie attività ai sensi della Legge 22/2022 e dalla DGRV 1162 del 2020. È stata inoltre prevista presso UOSD Epidemiologia una ulteriore unità infermieristica per garantire le attività previste dal piano regionale della prevenzione 2020-2025.

In merito alle attività del Distretto come indicato dal D.M. 77/2022 che introduce “Modelli e Standard per lo Sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN”, è stato 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.

Si è pertanto proceduto anche in questo caso ad una rimodulazione della Dotazione Organica dei Servizi, a supporto degli Ospedali di Comunità di Adria e del Punto Salute di Badia Polesine (che diverrà sede di Casa della Comunità dal 2026) e dell'Hospice di Adria, prevedendo inoltre l'adeguamento e l'implementazione delle figure richieste dalla DGRV 1123 del 2023 (Infermiere di Famiglia e Comunità) e dalla DGRV 1501 del 2022 (Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti –

UFDA – che prevede l’attivazione di un equippe territoriale per la presa in carico multidisciplinare di giovani e famiglie in situazione di disagio psicologico).

Personale amministrativo/tecnico

A fronte dei concorsi banditi da Azienda Zero, nel corso degli ultimi anni, si è proceduto ad assunzioni di personale amministrativo e tecnico, al fine di colmare il divario prodotto dalle cessazioni intervenute negli anni passati e di sostenere i servizi amministrativi, sia in relazione alle prestazioni istituzionali da erogare che alle necessità del front/office, all'applicazione delle nuove disposizioni.

Inoltre, verranno garantire le assunzioni di personale appartenente alle categorie protette o disabili, in applicazione della Convenzione di Programma ex L. 68/99 e s.m.i stipulata con il Centro per l’Impiego di Rovigo.

PERSONALE NON DIPENDENTE

La carenza di personale medico e le difficoltà ad assumere personale strutturato, in particolare nelle discipline di Anestesia e Rianimazione, Urgenza ed Emergenza, Pediatria, Medicina Interna, Ginecologia e Ostetricia, Psichiatria e Radiodiagnostica, nonostante le numerose procedure attivate (avvisi, mobilità, scambi di graduatorie tra Aziende, concorsi programmati e gestiti da Azienda Zero, convenzioni ex art. 117 comma 2, CCNL Dirigenza Area Sanità del 19.12.2019, compreso il ricorso a personale iscritto nelle graduatorie per l'assistenza specialistica in regime di convenzione) e il tentativo di porre in essere di ogni altra soluzione organizzativa, hanno reso necessario, anche per l’anno 2023, come negli ultimi anni, il ricorso a professionisti esterni con contratti di lavoro autonomo di cui all’art. 7, comma 6 del D.lgs. 165/2001, al fine di scongiurare il rischio di interruzione di pubblico servizio.

Per discipline, quali Urologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Medicina Interna, Anestesia e Rianimazione, Medicina Urgenza Emergenza, Psichiatria, i numerosi concorsi banditi da parte di Azienda Zero, anche più volte nel corso dello stesso anno, sono risultati spesso deserti, privi di candidati in graduatoria o con graduatorie non sufficienti a sopperire il fabbisogno richiesto, pertanto, anche per l’anno 2024, per tali professionalità si prevede di ricorrere a professionisti esterni con contratti di lavoro autonomo di cui all’art. 7, comma 6 del D.lgs. 165/2001, o a servizi di esternalizzazione, al fine di scongiurare il rischio di interruzione di pubblico servizio.

La spesa prevista per il 2024 risulta in linea con quanto speso per il 2023, fermo restando che l’eventuale ulteriore spesa sarà imputabile esclusivamente per l’acquisizione di professionalità sanitarie necessarie a garantire l’offerta di prestazioni nei tempi previsti dalle vigenti disposizioni regionali, nonché per garantire la regolare apertura dei servizi H24/H12.

Costo Incarichi articolo 7, c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001e s.m.i. con specifico finanziamento

€ 317.750,64 è riferito a contratti libero professionali a Psicologi e borse di studio con specifico finanziamento già in essere nell’anno 2023 e che scadono nel corso del 2024.

Costo degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) ANNO 2024 e successivi: € 4.492.955,72

Si chiede un incremento dei tetti di spesa come di seguito riportato:

Previsione dirigenza Medica (SAI) € 4.352.955,72

Previsione dirigenza Sanitaria (psicologi) € 140.000,00

FTE SAI anno 2024 = 35

FTE psicologi anno 2024 = 1,16

In particolare per quanto riguarda la dirigenza sanitaria (Psicologi) si conferma anche per gli anni 2024 e successivi il tetto di spesa ad € 140.000,00.

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

Il tetto di spesa indicato dalla Regione con nota prot. n. 605039 del 09.11.2023 comprende i costi relativi ad ore già autorizzate ed in gran parte già assegnate.

Relativamente alle **Tabelle allegate anni 2024-2026** nella colonna "Altre Tipologie", sono stati riportati i seguenti valori corrispondenti a:

Relativamente alle Tabelle allegate anni 2024 -2026 nella colonna "Altre Tipologie", sono stati riportati i seguenti valori corrispondenti a:

- € 5.265.155,52 Area Dirigenza Medica per i servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. 165/2001 e s.m.i.: servizio di assistenza medica di supporto all'UOC di Pronto Soccorso di Ospedali di Rovigo - Trecenta ed Adria, alla UOC Pediatria Rovigo-Adria, UOC Ostetricia e Ginecologia Adria e Rovigo, UOC Radiologia.

- € 817.373,01 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 e servizio di guardiania;

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 e l'aggiornamento professionale rappresentano la leva strategica fondamentale per il consolidamento e lo sviluppo delle conoscenze e delle abilità professionali nonché della qualità delle relazioni degli operatori; costituiscono inoltre lo strumento indispensabile di sostegno ai processi di sviluppo organizzativo e di realizzazione degli obiettivi programmati per la tutela della salute dei cittadini.

La Formazione risulta strettamente legata alle scelte strategiche aziendali, regionali e nazionali e alle politiche di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo; essa si pone come ponte di congiunzione tra l'attenzione alla persona assistita e i suoi bisogni di salute e la valorizzazione delle risorse umane. Attraverso la formazione l'Azienda incrementa le competenze degli operatori della salute contribuendo alla crescita professionale e personale dei dipendenti, favorendo al contempo il senso di appartenenza all'organizzazione.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) rappresenta lo strumento fondamentale per la pianificazione, la programmazione, la realizzazione e la gestione della formazione rivolta ai professionisti dell'Azienda.

Il PFA prevede tematiche di rilevanza strategica relative alla formazione sui temi della sicurezza, gestione dello stress e benessere lavorativo, prevenzione della corruzione, in ottemperanza agli obiettivi nazionali definiti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua e gli obiettivi di Educazione Continua in Medicina definiti dalla Regione Veneto e gli eventi formativi finalizzati allo sviluppo professionale richiesti dalle diverse strutture aziendali e dedicati a specifiche tematiche.

Il PFA 2024, adottato con Delibera Direttore generale n. 1771 del 29/12/2023, si compone di n. 258 eventi formativi, dei quali n. 230 accreditabili ECM, che verranno svolti secondo le seguenti modalità:

- n. 159 in formazione residenziale (RES)
- n. 80 in formazione sul campo (FSC)
- n. 19 in formazione a distanza sincrona o asincrona.

Per la rilevazione del fabbisogno formativo annuale, elemento costitutivo del PFA, e la realizzazione degli eventi formativi presenti in PFA, l'Azienda si avvale di una rete di professionisti interni con funzioni differenti in relazione al ruolo, come di seguito indicato:

Attore	Funzione
Direttore di Dipartimento	conduzione dell'analisi dei fabbisogni formativi del personale delle Unità Operative del Dipartimento affidato e alla realizzazione delle attività di formazione continua
Referente e Facilitatore della Formazione (Area della Dirigenza e Area del Comparto)	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione dei fabbisogni formativi - definizione delle proposte formative da inserire nel PFA - progettazione, collaborazione alla gestione e alla valutazione degli eventi/progetti formativi, approvati e inseriti in PFA, secondo le norme ECM e i modi e tempi stabiliti nei documenti aziendali aventi valenza organizzativa e operativa - garantisce il necessario collegamento ed interfaccia con gli altri sistemi aziendali, relativamente alla <i>clinical governance</i>
Comitato Tecnico Scientifico	organismo aziendale propositivo e consultivo, coordinato dal Direttore sanitario dell'Azienda Ulss 5 Polesana, costituito da esperti interni di provata capacità ed esperienza nel campo della formazione e con competenze clinico-assistenziali, tecnico-scientifiche e andragogiche, che si occupa di supervisionare e validare le proposte formative contenute nel PFA e quelle eventualmente presentate fuori PFA nel corso dell'anno
Polo Formativo	servizio che si occupa della realizzazione degli eventi formativi aziendali, gestisce la formazione continua per lo sviluppo delle competenze del personale dipendente (dirigenza e comparto) e convenzionato, finalizzate alla gestione e all'innovazione dei processi assistenziali e di quelli organizzativi (analisi dei fabbisogni, pianificazione delle attività formative con stesura del Piano Formativo annuale, accreditamento ECM, realizzazione e valutazione)
Responsabile Scientifico	esperto interno designato dal Comitato Tecnico Scientifico, a cui è affidata la responsabilità del singolo evento formativo in termini di definizione degli obiettivi formativi, individuazione e coordinamento dell'attività dei docenti, predisposizione del materiale didattico ed è garante della qualità dei contenuti scientifici dell'evento nonché delle metodologie didattiche
Docenti	in via preferenziale si coinvolge nell'attività di docenza il personale dipendente dell'Azienda Ulss 5 Polesana al fine di valorizzare il potenziale culturale dei professionisti interni; qualora siano necessarie competenze specifiche non presenti all'interno dell'organizzazione, o la complessità delle tematiche richieda il confronto con altre realtà, la scelta può ricadere su docenti esterni

Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale sono quelle previste dagli istituti contrattuali e dai permessi studio annuali che vengono gestiti dalla UOC Gestione Risorse Umane.

La valutazione dell'impatto della formazione continua si basa su tre livelli:

livello 1: gradimento, cioè l'interesse e il coinvolgimento dei discenti all'evento formativo, elemento valutabile mediante il questionario di gradimento (customer) che viene proposto al termine di ogni singolo evento formativo,

livello 2: apprendimento, misurabile attraverso il test di valutazione finale, proposto al termine di ogni singolo evento formativo per valutare appunto l'apprendimento acquisito

livello 3: cambiamento dei comportamenti, valutazione del cambiamento dei comportamenti, secondario alla formazione.

I livelli 1 e 2 sono in capo al personale del Polo Formativo e gestiti dal Responsabile Scientifico dell'evento formativo; risulta invece in capo del Direttore/Responsabile dell'articolazione organizzativa che propone il corso di formazione, con l'eventuale collaborazione del Referente della formazione, individuare i metodi e gli strumenti adeguati alla valutazione dei risultati della formazione erogata, nei termini della ricaduta e della modifica di atteggiamenti, habitus, acquisizione di nuove competenze nell'ambito lavorativo (livello 3).

SEZIONE 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.

Pertanto si rimanda alle specifiche aree per una descrizione approfondita e si riporta di seguito solo 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