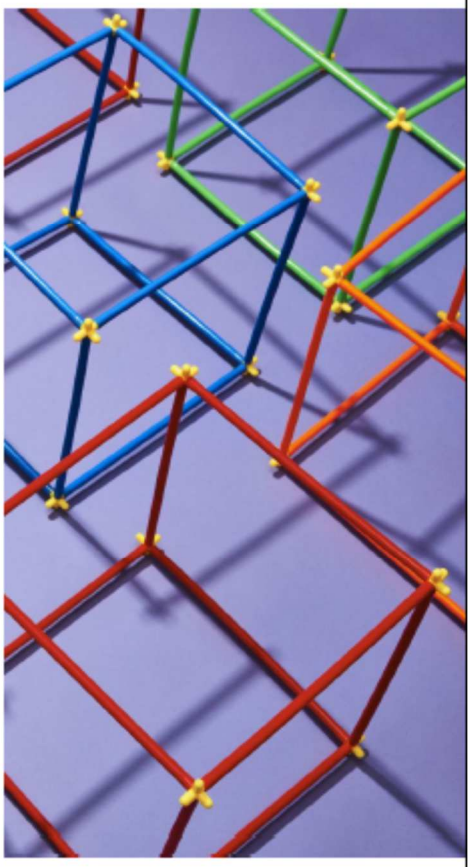
PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

2025-2027



GENNAIO 2025

AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE

REGIONE DEL VENETO

ULSS4 VENETO ORIENTALE

APPROVATO CON DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE n. DEL 31/01/2025

Sommario

Premessa 6
L'implementazione delle progettualità connesse al PNRR 7
Il rispetto dei tempi e il recupero delle liste di attesa 9
Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione 11
1.1 Il Territorio e la Popolazione 12
1.2 L'Assistenza Ospedaliera 15
1.2.1. Strutture e posti letto 15
1.2.2. Ricoveri 16
1.2.3. Accessi al Pronto Soccorso 17
1.2.4. Interventi 17
1.3 L'Assistenza Specialistica 18
1.4 L'Assistenza Distrettuale 20
1.4.1 Assistenza primaria 20
1.4.2 Strutture intermedie 21
1.4.3 Assistenza domiciliare 22
1.4.4 Salute mentale 22
1.5 Il Dipartimento di Prevenzione 23
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione 24
2.1. Valore pubblico 24
2.1.1 La valorizzazione della vocazione turistica del territorio 28
2.1.2 Lo sviluppo delle progettualità del P.N.R.R. 32
2.1.3 Efficientamento energetico e rispetto per l'ambiente 35
2.1.4 Digitalizzazione e accessibilità ai servizi 37
2.1.5 Le azioni per il benessere organizzativo 40
2.2. Sintesi dell'andamento dei risultati economici 42
2.3. Performance 43
2.3.1 Il raggiungimento degli Obiettivi 43
2.3.2 Il ciclo della performance 48
2.3.3 Pari opportunità e Uguaglianza di genere 51
2.3.4 Strumenti per l'informazione e la partecipazione dei cittadini 53
2.4 Rischi corruttivi e trasparenza 55
2.4.1. Politiche e strumenti 55
2.4.2. Ambito oggettivo – Nozione di corruzione e di prevenzione della corruzione 55
2.4.3. Ambito di applicazione 56
2.4.4. Analisi del contesto 56
Contesto esterno 56
Altre analisi sui dati di criminalità e corruzione 57
L'economia 63

Focus sul sistema sanitario nazionale e regionale 67
Contesto interno 76
Conclusioni 78
2.4.5. Soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione – una cabina di regia per il PNRR. 79
Focus sulla figura del rpct – aggiornamento pna 2022 79
2.4.6. Misure obbligatorie - misure per la riduzione del rischio 80
Codice di comportamento e diffusione di buone pratiche e valori 80
Gestione dei conflitti di interesse 81
Rapporti con società civile – il nuovo portale aziendale dedicato 82
Tutela dipendente che effettua segnalazioni di illecito 83
Formazione 85
Rotazione del personale 86
Svolgimento di incarichi esterni 87
Pantouflage 87
Altre attività di area generale per ridurre il rischio di corruzione 89
Responsabile dell'anagrafe stazione appaltante (RASA) 89
2.4.7. Misure per la trasparenza 90
Premessa. 90
Obiettivi strategici – Anac per la Piattaforma della Trasparenza e schemi di pubblicazione 90
Trasparenza degli interventi PNRR 91
Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili. 93
Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente". 93
Gestionale informatico. 94
Monitoraggio 94
Accesso civico generalizzato. 95
Accesso civico generalizzato e contratti pubblici (PNA 2022) 96
Accesso civico cd. semplice. 96
2.4.8. Individuazione delle attività con più elevato rischio di corruzione – integrazione con il sistema di controllo interno regionale 97
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano 100
3.1 Struttura organizzativa 100
3.1.1 L'Ospedale 100
3.1.2 Il Distretto 101
3.1.3 Il Dipartimento di Prevenzione 101
3.2 Organizzazione del lavoro agile 103
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale 106
3.4 Formazione del personale 112
I. Organizzazione e risorse interne 119
II. Risorse esterne 120

III. Misure per l'accesso alla formazione qualificata 120
Diritto allo studio 120
Fondazione Scuola di Sanità pubblica, management delle aziende sociosanitarie 123
PNRR - Missione M6, Componente 2.2c "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" - sub misura: corso di formazione manageriale..... 123
Collaborazione con la Fondazione Università Ca' Foscari in ambito di formazione specialistica universitaria. ... 125
Sezione 4. Monitoraggio..... 127
4.1 Valore pubblico..... 127
4.2 Performance 128
4.3 Prevenzione della Corruzione..... 129
Il monitoraggio e le azioni di risposta..... 129
Relazione dell'attività svolta 129
Comunicazione 129
Pianificazione Sezione rischi corruttivi e trasparenza..... 129

---

allegati

1. - Obblighi di pubblicazione amministrazione trasparente
2. - tabella misure di prevenzione 2025-2027
3. - CRSA- Control Risk Self Assessment
4. - Piano triennale per il Fabbisogno del Personale 2025-2027
5. - Regolamento per la disciplina del lavoro agile personale del comparto (DDG 1217/2023) – POLA

LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI UTILIZZATE (anche senza punteggiatura)

A.D.T.	Atlante della Trasparenza – progetto regionale ex D.G.R. 2531/2013
A.N.A.C.	Autorità Nazionale Anti Corruzione (ex C.I.V.I.T.)
A.V.C.P	Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture
C.I.V.I.T.	Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche
C.R.S.A.	Control Risk Self Assessment
D.G.R.	Deliberazione della Giunta Regionale
D. LGS	Decreto Legislativo
D.F.P.	Dipartimento della Funzione Pubblica
L.	Legge
L.R.	Legge Regionale
O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
P.A.	Pubblica Amministrazione
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
P.P.	Piano della Performance
P.I.A.O.	Piano Integrato di Attività e Organizzazione
P.N.R.R.	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
P.T.F.P.	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale
P.T.P.C.	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione
P.T.T.I.	Programma Triennale di Trasparenza e Integrità
R.A.S.A.	Responsabile Anagrafe della Stazione Appaltante
R.T.	Responsabile Trasparenza e Integrità
R.P.C.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione
R.P.C.T.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
S.I.	Sistemi Informativi (U.O.S.)
S.S.	Sotto-sezione (di I° o II° livello) ex all. A D.Lgs. 14/3/2013 n. 33
T.I.	Transparency International Italia

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzando la disciplina in un'ottica di semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni. Il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 ha individuato gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione, e il successivo decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha definito il contenuto del Piano. In recepimento di tale normativa, la Regione del Veneto ha trasmesso in data 30 dicembre 2022 la DGR 1717, con la quale si forniscono alle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale le linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente, contiene la scheda anagrafica dell'Amministrazione e si articola in ulteriori tre sezioni:

1) Valore pubblico, Performance e Anticorruzione, che raccoglie:
   a) Il valore pubblico, che comprende:
      i) i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici (programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria),
      ii) le modalità e azioni finalizzate al conseguimento della piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
      iii) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare;
      iv) in generale, gli obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa;
   b) La performance, finalizzata alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza ed efficacia dell'amministrazione, ivi inclusi:
      i) gli obiettivi di semplificazione;
      ii) gli obiettivi di digitalizzazione;
      iii) gli obiettivi e gli strumenti finalizzati alla realizzazione della piena accessibilità;
      iv) gli obiettivi per favorire la pari opportunità e l'equilibrio di genere.
   c) Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
2) Organizzazione e il capitale umano, che include:
   a) la struttura organizzativa, includendo il modello organizzativo adottato e gli interventi e azioni necessarie programmate
   b) l'organizzazione del lavoro agile;
   c) il piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
3) Gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, inerenti alle azioni descritte nei paragrafi precedenti, fermo restando che:
   a) il monitoraggio delle sottosezioni Valore pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli artt. 6 e 10, comma 1, lett. B), del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150;
   b) il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC;
   c) il Monitoraggio della sezione Organizzazione e Capitale Umano, in merito alla coerenza con gli obiettivi di performance, è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) o dal Nucleo di Valutazione.

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di governance e malgrado il contesto caratterizzato dalla forte discontinuità, non viene meno il principio della programmazione e la necessità di ricomporre l'evolversi dei fenomeni in un quadro generale della gestione e degli obiettivi di salute affidati alle Aziende sanitarie dalla normativa e dalla programmazione nazionale e regionale. Il presente PIAO segue pertanto, per la gestione del ciclo della performance, le indicazioni del D.Lgs. n. 150/2009 e successive modificazioni ed integrazioni (D. Lgs. 74/2017) e come definito dalle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione del Veneto, con la DGR 140/2016.

In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta una sorta di *"Testo Unico"* della programmazione.

L'implementazione delle progettualità connesse al PNRR

Un importante elemento che caratterizza gli attuali anni e quelli a venire è l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), trasmesso il 30 aprile 2021 per l'Italia dal Governo alla Commissione europea e subito dopo al Parlamento italiano.

Il 13 luglio 2021 il PNRR dell'Italia è stato definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio, che ha recepito la proposta della Commissione europea. La Decisione contiene un allegato con cui vengono definiti, in relazione a ciascun investimento e riforma, precisi obiettivi e traguardi cadenzati temporalmente al cui conseguimento si lega l'assegnazione delle risorse su base semestrale.

Il 13 agosto 2021 la Commissione europea ha erogato all'Italia 24,9 miliardi a titolo di prefinanziamento (di cui 8,957 miliardi a fondo perduto e per 15,937 miliardi di prestiti), pari al 13% dell'importo totale stanziato a favore dell'Italia.

Il 23 dicembre 2021 il Governo ha presentato al Parlamento la prima relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il 28 dicembre 2021 il Commissario europeo per l'economia e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, hanno siglato gli Operational Arrangements (OA) relativi al PNRR dell'Italia, con i quali sono stabiliti i meccanismi di verifica periodica (validi fino al 2026) relativi al conseguimento dei traguardi ed obiettivi necessari per il riconoscimento delle rate di rimborso semestrali delle risorse PNRR in favore dell'Italia.

Il 13 aprile 2022 la Commissione europea ha versato all'Italia la prima rata da 21 miliardi (10 miliardi di sovvenzioni e 11 miliardi di prestiti), a seguito della valutazione positiva sugli obiettivi del PNRR che l'Italia ha conseguito entro il 31 dicembre 2021.

Le due missioni del PNRR che coinvolgono precipuamente l'Aulss 4 sono:

- Missione 5: Coesione e Inclusione.
- Missione 6: Salute

In relazione alla Missione 5, le attività sono in capo alla Conferenza dei Sindaci; ma l'Azienda Ulss 4 si connota come partner qualificato in tutte le progettualità ivi espresse.

In merito alla Missione 6, la Regione del Veneto con DGR n. 368 del 08 aprile 2022, ha approvato una serie di interventi per la realizzazione del Piano regionale in attuazione del PNRR - Componenti Investimento 1 e 2. Di seguito si rappresentano i principali progetti appartenenti alla missione 6.

M6-C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E MEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE					
Componente	**Tipologia**	**Progetto**	**Totale intervento**	**Finanz. PNRR**	**Finanz. FSR/altro**
Inv. 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa della Comunità	Cavallino-Treporti	2.736.000	2.700.000	36.000
		Jesolo	1.757.000	1.110.000	647.000
		San Donà di Piave	2.480.000	2.000.000	480.000
		San Michele al Tagliamento	341.250	341.250	
		Caorle	1.308.000	1.308.000	
Inv. 1.2.2: Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - COT (Centrale Operativa Territoriale	Interconnessione		162.599	162.599	
	Lavori	COT S. Donà di P. via Trento	40.000	40.000	
		COT S. Donà di P. Ospedale	355.965	355.965	
	Device		221.270	221.270	
Inv. 1.3: Ospedali di Comunità	Ospedale di Comunità	Jesolo	3.500.000	3.500.000	
TOTALE M6C1			***12.902.083***	***11.739.083***	***1.163.000***

M6-C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE				
Componente	**Tipologia**	**Progetto**	**Totale Investimento**	**Finanz. PNRR**
Inv. 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Digitalizzazione delle strutture ospedaliere DEA di livello I e II	Osp. San Donà di Piave – Osp. Portogruaro (Soggetto attuatore delegato AULSS4)	3.020.183	3.020.183
		Osp. San Donà di Piave – Osp. Portogruaro (soggetto attuatore delegato Azienda Zero)	3.405.738	3.405.738
TOTALE M6C2			***6.425.921***	***6.425.921***

Con nota regionale prot. 453059 del 03/10/2022 il Direttore Generale Area Sanità e Sociale ha fornito alle Aziende ULSS le prime indicazioni operative per la definizione del modello organizzativo delle Case della Comunità hub che deve garantire almeno tre livelli assistenziali:

1. Assistenza di base e cure primarie, garantita da MMG organizzati esclusivamente nelle forme associative avanzate.

2. Assistenza Specialistica ambulatoriale, organizzata dal distretto come modulo funzionale, sulla base dei bisogni di salute della popolazione assistita. La funzione di Specialistica Ambulatoriale è finalizzata a supportare i MMG sia nella gestione della cronicità che nella definizione delle decisioni cliniche;

3. Diagnostica di laboratorio di base e per immagini;

4. (Modulo opzionale) Assistenza di base e cure primarie pediatriche.

Le Aziende sanitarie a seguito della citata nota e relative Linee guida hanno definito e trasmesso alla Regione del Veneto il proprio modello Aziendale e relativo cronoprogramma.

Con DGR n. 2/CR del 10 gennaio 2023 la Giunta regionale ha approvato la proposta di deliberazione di programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77 e ai sensi dell'art. 1, comma 3 della L.R. n. 48/2018 e ha trasmesso la stessa alla Quinta Commissione consiliare per il parere di competenza. La Quinta Commissione consiliare ha comunicato con nota del 27/02/2023 d'aver esaminato la citata proposta di deliberazione nella seduta del 23 febbraio 2023 esprimendo parere favorevole a maggioranza.

L'Azienda ULSS4 - Veneto Orientale è pienamente impegnata nell'implementazione delle opere fisiche e nelle infrastrutture sia materiali che immateriali collegate al PNRR, il cui stato di avanzamento verrà meglio dettagliato nella Sezione dedicata al Valore Pubblico, in particolare al paragrafo "2.1.2 Lo sviluppo delle progettualità del P.N.R.R.".

Il rispetto dei tempi e il recupero delle liste di attesa

Uno dei principali atti a livello nazionale volti a disporre una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, per fronteggiare le conseguenze dell'emergenza COVID-19, è stato il Decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 13 ottobre 2020 n. 126. Il provvedimento era volto a tutelare i cittadini, fornendo alle Aziende strumenti per superare i ritardi correlati con il "congelamento" delle attività a causa dell'emergenza pandemica. L'articolo 29 del suddetto decreto, detta le disposizioni urgenti in materia di liste d'attesa.

La Giunta Regionale con DGR n. 1329 dell'8 settembre 2020 ha quindi approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa, che indicava la quantità complessiva di prestazioni non ancora erogate a causa della sospensione dell'attività ordinaria a seguito del lock down, ripartite in prestazioni di ricovero, prestazioni ambulatoriali e prestazioni di screening, ripartendo altresì le risorse assegnate alla Regione dal citato art. 29 del D.L. 104/2020. Con nota regionale prot. 336.292 del 27/08/2020 a ciascuna Azienda è stata richiesta, dalla Regione, la predisposizione di un piano di recupero delle prestazioni ancora in sospeso.

Successivamente si è provveduto a un progressivo aggiornamento del Piano Operativo regionale, attraverso le DGR n. 759 del 15 giugno 2021, n. 1.061 del 3 agosto 2021, n. 1.293 del 21 settembre 2021, n. 1.788 del 15 dicembre 2021 e n. 162 del 22 febbraio 2022, n. 822 del 4 luglio 2023 e n. 626 del 4 giugno 2024.

La DGRV 626/2024 prevede l'individuazione del Responsabile Unico per le liste d'Attesa, figura di coordinamento di un team multidisciplinare che deve coinvolgere obbligatoriamente:

- Responsabile del Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale
- CUP manager

- Responsabile della specialistica ambulatoriale
- Referente aziendale per il rapporto con le strutture private accreditate
- Responsabili aziendali per il governo della produzione
- Referenti dei Sistemi Informativi e del Controllo di Gestione competenti in materia.

In sede di Cabina di Regia regionale, sono stati assegnati obiettivi tarati per ciascuna azienda e molto sfidanti, su base semestrale; si trattava di obiettivi che hanno riguardato sia la performance (percentuale di prestazioni erogate entro i tempi per classe di priorità), sia la gestione dei pre-appuntamenti (con soglie semestrali di abbattimento), che – infine – di abbattimento delle prestazioni scadute e monitoraggio dell'appropriatezza della domanda.

L'Azienda ULSS 4 Veneto Orientale ha attivato varie linee di attività: in primis l'aumento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali per aggredire il fenomeno. Successivamente e parallelamente si è passati all'analisi e all'ottimizzazione dell'offerta per classi di priorità, in particolare favorendo la presa in carico dei pazienti cronici. Sul versante della domanda, sono state promosse azioni di appropriatezza prescrittiva, favorendo il dialogo tra medici della medicina generale e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri con incontri su specifiche prestazioni partendo dalle più critiche per numerosità di domanda.

Tutte queste azioni hanno consentito il raggiungimento dei risultati riportati nelle Tabelle sottostanti, che dimostrano il pieno raggiungimento degli obiettivi di performance, oltre ad una sostanziale riduzione delle prestazioni in pre-appuntamento, soprattutto per le classi più brevi, alla quale corrisponde un livello di rispetto delle tempistiche molto più elevato rispetto allo stesso mese dell'anno precedente.

	Classe di priorità	**dic-23**	**dic-24**	**%**
prestazioni traccianti	**B (10 gg)**	0	0	
	D (30 gg)	760	126	-83,42%
	P (90 gg)	4.457	1.094	-57,28%
prestazioni non traccianti classi D e P		5.592	2.881	-48,47%
TOTALE		**10.809**	**4.101**	

Indicatore	**Soglia I semestre**	***Dato I semestre***	**Soglia II semestre**	***Dato II semestre***
% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	> 90%	96,55%	> 90%	***94,55%***
% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	60%	96,43%	90%	***98,15%***
% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	n.d.		75%	***79,17%***

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione	AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE
Sede legale	SAN DONA' DI PIAVE – 30027 -, P.ZZA DE GASPERI 5
Ulteriori sedi operative	www.aulss4.veneto.it/strutture (rivedere collegamento ipertestuale)
Codice fiscale	02799490277
Direttore Generale	Dott. Mauro Filippi
Atto aziendale	ATTO AZIENDALE - Gazzetta Amministrativa
Personale al 31/12/2024	2.564 (dipendenti); 2.498,25 (FTE)
Sito web	www.aulss4.veneto.it
URP	telefono: 0421.228057 e-mail: urp@aulss4.veneto.it
PEC	protocollo.aulss4@pecveneto.it
Amministrazione Trasparente	https://trasparenza.aulss4.veneto.it

La L.R. 19/2016 ha predisposto la riorganizzazione delle Aziende Sanitarie Regionali, identificando all'art. 14 gli ambiti territoriali delle AULSS con la denominazione della "Azienda ULSS 4 Veneto Orientale"; in adempienza della successiva DGR 1306/2017 la precedente Azienda ULSS 10 ha modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS 4 Veneto Orientale" ed ha completato il percorso di approvazione dell'Atto Aziendale, quale strumento di definizione della struttura organizzativa aziendale, recepito dalla Regione con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 157 del 29 dicembre 2017 e approvato con delibera del Direttore Generale dell'ULSS 4 Veneto Orientale n. 92 del 2 febbraio 2018. Inoltre, in attuazione della L.R. 30/2016, con decorrenza 01.01.2018 l'ULSS 4 Veneto Orientale ha modificato il proprio territorio di riferimento incorporando il Comune di Cavallino-Treporti.

L'azienda sanitaria, quale ente strumentale della Regione, realizza le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse ad esse assegnate in modo efficiente al fine di favorire lo sviluppo di modalità operative innovative che, così come già delineato dai documenti di programmazione regionale, permettano una reale svolta nella presa in carico globale della persona (e della sua famiglia/caregiver) nei diversi contesti socio-sanitari. I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono la tutela della salute quale bene collettivo ed individuale e l'equità ed universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari.

Il personale dipendente dell'Azienda Ulss 4 Veneto Orientale al 31 dicembre 2024 è complessivamente pari a n. **2.564**, di cui **602** maschi e **1.962** femmine.

AREA	Ruolo	Totale	di cui			
			N		%	
			F	M	F	M
COMPARTO	AMMINISTRATIVO	271	**220**	**51**	81,2%	18,8%
	SANITARIO	1.343	**1.086**	**257**	80,9%	19,1%
	TECNICO	131	**46**	**85**	35,1%	64,9%
	SOCIOSANITARIO	443	**394**	**49**	88,9%	11,1%
COMPARTO Totale		***2.188***	***1.746***	***442***	***79,8%***	***20,2%***
MEDICI VETERINARI	SANITARIO Dirigenza Medica	286	**160**	**126**	55,9%	44,1%
	SANITARIO Dirigenza Veterinaria	18	**5**	**13**	27,8%	72,2%
SPTA	AMMINISTRATIVO Dirigenza	10	**4**	**6**	40,0%	60,0%
	PROFESSIONALE Dirigenza	3	**1**	**2**	33,3%	66,7%
	SANITARIO Dirigenza non Medica	58	**46**	**12**	79,3%	20,7%
	TECNICO Dirigenza	1		**1**	0,0%	100,0%
DIRIGENZA MEDICA e SPTA Totale		***376***	***216***	***160***	**57,4%**	**42,6%**
TOTALE complessivo dipendenti		***2.564***	***1.962***	***602***	**76,5%**	**23,5%**
DIRETTORI		***4***	***2***	***2***	**50,0%**	**50,0%**
Totale complessivo		**2.568**	**1.964**	**604**	**76,5%**	**23,5%**

1.1 Il Territorio e la Popolazione

Il territorio dell'ULSS 4 Veneto Orientale è situato nella parte orientale della provincia di Venezia e confina con la provincia di Treviso e la Regione Friuli-Venezia Giulia. Dal 2018 ha una superficie di 1.107 Kmq, una popolazione di 225.966 abitanti (al 01.01.2024), distribuiti in 21 Comuni (Annone Veneto, Caorle, Cavallino-Treporti, Ceggia, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Eraclea, Fossalta di Piave, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave, Portogruaro, Pramaggiore, San Donà di Piave, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza, Teglio Veneto e Torre di Mosto).

Principali indicatori demografici.

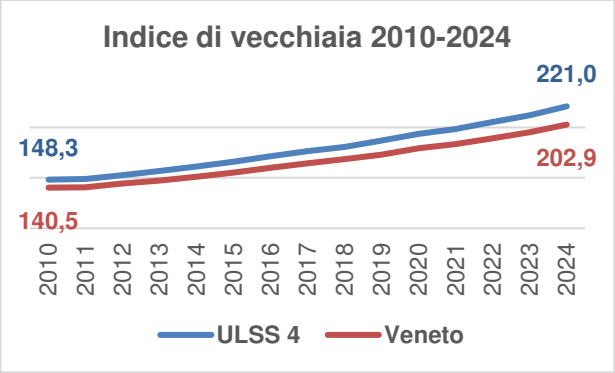
Indicatori demografici al 01/01/2024	Numero
Popolazione residente*	225.966
Superficie (kmq)	1.107
Densità abitativa (abitanti/kmq)	203,3
Popolazione 0-14 anni*	25.925
Popolazione 65 anni e più*	57.247
Indice di vecchiaia*	221,0

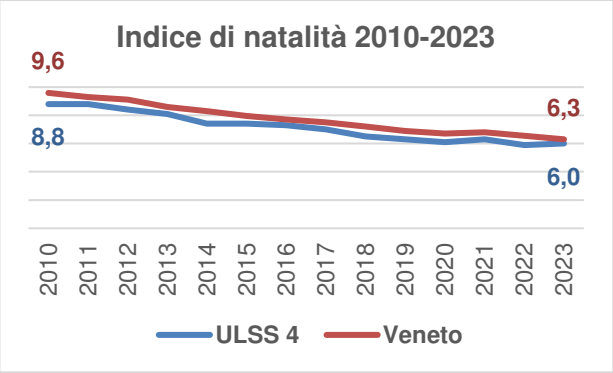
***Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati Istat (al 1° gennaio 2024)**

Di seguito si riportano i grafici su alcuni indicatori demografici, comparando i dati dell'azienda ULSS 4 Veneto Orientale con quelli del Veneto negli ultimi anni.

L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo così di analizzare il livello di invecchiamento di un territorio. È calcolato secondo il rapporto percentuale tra la popolazione con oltre 65 anni e la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni. Il grafico evidenzia come

l'indicatore, riferito al territorio dell'Azienda, è nettamente superiore sia alla media veneta che a quella nazionale. Questo trend in costante crescita è dovuto principalmente all'aumento dell'aspettativa di vita e alla contestuale riduzione del tasso di natalità. Al 01/01/2024 l'indice di vecchiaia aziendale ha raggiunto il valore di 221%. L'indice di natalità, al 2023, evidenzia un costante calo.

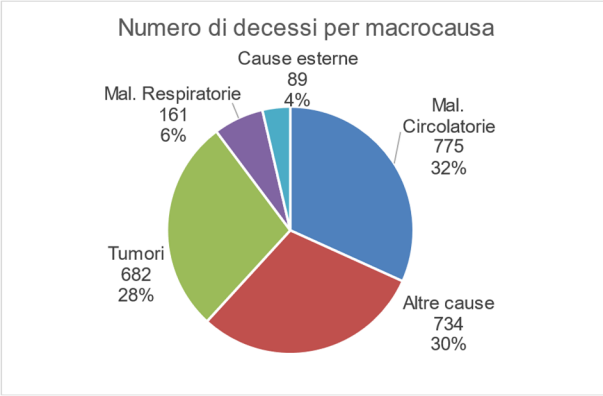


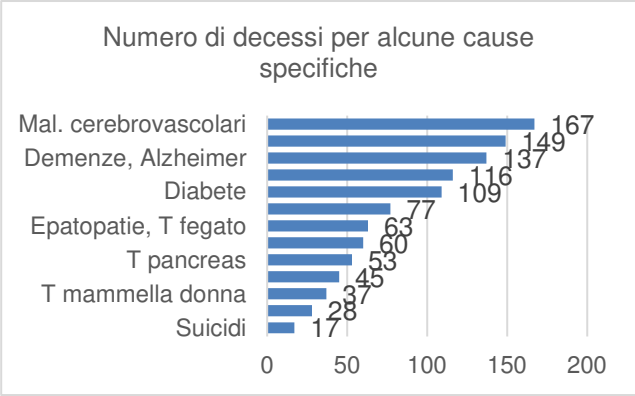


Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati Istat (al 1° gennaio 2024)

Gli ultimi dati disponibili sulla mortalità (anno 2023, fonte: Servizio Epidemiologico Regionale) evidenziano un totale di 2.441 decessi. Le cause di morte più diffuse risultano i disturbi del sistema circolatorio (32% sul totale decessi), seguite dalle "altre cause" (30%) e le neoplasie (28% sul totale decessi).

Andando ad esaminare le principali cause specifiche, al primo posto vengono le malattie cerebrovascolari, al secondo posto le cardiopatie ischemiche e al terzo posto decessi conseguenti a condizioni di demenza o Alzheimer.

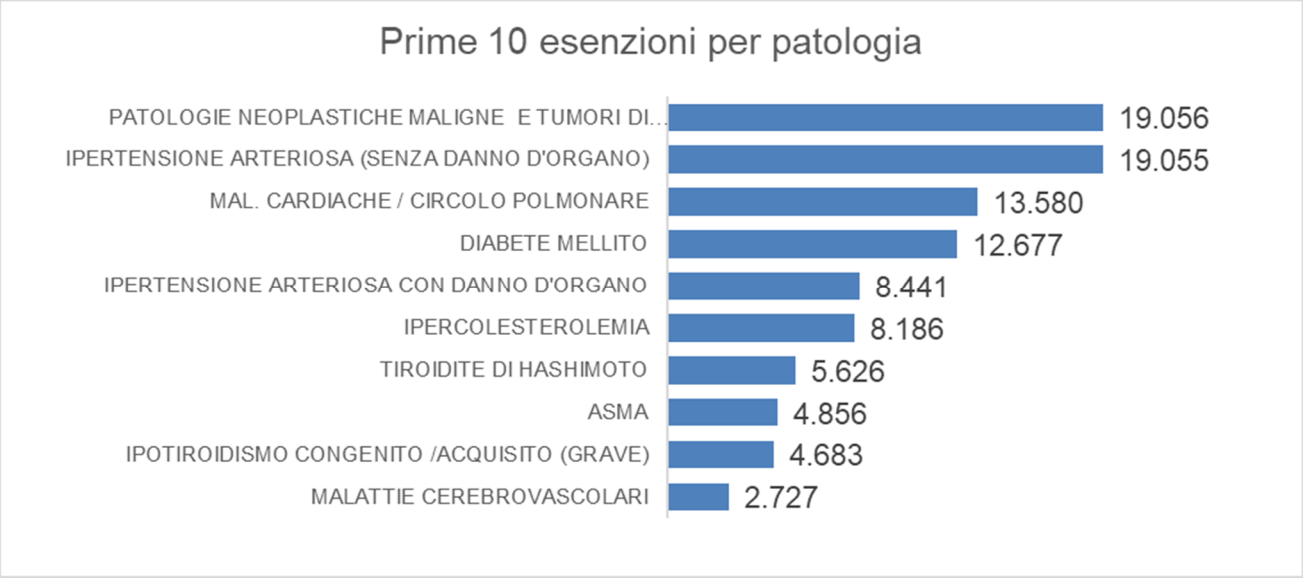




Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati Servizio Epidemiologico Regionale 2023

Il dato sulle esenzioni per patologia al 2024 evidenzia nell'Azienda 123.664 esenzioni attive.

Le prime esenzioni per patologia dell'Azienda sono, in ordine decrescente collegate a: ipertensione arteriosa senza danno d'organo, neoplasie, malattie cardiache e del circolo polmonare, diabete, e ipertensione arteriosa con danno d'organo.



Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati Anagrafe Sanitaria Unica Regionale

Nel territorio dell'ULSS 4 Veneto Orientale, infine, sono situate le spiagge dell'Alto Adriatico ove è presente la più alta concentrazione turistica balneare in Italia, che comporta un elevato impegno aggiuntivo nell'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di competenza della stessa ULSS 4. Il programma "Vacanze in Salute" definisce la progettazione dei servizi socio-sanitari offerti al turista, che unisce l'erogazione di servizi sanitari volti a proteggerlo in situazioni di urgenza ed emergenza, alle sinergie con gli Enti Locali e gli attori economici del comparto turistico, al fine di valorizzare le destinazioni turistiche con una offerta di servizi ed azioni attenti al benessere e alla salute del medesimo. Il Programma si articola in più linee di intervento:

- Potenziamento dei pronto soccorsi di San Donà di Piave e Portogruaro e del Punto di Primo Intervento Avanzato di Jesolo attivi tutto l'anno, dei punti di primo intervento di Caorle e Cavallino Treporti attivi tutto l'anno, del punto di primo intervento di Bibione e della postazione diurna di ambulanza ad Eraclea Mare.
- Potenziamento estivo di alcuni servizi ospedalieri di diagnosi e cura a supporto delle attività dei pronto soccorsi nel caso di necessità: in particolare sono coinvolte le unità ospedaliere di radiologia, ortopedia, pediatria, medicina generale, anestesia/rianimazione e il laboratorio di analisi.
- Servizio di assistenza primaria diurna per i turisti attivato mediante medici di assistenza primaria e presso le località di Caorle, Bibione e Jesolo Lido che hanno garantito il servizio presso le sedi aziendali o presso gli ambulatori propri.
- A tali servizi si aggiungono quelli di "supporto" come, ad esempio, le attività di prevenzione e controllo svolte dal Dipartimento di Prevenzione.

Accanto a queste linee, viene attivato un servizio di interpretariato in lingua straniera, di enorme importanza per i turisti stranieri che visitano e alloggiano presso il litorale del Veneto Orientale, sia per una migliore comprensione sia per un efficace adempimento delle attività amministrative a supporto. Al fine di garantire tale attività, ogni anno vengono reclutate alcune unità di personale nel profilo di Assistente Amministrativo Interprete a tempo determinato (nel 2024 sono state 19), mediante indizione di avviso pubblico per il conferimento del suddetto incarico e successivamente, per i posti rimasti vacanti a seguito di completo scorrimento della graduatoria, mediante il ricorso alla somministrazione di lavoro tramite Agenzia.

Nell'annualità 2024 tutto il fabbisogno è stato coperto tramite assunzioni a tempo determinato, evitando il ricorso al lavoro interinale.
Il programma "Vacanze in Salute" ha avviato altresì una serie di azioni volte a migliorare la cura della salute in vacanza nonché la possibilità di accedere alle vacanze anche in presenza di eventuali patologie in condizioni di piena accessibilità, che saranno oggetto di disamina più dettagliata nella sezione dedicata al "Valore Pubblico".

1.2 L'Assistenza Ospedaliera

1.2.1. Strutture e posti letto

L'Assistenza Ospedaliera viene garantita tramite le seguenti strutture:

- due ospedali spoke per acuti, San Donà di Piave e Portogruaro;
- l'Ospedale di Jesolo, classificato di tipo monospecialistico riabilitativo. In base a quanto previsto dalla DGR 2122/2013, con la nuovaprogrammazione della DGR 614/2019 è stato riconosciuto "struttura riabilitativaprovinciale".
- La struttura privata accreditata Casa di Cura Rizzola, con 123 posti letto

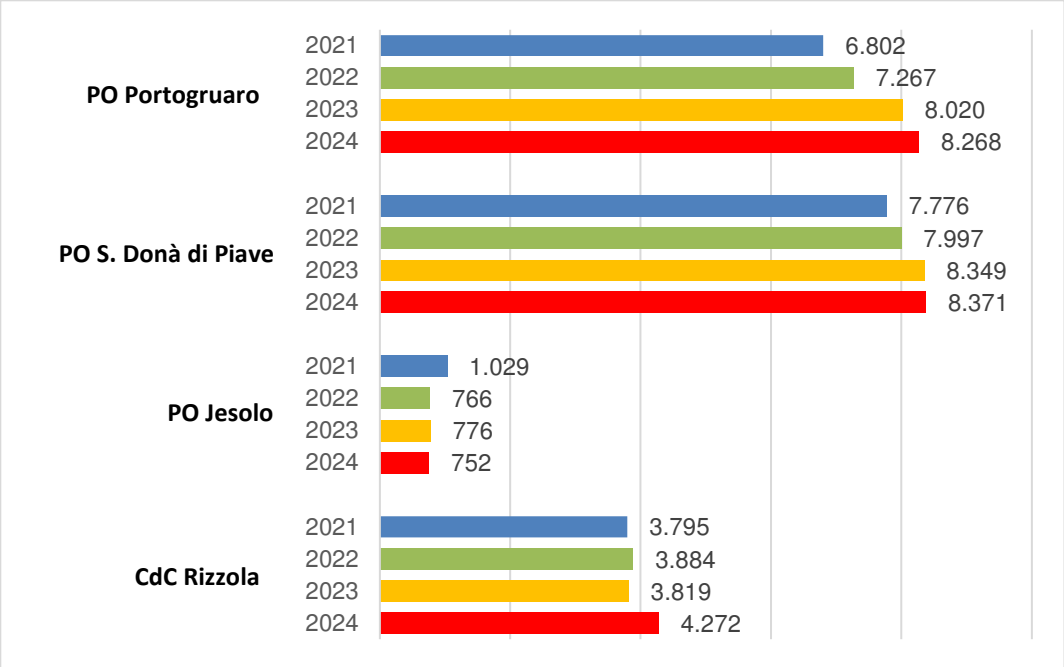
Strutture ospedaliere		
Ospedali per acuti	**Pubblico**	**Ospedale di Portogruaro (spoke)**
		Ospedale di San Donà di Piave (spoke)
	Privato accreditato	**Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola**
Poli riabilitativi	**Pubblico**	**Ospedale di Jesolo (nodo di rete)**

I posti letto delle strutture pubbliche risultano 534 a dicembre 2023, come programmazione approvata dalla Regione Veneto con la DGR 614/2019 e declinata dall'Azienda Ulss 4 nel piano approvato con deliberazione del Direttore generale n. 884 del 24 settembre 2019.

		Programmazione DGR 2122/13	**Programmazione DGR 2157/15**	**Programmazione DGR 614/19**
A	area medica	223	211	248
B	area chirurgica	142	152	151
C	area materno infantile	68	80	54
D	area terapia intensiva	18	24	24
E	area riabilitativa	65	65	57
F	area servizi diagnosi e cura			
	totale Azienda Ulss 4	**516**	**532**	**534**

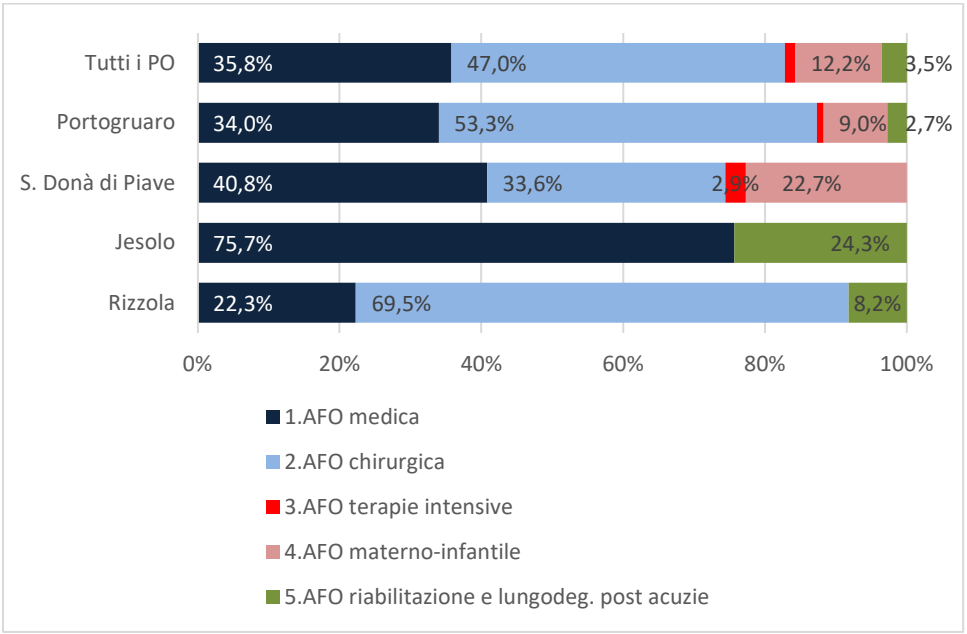
1.2.2. Ricoveri

La serie storica dei ricoveri 2021-2024 (per il 2024 sono stati utilizzati dati su anno rolling a novembre 2024) evidenzia un netto incremento nell'attività dei privati accreditati e del PO di Portogruaro, mentre presso i PO di San Donà di Piave e Jesolo l'attività 2024 è sostanzialmente in linea con l'anno 2023.



Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati SDO (2024 stima su anno rolling a novembre 2024)

La distribuzione dei ricoveri per presidio ospedaliero e area funzionale evidenzia le specificità strutturali di ciascun polo ospedaliero.



Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati SDO (2024 stima su anno rolling a novembre 2024)

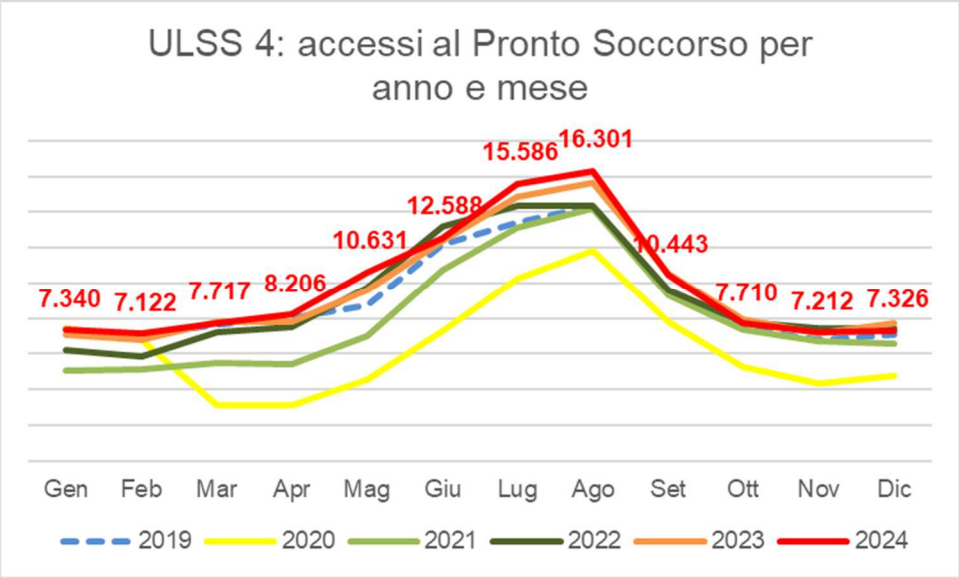
1.2.3. Accessi al Pronto Soccorso

Gli accessi al Pronto Soccorso dal 2022 sono tornati sopra i livelli pre-pandemia, con un trend di costante crescita; la distribuzione secondo il triage non evidenzia significative modifiche nel triennio considerato.

Triage	2024	2023	2022	2021	2020	2019
0 - Non attivato		177	130	106	103	30
1 - Rosso	1.880	1.920	2.019	1.574	1.364	2.005
2 - Arancione	25.485	24.461	22.440	18.272	8.595	
3 - Giallo	7.884	7.542	7.389	5.110	9.396	22.698
4 - Verde	9.003	8.483	7.701	5.730	4.576	10.212
5 - Bianco	73.029	72.861	71.015	65.425	52.629	74.432
Totale	**117.281**	**115.444**	**110.694**	**96.217**	**76.663**	**109.377**

Fonte: elaborazione Azienda Zero su dati flusso APS (2024 dati provvisori)

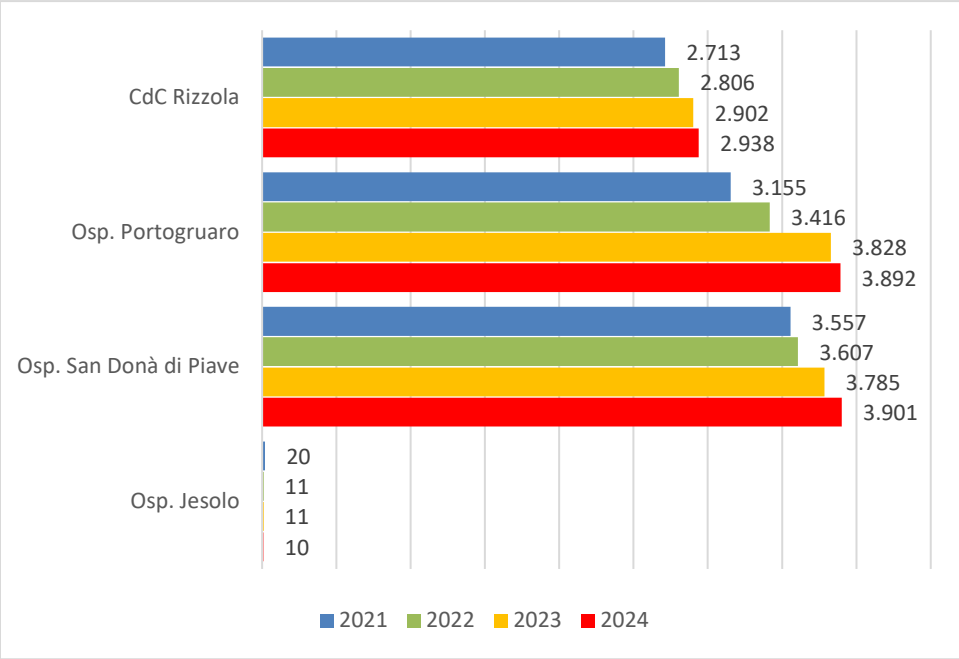
La ripartizione degli accessi per anno e mensilità evidenzia la netta caratterizzazione turistica del territorio, con la conseguente aumentata pressione sui Presidi di Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento durante le mensilità estive. Inoltre, nel 2024 gli accessi nei mesi estivi hanno segnato il picco più elevato negli ultimi anni e, con le eccezioni di giugno e del quarto trimestre, sono sistematicamente superiori ai dati del 2023.



Fonte: elaborazione CdG ULSS4 da dati flusso APS

1.2.4. Interventi

Gli interventi effettuati in regime di ricovero al 2024 (dato provvisorio) sono pari a 10.741, circa 200 in più di quelli relativi al 2023, con un aumento più rilevante presso il PO di San Donà di Piave.



Fonte: elaborazioni Azienda Zero su dati SDO (2024 dati provvisori)

1.3 L'Assistenza Specialistica

L'Assistenza Specialistica è garantita sia attraverso strutture proprie aziendali, tra cui poliambulatori ospedalieri, territoriali e punti erogativi distrettuali, sia attraverso strutture private accreditate presenti nel territorio afferente all'area dell'Azienda.

I dati rilevati dal flusso SPS per il periodo 2019 – 2024 (escludendo il biennio Covid) individuano la costante crescita nel numero di prestazioni erogate, sia da parte pubblica sia da parte privata.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale per anno.

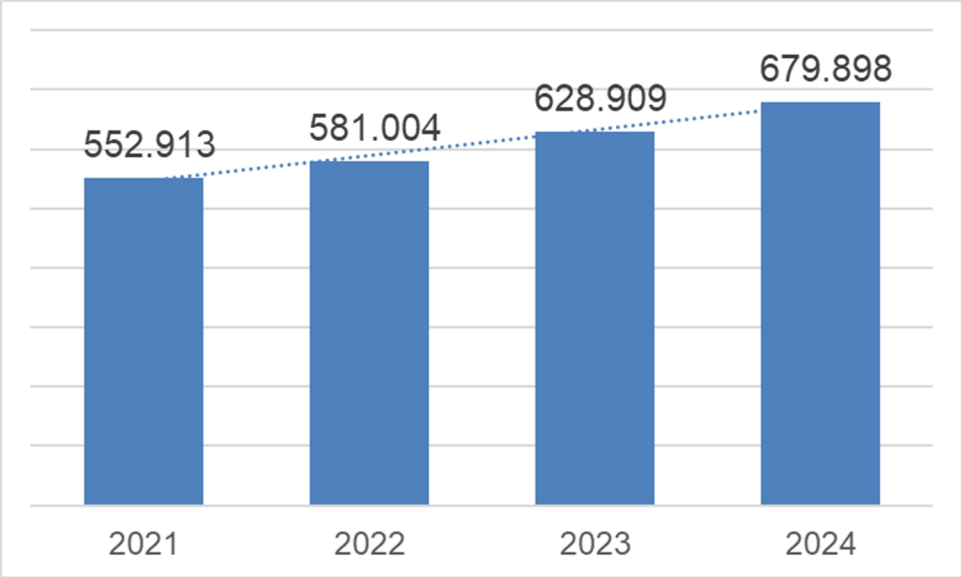
	2024	2023	2022	2019
Strutture Pubbliche	2.850.128	2.750.299	2.618.333	2.371.293
Strutture Private	176.356	171.444	182.143	179.195
Totale prestazioni	**3.026.484**	**2.921.743**	**2.545.385**	**2.550.488**
di cui LABORATORIO	**2.346.586**	**2.295.343**	**2.219.506**	**1.890.388**
Strutture Pubbliche	2.346.586	2.295.343	2.219.358	1.890.388
Strutture Private			148	

Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso SPS (2024 dati provvisori)

La tendenza all'incremento riguarda le prestazioni di laboratorio, che aumentano del 2,2% tra 2023 e 2024, ma soprattutto le altre, che nell'anno 2024 aumentano dell'8,1% rispetto ai dodici mesi precedenti.

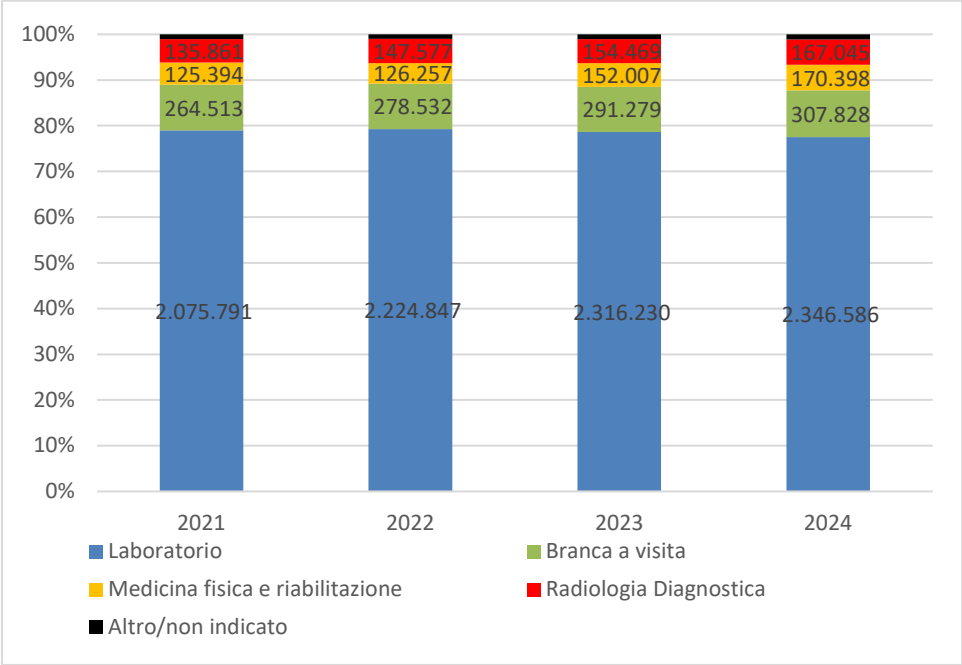
La composizione delle prestazioni per macrobranca, come conseguenza di questo incremento differenziato, vede ridursi leggermente il peso percentuale dell'area laboratorio (che rimane comunque preponderante) a favore delle altre aree di attività.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale per anno escluso laboratorio.



Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso SPS (2024 dati provvisori)

Distribuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, per anno di erogazione e macrobranca



Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso SPS (2024 dati provvisori)

1.4 L'Assistenza Distrettuale

L'Assistenza Distrettuale Socio-Sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dal **Distretto Unico** con la funzione di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

Il Distretto unico socio-sanitario si articola in sedi principali e periferiche:

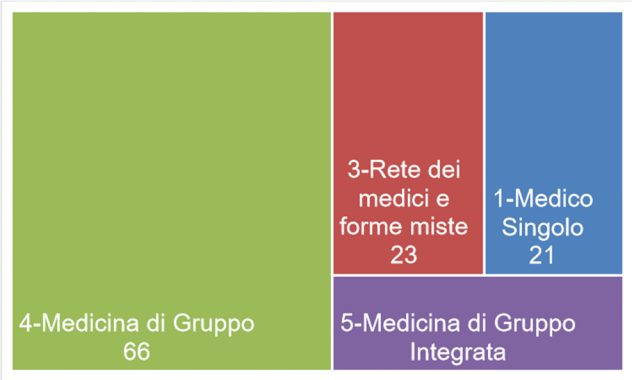
SEDI PRINCIPALI	SEDI PERIFERICHE
- Jesolo	- Caorle
- Portogruaro	- Eraclea
- San Donà di Piave	- San Michele al Tagliamento
	- San Stino di Livenza
	- Cavallino-Treporti

1.4.1 Assistenza primaria

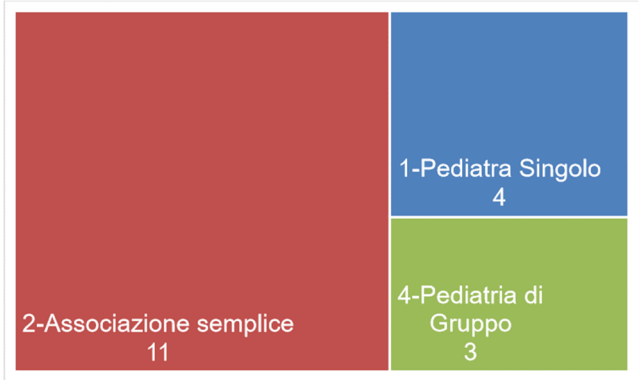
Le attività di Assistenza Primaria sono assicurate da 126 Medici di Medicina Generale (MMG) e 18 Pediatri di Libera Scelta (PLS) con studi professionali ubicati in tutto il territorio (dato al 31/12/2024).

La distribuzione di MMG e PLS nelle forme associative è rappresentata nei grafici sottostanti.

MMG per forme associative



PLS per forme associative



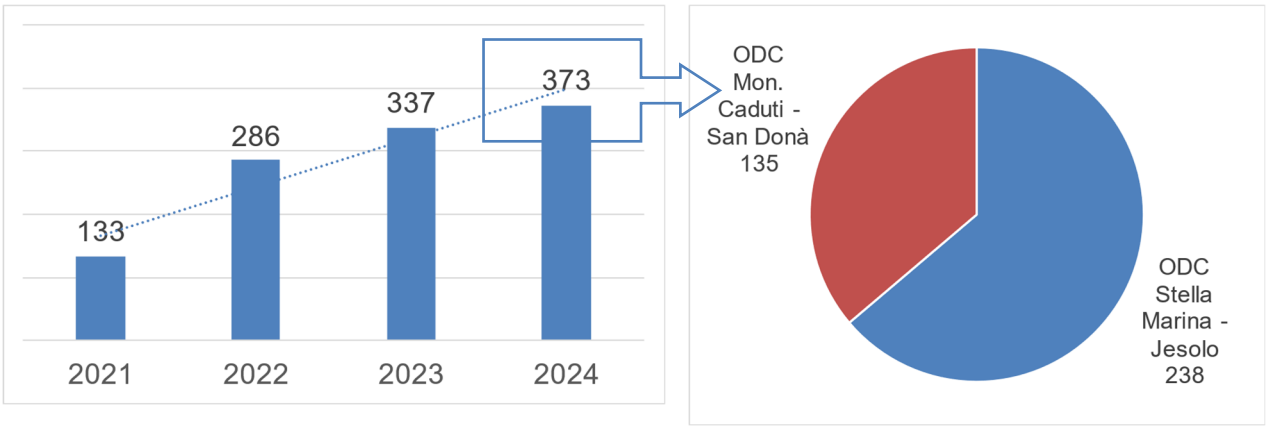
Fonte: Elaborazioni Azienda Zero al 31/12/2024

L'Assistenza Primaria viene inoltre garantita per le specifiche competenze attraverso la Continuità Assistenziale e gli Specialisti Ambulatoriali (S.A.I.). In tale ambito sono inoltre garantite le seguenti funzioni:

- Assistenza farmaceutica e assistenza integrativa
- Assistenza domiciliare
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza riabilitativa ex art. 26 L. n. 833/1978
- Assistenza protesica
- Assistenza semiresidenziale e residenziale extraospedaliera per anziani non autosufficienti
- Cure palliative

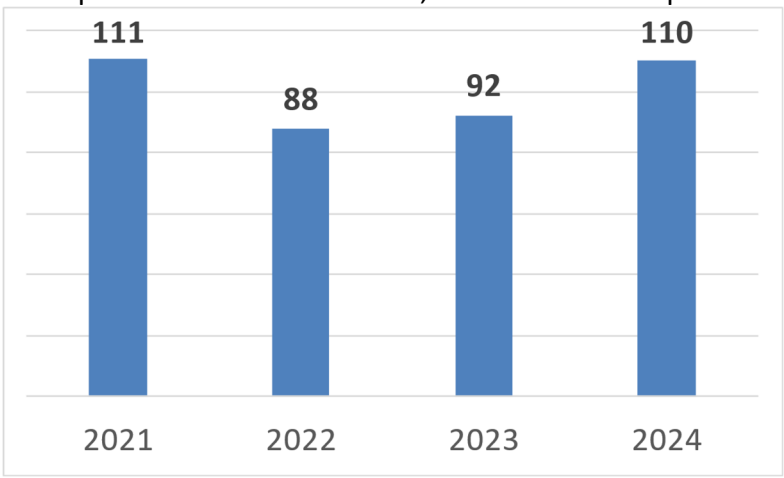
1.4.2 Strutture intermedie

Il numero di utenti di Ospedale di Comunità negli ultimi quattro anni è aumentato molto rapidamente (al 2024 gli utenti sono quasi triplicati rispetto al 2021). In prevalenza gli utenti afferiscono la struttura Stella Marina di Jesolo, mentre poco più di 1/3 fruisce dell'OdC di San Donà di Piave.



Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso URT/ODC (2024 stima su anno rolling a novembre)

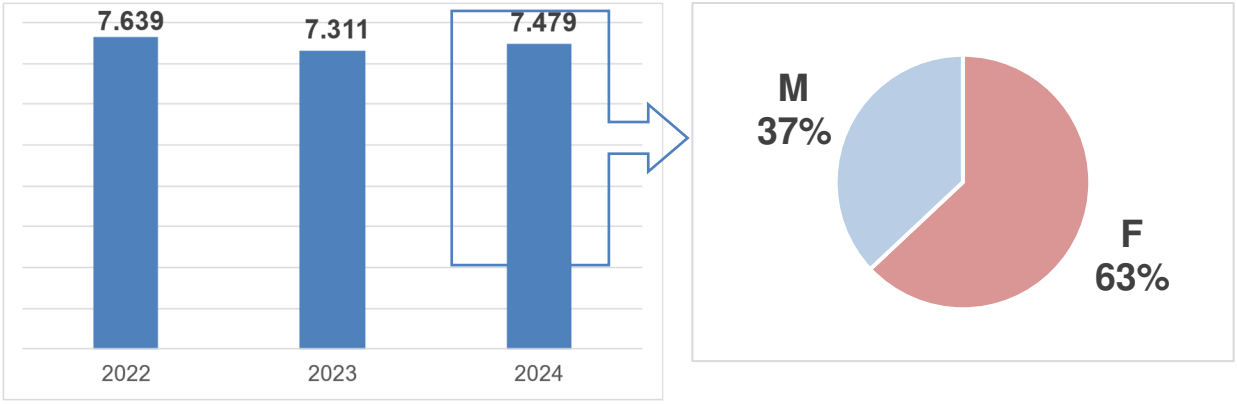
Il numero di utenti in hospice 2024 è stimato in 110, in linea con una ripresa dell'attività.



Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso Hospice (2024 stima su anno rolling a settembre)

1.4.3 Assistenza domiciliare

Nel 2024, il numero di pazienti che hanno fruito dell'Assistenza Domiciliare (stima fornita da Azienda Zero su dato rolling a settembre 2024) è pari a 7.479; dopo l'elevato numero di casi del 2022 e la stabilizzazione del 2023, la tendenza è all'incremento progressivo.

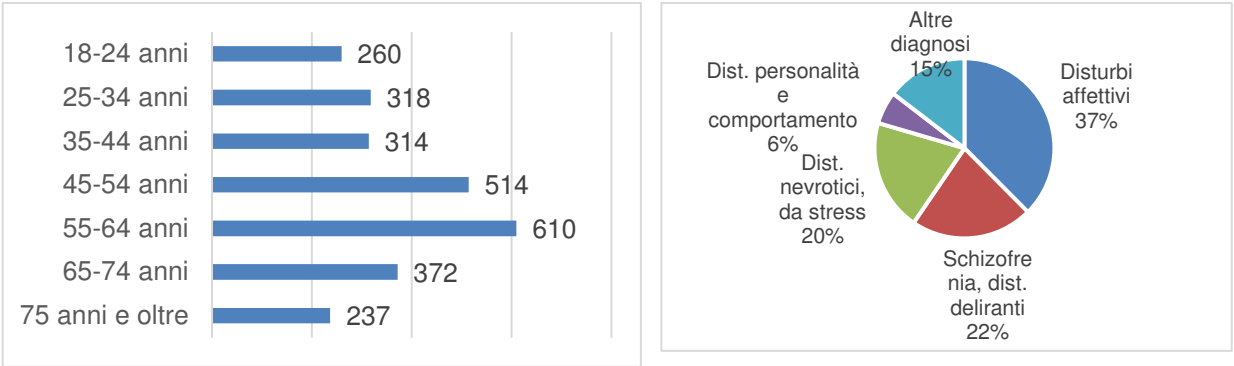


Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso ADI (2024 stima su anno rolling a settembre)

1.4.4 Salute mentale

L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che include la UOC Psichiatria e la UOSD Disturbi del Comportamento alimentare (DCA). Il Dipartimento articola gli interventi tra prestazioni ambulatoriali territoriali/domiciliari, assistenza semiresidenziale e residenziale ed attività di ricovero. Le strutture si ripartiscono in: 2 CSM, 2 Centri Diurni e 9 tra Comunità Alloggio, Comunità Terapeutiche e Gruppi Appartamenti e due Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

L'annualità 2024 vede una stima di 2.625 utenti nel 2024, in aumento rispetto al 2023 (2.584). Gli utenti sono concentrati nelle coorti di età 45-64 anni e la diagnosi più frequente è legata ai disturbi affettivi.



Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati flusso SISM (2024 stima su anno rolling a settembre)

1.5 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione costituisce la struttura tecnico funzionale dell'Azienda che ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con il Distretto e con i Dipartimenti dell'Azienda Ulss, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. L'attività del Dipartimento si estrinseca in diverse aree funzionali:

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
- Medicina Legale
- Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione
- Servizio Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro
- Servizio veterinario di Sanità Animale (area A)
- Servizio veterinario di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati (area B)
- Servizio veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (area C)
- Servizio di Epidemiologia

Riportiamo di seguito alcuni dati relativi alle adesioni allo screening e alle coperture vaccinali. I dati sono da intendersi come provvisori, in quanto le campagne di screening e vaccinali si estendono anche oltre l'anno di riferimento.

Copertura delle principali attività di screening 2024

indicatore	copertura
Mammella	69%
Colon retto	41%
Cervice uterina	77%

Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati Qlik (2024 copertura a settembre)

Copertura delle principali attività di vaccinazione 2024

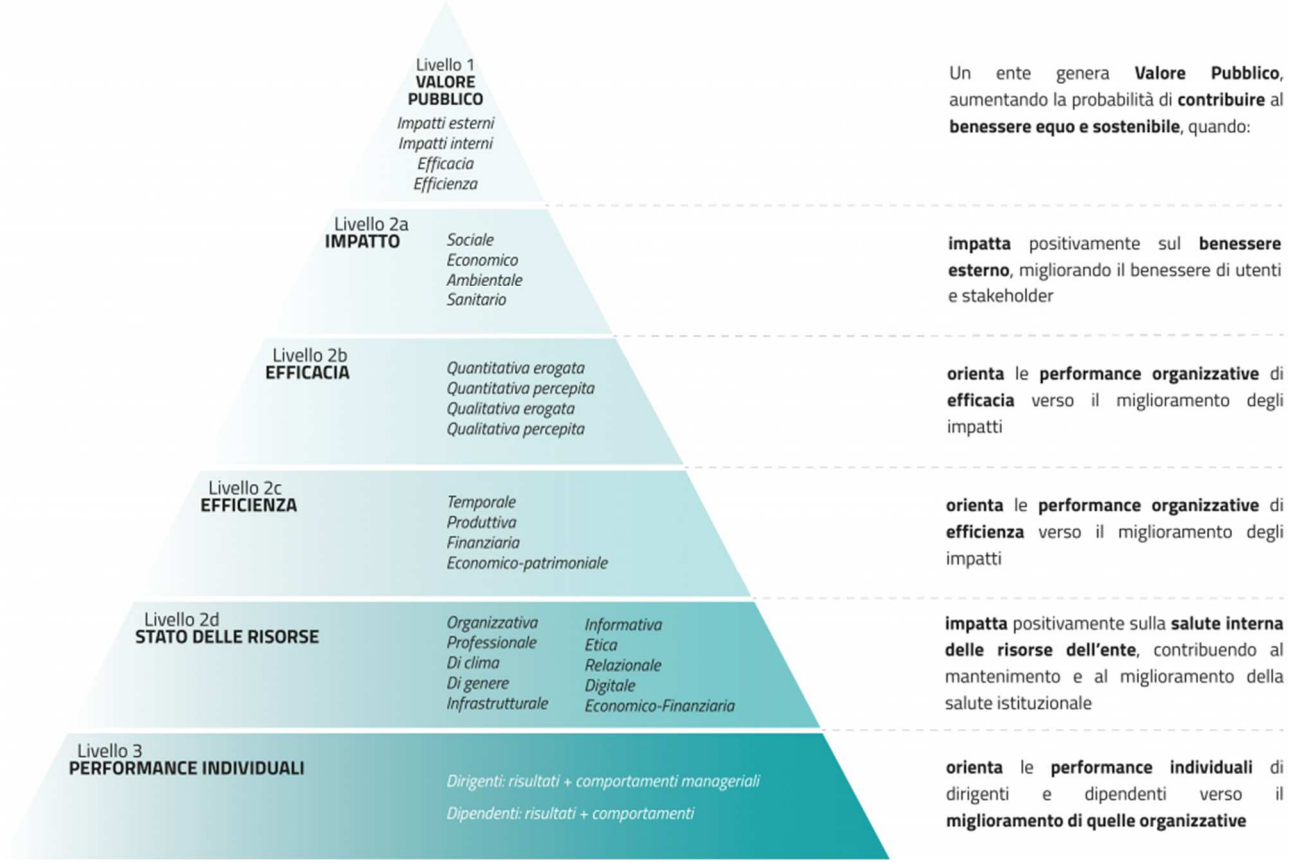
indicatore	copertura
Esavalente	96%
Influenza	57%
HPV	80%

Fonte: Elaborazioni Azienda Zero su dati Qlik (2024 copertura per ciclo base a luglio 2024, influenza dato provvisorio)

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1. Valore pubblico

Una Azienda Sanitaria genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale. Il Valore Pubblico può essere definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) che si viene a creare presso collettività e che deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi). È interessante sottolineare la bidimensionalità presente nella definizione: il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, ma anche alle condizioni interne presso cui il miglioramento viene prodotto. Non riguarda quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto ma anche il "come" viene prodotto tale benessere.



Fonte CERVAP – Centro Ricerche Valore Pubblico

L'apporto fondamentale della salute nella creazione del Valore Pubblico è alla base dell'iniziativa "Health Equity Status Report (HESRi)"[1] "Healthy Prosperous Lives for All in Italy" che ha preso avvio nel marzo 2020. L'approccio HESRi è progettato per individuare e valutare la portata delle disuguaglianze esistenti al fine di

[1] Fonte: Una vita sana e prospera per tutti. Rapporto sullo stato dell'equità della salute in Italia. Relazione nazionale, World Health Organization 2022.

sostenere i decisori nel loro lavoro di ridurre il gradiente sociale nella salute. L'equità è uno dei principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale italiano, insieme all'universalità della copertura e alla solidarietà del finanziamento. Utilizzando il dataset italiano HESRi e ulteriori microdati, il rapporto analizza lo stato e le tendenze nelle condizioni essenziali necessarie per vivere una vita in salute in Italia nel XXI° secolo. Le condizioni essenziali per raggiungere l'equità nella salute abbracciano cinque aree di interventi: i servizi sanitari, la sicurezza del reddito e la protezione sociale, le condizioni di vita, il capitale sociale e umano, l'occupazione e le condizioni di lavoro. Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle cinque condizioni essenziali, evidenziando i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostrando le traiettorie che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di un'azione politica. Le cinque condizioni essenziali possono essere definite come segue.

I servizi sanitari comprendono indicatori e interventi relativi alla disponibilità, accessibilità, economicità e qualità della prevenzione, del trattamento e dei servizi e programmi sanitari.

La sicurezza del reddito e la protezione sociale comprendono indicatori e interventi relativi alla sicurezza del reddito di base e alla riduzione dei rischi per la salute e delle conseguenze della povertà nel corso della vita.

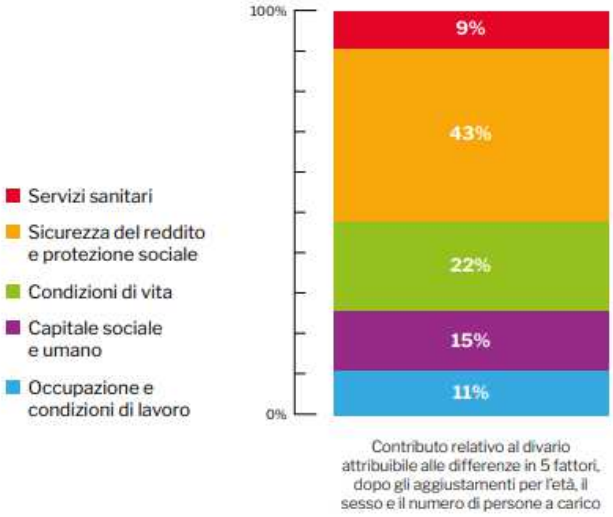
Le condizioni di vita comprendono indicatori e interventi relativi alle opportunità differenziali, all'accesso e all'esposizione alle condizioni ambientali e di vita che hanno un impatto sulla salute e sul benessere.

Il capitale sociale e umano comprende indicatori e interventi relativi al capitale umano per la salute attraverso l'istruzione, l'apprendimento e l'alfabetizzazione, e relativi al capitale sociale di individui e comunità in modalità che proteggono e promuovono la salute e il benessere.

L'occupazione e le condizioni di lavoro si riferiscono agli indicatori e agli interventi relativi all'impatto del lavoro sulla salute, tra i quali la disponibilità, l'accessibilità, la sicurezza, i salari, le sollecitazioni fisiche e mentali e i rischi associati al lavoro.

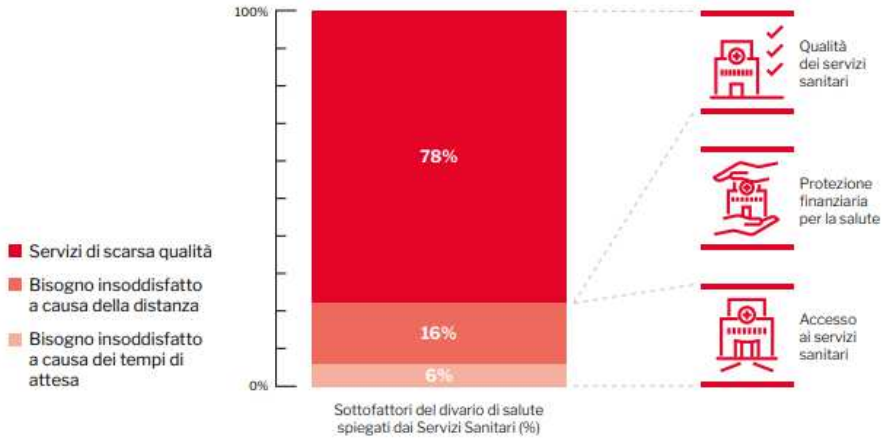
Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle cinque condizioni essenziali, evidenziando i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostrando i percorsi che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di un'azione politica.
Le disparità nella qualità e nell'accesso ai servizi sanitari rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore.

Scomposizione dell'impatto delle cinque condizioni essenziali che influenzano il divario dello stato di salute tra il 40% più ricco e più povero in Italia



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016

Entrando in una disamina di dettaglio del fattore sull'accesso ai servizi sanitari, la motivazione più rilevante è legata alla scarsa qualità del servizio, seguita dalle distanze che non consentono un equo accesso agli utenti e – infine – dai tempi di attesa eccessivi che non permettono una adeguata soddisfazione del bisogno di salute.



Fonte: analisi di scomposizione utilizzando i dati del campione italiano di Eurofound European Quality of Life Survey (EQLS) 2003-2016

In sede di Rapporto, vengono identificate alcune opzioni politiche perseguibili e interventi misurabili che possono avere un impatto positivo sugli stili di vita sani e sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute e nei fattori di rischio per la salute. Tali azioni sono finalizzate a "ridurre le disuguaglianze di salute garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario"[2], e vengono definite come:

- **Garantire un accesso equo alle cure.** La pandemia di COVID-19 ha causato una perturbazione e interruzione dei servizi sanitari in presenza, e le evidenze mostrano che durante la pandemia l'attività è diminuita in molteplici aree di cura. Inoltre, è importante capire la misura in cui il COVID-19 ha esacerbato le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria; per esempio, le persone con una ridotta capacità di pagare una quota parte a causa della perdita di reddito vengono lasciate indietro in termini di accesso ai servizi. I dati provenienti dall'UE mostrano che tra marzo e luglio 2020, più di un quinto delle persone

[2] Una vita sana e prospera per tutti cit., pp. 68-73.

che avevano bisogno di una visita medica o di altre cure mediche non le hanno ricevute e, quando è stato chiesto il perché, 9 su 10 hanno fornito una motivazione legata al COVID-19. Non essere in grado di pagare l'assistenza sanitaria si traduce spesso in un bisogno insoddisfatto.

- **Aiutare a proteggere le persone dai fattori di rischio e dai comportamenti dannosi per la salute.** L'incidenza di malattie a lungo termine, come le malattie cardiovascolari e il diabete è maggiore tra le donne e gli uomini in condizioni disagiate, ed è stata associata a malattie più gravi da COVID-19. I primi risultati del rapporto mostrano che, in particolare, le donne con meno anni di istruzione hanno maggiori probabilità di riferire di avere una patologia cronica. Le donne anziane in età lavorativa dichiarano anche livelli più alti di sintomi depressivi rispetto agli uomini. Il legame tra la cattiva salute mentale e l'adozione di comportamenti dannosi per la salute fisica, come il fumo e il comportamento sedentario, genera il rischio di intensificare lo stato di scarsa salute e lo sviluppo di malattie croniche, comprese quelle associate a malattie gravi da COVID-19.
- **Valorizzare il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere.** L'analisi in sede di Rapporto ha documentato le disuguaglianze presenti nell'alimentazione, nel sovrappeso e nell'obesità, nell'attività fisica e nei comportamenti rischiosi per la salute. Laddove queste si combinano con le disuguaglianze in termini di interruzione dell'istruzione scolastica, della fornitura di pasti e dell'attività fisica all'aperto che portano a disuguaglianze nei comportamenti di salute e negli stili di vita dei bambini, gli interventi scolastici possono agire per alleviare queste disuguaglianze. Tali interventi comprendono il coinvolgimento attivo dei genitori e le azioni in grado di mettere in collegamento le famiglie in situazioni emarginate e vulnerabili con i servizi di supporto della comunità e la società in senso lato. Le scuole possono anche svolgere un ruolo permettendo ai bambini e ai giovani, e alle ragazze in particolare, di acquisire un'educazione alimentare e di mantenere un'attività sociale e fisica.
- **Costruire la fiducia attraverso una comunicazione chiara e trasparente.** Per tutte le iniziative di miglioramento della salute, il sostegno e l'impegno continuo dei cittadini sono essenziali. All'inizio della pandemia, la popolazione ha dimostrato un alto livello di fiducia nelle istituzioni coinvolte nel contenimento del COVID-19 in Italia, unitamente a un forte senso di responsabilità civica nel seguire le indicazioni delle istituzioni preposte alla salute pubblica. La fiducia nelle istituzioni è importante anche per garantire che le persone accedano all'assistenza sanitaria quando necessario.

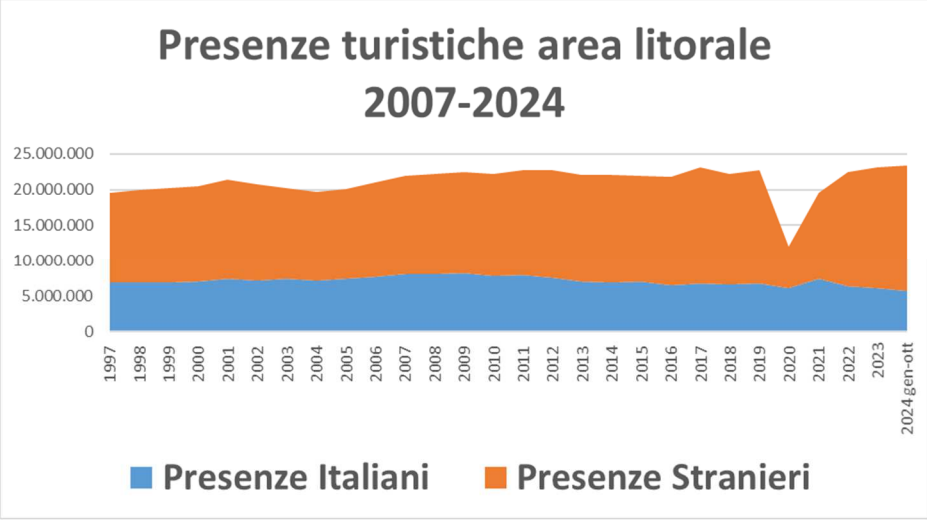
2.1.1 La valorizzazione della vocazione turistica del territorio

L'Azienda ULSS 4 si interfaccia con un territorio caratterizzato da una serie di specificità, che ne orientano la produzione di valore pubblico proprio all'insegna del sostegno e del supporto a queste stesse specificità.
Un fondamentale aspetto strutturale del territorio dell'ULSS 4 è la caratterizzazione del turismo balneare. In questo senso, la definizione di servizi sanitari specifici costituisce un elemento distintivo di valore pubblico che la ULSS 4 è vocata a portare ai propri utenti.
Il litorale dell'Aulss4, nel quale si affacciano le importanti località balneari di Bibione, Caorle, Eraclea Mare, Jesolo e Cavallino-Treporti, è il principale comprensorio turistico balneare del Veneto e costituisce il primo in Italia per numero di presenze e arrivi di turisti stranieri.
Nella tabella seguente, si riportano i dati di presenza per località nel 2019 e nel quadriennio 2021-2024 (escludendo quindi l'anno del lockdown), con l'indicazione percentuale dei turisti italiani e di quelli stranieri (periodo di riferimento gennaio-settembre):

COMUNE	PRESENZE 2024	ITALIANI	STRANIERI	ITALIANI	STRANIERI	PRESENZE 2023	PRESENZE 2022	PRESENZE 2021	PRESENZE 2019
Caorle	4.411.569	1.187.808	3.223.761	26,9%	73,1%	4.427.389	4.259.293	3.896.219	4.319.483
Eraclea	476.951	169.142	307.809	35,5%	64,5%	463.966	462.700	516.632	495.225
Jesolo	5.240.771	1.985.221	3.255.550	37,9%	62,1%	5.265.734	5.010.851	4.701.878	5.438.519
Bibione	5.404.936	1.277.543	4.127.393	23,6%	76,4%	5.367.188	5.435.685	4.590.906	5.851.482
Cavallino Treporti	6.877.161	912.482	5.964.679	13,3%	86,7%	6.664.987	6.576.735	5.421.789	6.269.451
TOTALE AULSS4	22.411.388	5.532.196	16.879.192	24,7%	75,3%	22.189.264	21.745.264	19.127.424	22.374.160

Fonte: Report Vacanze in Salute 2024

Per la stagione 2024 appena conclusa si registra un numero di presenze superiore a quello della stagione 2019 che, ad oggi, rappresenta ancora la stagione di riferimento. Rispetto al 2023, la tendenza è a un costante aumento, e la proporzione tra italiani e stranieri vede crescere principalmente la seconda componente.

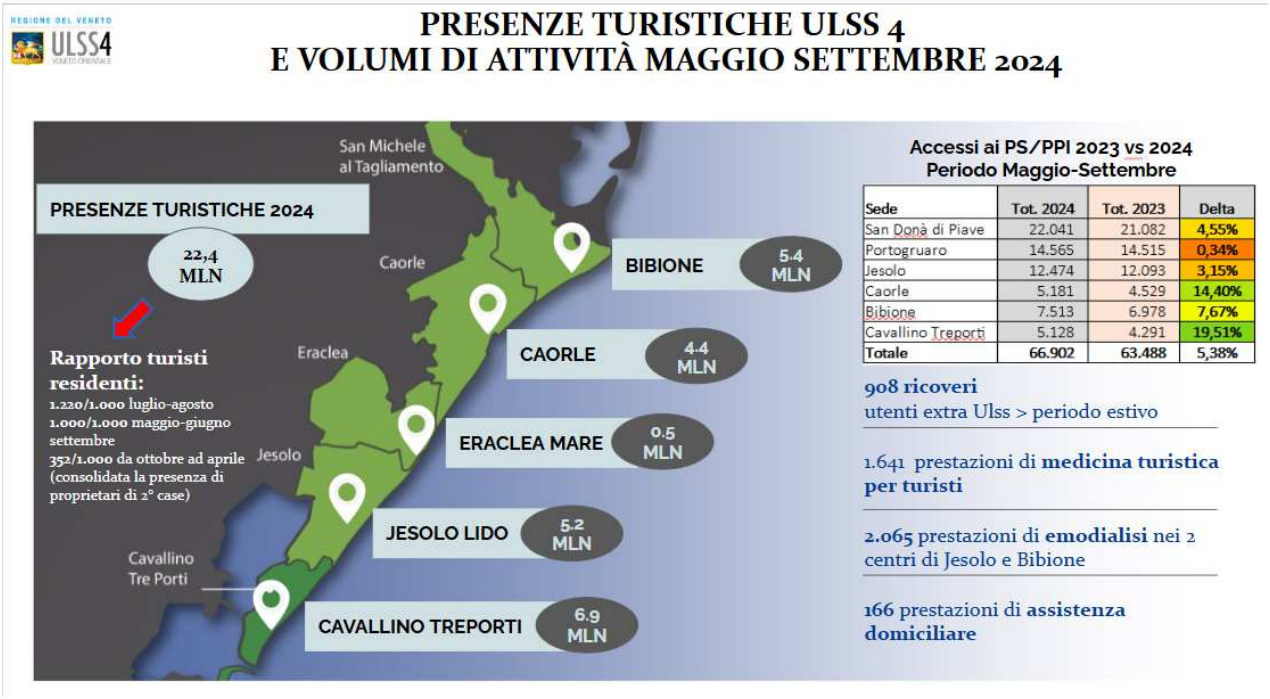


Fonte: Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat - Regione Veneto

Va precisato che i dati di presenza vengono rilevati tramite la registrazione della tassa di soggiorno e pertanto si riferiscono solo ai turisti che pernottano presso alberghi e campeggi del litorale. Essi rappresentano quindi una fotografia che sottostima il reale afflusso turistico, in quanto non comprendono coloro che possiedono una seconda casa di proprietà presso il litorale, i turisti "pendolari" giornalieri e quelli ospitati da amici e parenti. I servizi sanitari attivati nel periodo estivo vengono utilizzati però non solo dai turisti italiani e stranieri, ma anche da molti cittadini non residenti in mobilità indotta dal turismo ad esempio per gestire attività commerciali o per svolgere attività di lavoro stagionale dipendente.

In generale, nelle località costiere, in particolar modo in quella di Jesolo, si riscontra un fenomeno di presenze non censite (ad es. proprietari di seconde case, ospiti non soggetti a tassa di soggiorno) che usufruiscono di servizi sanitari in particolar modo di area critica che sfuggono sia alle logiche dei cittadini residenti, che a quelle della stagionalità turistica. Si tratta di un fenomeno in crescita, che non può più essere trascurato dalla logica di programmazione dei servizi stessi.

L'Azienda ULSS 4 dà risposta a questa vocazione territoriale con un elevato sforzo organizzativo volto a garantire una efficace copertura dei bisogni sanitari nel periodo turistico, che ha portato al programma "Vacanze in Salute".



Sede	Tot. 2024	Tot. 2023	Delta
San Donà di Piave	22.041	21.082	4,55%
Portogruaro	14.565	14.515	0,34%
Jesolo	12.474	12.093	3,15%
Caorle	5.181	4.529	14,40%
Bibione	7.513	6.978	7,67%
Cavallino Treporti	5.128	4.291	19,51%
Totale	66.902	63.488	5,38%

Seppure l'arco temporale che storicamente connota la durata del programma "Vacanze in Salute" si riferisca al periodo dal 1° maggio al 30 settembre, l'organizzazione aziendale ha sentito la crescente necessità di creare, dal 2023, un gruppo di lavoro stabile e multidisciplinare, che operi con continuità nel corso dell'anno, per garantire la programmazione, la gestione e la rendicontazione delle attività correlate al programma "Vacanze in Salute". Il gruppo ha compiti di coordinamento delle funzioni relative alle fasi di progettazione e attuazione dei servizi sanitari previsti per il potenziamento estivo, come erogati nel corso della stagione turistica, oltre che di valutazione delle prestazioni rese e di rendicontazione finale, in una logica di ciclo programmazione-controllo. Questo gruppo ha visto la presenza delle seguenti figure professionali:

- Project Manager del programma "Vacanze in Salute" e per lo sviluppo del turismo sanitario;

- Dirigente Medico Responsabile della UOSD Coordinamento servizi sanitari turistici e PPI;
- Infermiere con incarico di organizzazione, con funzioni anche in ambito di gestione di servizi sanitari turistici;
- Personale amministrativo della UOS Pianificazione e gestione dell'assistenza sanitaria ai turisti e del turismo sanitario, che ha sviluppato competenze avanzate in ambito di gestione operativa delle attività inerenti al potenziamento estivo e all'assistenza internazionale.

Il Programma si articola in più linee di intervento:

- Potenziamento dei pronto soccorsi di San Donà di Piave e Portogruaro e del Punto di Primo Intervento Avanzato di Jesolo, dei punti di primo intervento di Caorle e Cavallino Treporti attivi tutto l'anno, con l'aggiunta del punti di primo intervento di Bibione, e della postazione diurna di ambulanza ad Eraclea Mare. Grazie a un piano di investimenti mirato, i PPI sono stati dotati di:
    - Tecnologie avanzate, come apparecchiature di radiologia e ortopedia, per garantire diagnosi rapide ed accurate.
    - Personale altamente qualificato, formato specificamente per operare in contesti caratterizzati da un elevato afflusso turistico.
    - Medicina turistica integrata, che consente di affrontare con efficacia sia i codici a bassa intensità di cura che i casi più complessi, indirizzandoli verso percorsi appropriati.
- Un altro punto di forza è stato il consolidamento in organico degli interpreti e degli assistenti di sala, figure che svolgono un ruolo cruciale nell'abbattere le barriere linguistiche e nel fornire supporto pratico ai pazienti stranieri. Questo approccio non solo migliora la presa in carico e la qualità dell'assistenza, ma contribuisce altresì a creare un'esperienza positiva per i turisti.
- Potenziamento estivo di alcuni servizi ospedalieri di diagnosi a cura a supporto delle attività dei pronto soccorsi nel caso di necessità: in particolare sono coinvolte le unità ospedaliere di radiologia, ortopedia, pediatria, medicina generale, anestesia/rianimazione e il laboratorio di analisi.
- Servizio di assistenza primaria diurna per i turisti attivato mediante medici di assistenza primaria e presso le località di Caorle, Bibione e Jesolo Lido che hanno garantito il servizio presso le sedi aziendali o presso gli ambulatori propri.
- A tali servizi si aggiungono quelli di "supporto" come, ad esempio, le attività di prevenzione e ispezione svolte dal Dipartimento di Prevenzione.

L'attivazione all'interno dei Punti di Primo Intervento di Jesolo e Bibione un servizio di medicina turistica diurna, assicurato dai medici di assistenza primaria dell'Azienda Ulss4, ha permesso di prendere in carico, all'interno dell'area di emergenza-urgenza, i codici a basso rischio evolutivo e potenzialmente gestibili a livello ambulatoriale. Gestire attraverso un unico triage questi differenti servizi ha permesso, inoltre, l'utilizzo in fase di accettazione del software di gestione già disponibile presso i presidi PPI/DEA per l'acquisizione dei dati anagrafici e, previa implementazione delle modifiche necessarie, per la registrazione delle prestazioni erogate dai medici di assistenza primaria con contestuale emissione della nota di pagamento dei relativi oneri di spesa a carico dell'assistito. Ciò ha favorito altresì l'immediata solvenza degli oneri sfruttando le modalità di incasso già disponibili pressi i Punti di Primo Intervento ("Punto Giallo" di pagamento automatico h24, supporto diurno del personale amministrativo- interprete h 12), consentendo un'importante riduzione dei

casi di insolvenza. Tale modello ha comportato fin da subito importanti miglioramenti organizzativi, dovuti ad esempio alla diminuzione dei tempi di attesa, oltre che una maggiore appropriatezza nella presa in carico dei pazienti, riconducibili sostanzialmente alla garanzia di continuità di cure in caso di prestazioni a maggior carico assistenziale.

Grazie a questo modello integrato di assistenza ai turisti, i medici di medicina turistica non solo decongestionano l'area critica, ma migliorano anche la qualità del servizio, offrendo ai turisti una gestione immediata e completa delle problematiche più comuni. Il sistema è governato dai triagisti, che coordinano il percorso dei pazienti, distinguendo tra i casi che possono essere trattati all'interno degli ambulatori del servizio di guardia medica turistica e quelli che richiedono un ritorno all'area critica per ulteriori approfondimenti diagnostici.

Un elemento altrettanto innovativo del progetto è la collaborazione con i punti di prima assistenza in spiaggia, presidiati da infermieri qualificati e gestiti direttamente dai concessionari degli stabilimenti balneari. Questi punti rappresentano il primo livello di assistenza per i turisti che necessitano di interventi rapidi e di bassa intensità. Attualmente sono in corso percorsi formativi e la creazione di protocolli sanitari e amministrativi in grado, una volta operativi, di creare una sinergia con i servizi di area critica della nostra Azienda. Questa organizzazione in futuro potrà ridurre il carico sui PPI e sui Pronto Soccorso, garantendo una gestione tempestiva delle problematiche più semplici e migliorando l'esperienza complessiva dei turisti. La collaborazione tra i punti di prima assistenza in spiaggia e l'area critica potrebbe diventare un concreto esempio di come i servizi sanitari della nostra AULSS possano adattarsi alle esigenze del territorio, offrendo soluzioni innovative e sostenibili.

Il progetto Vacanze in Salute nella sua componente di area critica ed emergenza territoriale rappresenta un modello unico nel panorama sanitario italiano, capace di integrare sicurezza, innovazione e qualità in un sistema pensato per rispondere alle esigenze di un territorio ad alta intensità turistica. L'area critica, cuore pulsante del progetto, si distingue per la sua capacità di offrire risposte tempestive ed efficaci, garantendo serenità e tranquillità ai milioni di visitatori che ogni anno scelgono il Veneto Orientale come meta delle loro vacanze. Grazie alla sinergia tra l'area critica, la medicina turistica, i punti di assistenza in spiaggia e il sistema di emergenza territoriale, il progetto rappresenta un esempio di eccellenza che rafforza la reputazione del Veneto Orientale come una delle destinazioni turistiche più sicure e moderne d'Europa.

Accanto a queste linee, viene attivato un servizio di interpretariato in lingua straniera, di enorme importanza per i turisti stranieri che visitano e alloggiano presso il litorale del Veneto Orientale, sia per una migliore comprensione sia per un efficace adempimento delle attività amministrative a supporto.

Per la stagione 2024 il personale amministrativo interprete è stato assunto tramite indizione di avviso pubblico per un totale 19 unità a tempo determinato, nel dettaglio così collocate:

- 16 unità presso i presidi dell'area critica di emergenza-urgenza della nostra Azienda, Pronto Soccorso e Punti di Primo Intervento, con copertura oraria dalle ore 8.00 alle ore 20.00, 7 gg su 7;
- 1 unità presso la UOS Pianificazione e Gestione dell'Assistenza Sanitaria ai Turisti e del Turismo Sanitario, a supporto dell'attività di back-office;
- 1 unità presso la UOSD Coordinamento Servizi Sanitari Turistici e PPI, presso il PPI/A di Jesolo, a supporto dell'attività di segreteria della struttura;
- 1 unità presso la UOC Direzione Amministrativa di Ospedale a supporto dell'attività di recupero della documentazione e dei crediti relativi ai ricoveri di pazienti stranieri presso le strutture ospedaliere del territorio.

Va segnalato che durante l'intera stagione estiva è garantito un servizio di interpretariato telefonico in 21 lingue straniere, albanese, arabo, bengalese, ceco, cinese, cingalese, croato, curdo, francese, hindi, inglese, polacco, portoghese, rumeno, russo, serbo, sloveno, spagnolo, tedesco, ucraino e urdu.

Presso l'Aulss 4 sono inoltre attivi due centri dialisi che fanno fronte alle richieste di trattamenti dialitici dei pazienti stranieri e italiani che soggiornano lungo il litorale nel periodo estivo (con 12 posti letto nel P.O. di Jesolo e 6 presso il punto di primo intervento di Bibione per il periodo da maggio a fine settembre); già nel corso della stagione 2021 il numero di pazienti e prestazioni di emodialisi si è attestato nuovamente ai livelli delle stagioni turistiche precedenti alla pandemia (fino al 2019). La stagione 2023 ha pienamente rispecchiato il consueto andamento delle stagioni precedenti al periodo pandemico da Covid-19.

Questo, ancora una volta, ha testimoniato che il servizio sanitario di emodialisi per turisti è molto apprezzato e per la sua continuità negli anni, contribuisce a rafforzare la fidelizzazione dei turisti nelle due località.

COMUNE	2024	2023	2022	2019
Jesolo	1.117	1.066	1.094	1.326
Bibione	948	940	870	789
TOTALE AULSS4	**2.065**	**2.006**	**1.964**	**2.115**

Per il periodo estivo, inoltre, viene garantito il servizio farmaceutico con l'apertura di 10 succursali nelle località turistiche.
I servizi rivolti ai turisti riguardano anche la tutela della salute e la prevenzione dei comportamenti a rischio: va in questa direzione il progetto "Off Limits", specificamente rivolto alla fascia di età 16-24, che vuole sensibilizzare, informare e promuovere atteggiamenti consapevoli relativi all'uso di sostanze e alcol e ad altri comportamenti rischiosi.
Dal 2017, inoltre, è attivo il progetto "Turismo Sociale ed Inclusivo nel Veneto" per il quale la Regione del Veneto ha individuato la AULSS 4 come Azienda capofila. Il progetto si propone di portare avanti un cambiamento culturale di tutti i portatori d'interesse, mirando a pensare e progettare i servizi e gli spazi in modo tale da renderli accessibili a tutti. L'obiettivo è quello di creare una rete integrata tra le strutture turistico-ricettive, i servizi socio-sanitari, le amministrazioni comunali in particolare delle località turistiche, ed il privato sociale, al fine di coniugare lo sviluppo economico con nuovi modelli sociali per promuovere il turismo socio-sanitario inclusivo ed incrementare il turismo internazionale attraverso l'attrazione di persone diversamente abili, la destagionalizzazione e la diversificazione dell'offerta.

2.1.2 Lo sviluppo delle progettualità del P.N.R.R.

La progettualità correlata al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), già presentata per sommi capi in premessa, rappresenta un fondamentale elemento per incidere sulla qualità della vita dei cittadini; in particolare gli elementi di investimento e costruzione di progettualità devono essere inseriti in una logica di programmazione a lungo termine, che focalizzi sia le caratteristiche attuali sia la potenziale evoluzione futura del territorio nelle sue principali componenti demografiche, socio-economiche e di accesso ai servizi. In questo senso, la progettazione relativa al P.N.R.R. deve rispondere alla duplice esigenza di supportare il territorio che è e contribuire a disegnare il territorio che sarà.

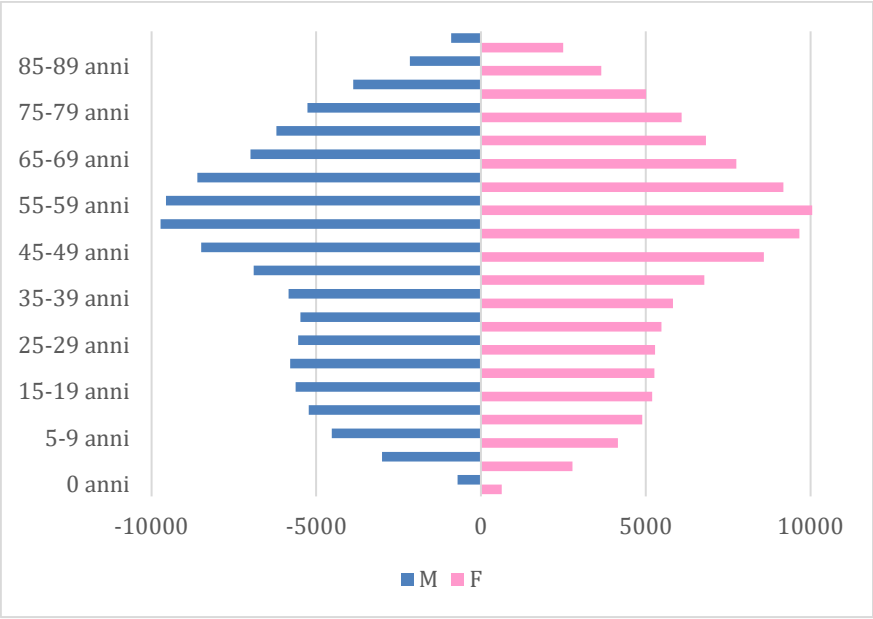
Il territorio dell'AULSS 4 è caratterizzato da densità abitativa disomogenea, nonché dalla già citata forte intensità dei flussi turistici stagionali, che comporta un elevato impegno aggiuntivo nell'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di competenza della stessa AULSS.

La conformazione geografica del territorio, che si snoda seguendo il tratto costiero su una lunghezza di circa 60 km, la dislocazione dei presidi ospedalieri (San Donà di Piave, Portogruaro e Jesolo) e la distribuzione sul territorio di tutte le sedi territoriali condizionano fortemente l'accesso ai servizi, in particolare nel periodo estivo, quando la viabilità fortemente congestionata determina un disagio soprattutto per la popolazione anziana e in situazione di fragilità, anche temporanea. Inoltre i Presidi Ospedalieri sono specializzati nell'ambito internistico a San Donà di Piave, nell'ambito chirurgico a Portogruaro e nell'ambito riabilitativo a Jesolo.

Per quanto riguarda i trend demografici della popolazione, si registrano delle dinamiche di invecchiamento complessivo della popolazione residente che impongono di progettare modelli di welfare sostenibile, per rispondere al bisogno di assistenza che prevedibilmente seguirà l'andamento della curva demografica.

I dati sulla struttura della popolazione, uniti ai trend dell'indice di natalità e dell'indice di vecchiaia, portano a disegnare una piramide progressivamente più sbilanciata verso le età adulte. Tale dato, allineato per l'Azienda ULSS 4 alle tendenze medie regionali, comporta un ripensamento nei concetti stessi di salute e assistenza sanitaria.

Piramide della popolazione per genere e classi quinquennali di età al 1 gennaio 2024.



Fonte: Istat

Le due dinamiche contrapposte che vedono da una parte la diminuzione delle nascite e dall'altra il contestuale aumento della popolazione con più di 65 anni, sono chiari indicatori dell'abbassamento del tasso di natalità e dell'aumento dell'indice di vecchiaia, come già rappresentato nella sezione "Scheda anagrafica della popolazione".

Questi elementi, caratterizzanti il territorio di competenza e strettamente collegati, sono alla base della modalità di risposta messa in atto ai bisogni sanitari e socio-sanitari dei propri assistiti.

Da un lato, quindi, si è scelto di realizzare cinque **Case della Comunità**, con l'obiettivo di assicurare alla comunità strutture, facilmente identificabili, di prossimità, facilmente raggiungibili dalla popolazione di riferimento, dove trovare una risposta efficace ai bisogni sia di tipo sanitario sia di tipo socio-sanitario.

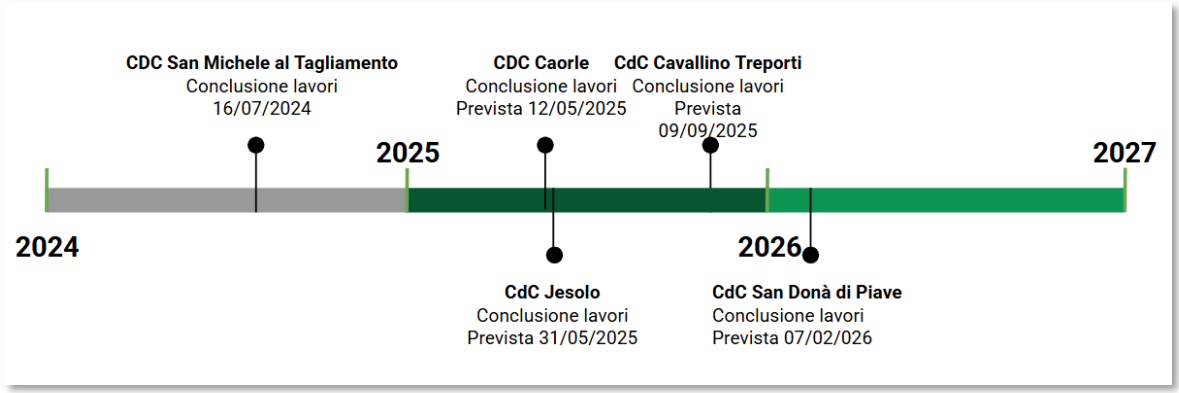
Lo sviluppo delle Case della Comunità nel territorio dell'ULSS 4 è funzionale ad implementare le attività già in essere e di apportare innovazioni quali:

- Accesso facilitato del cittadino, sia fisico che funzionale, ai servizi del territorio;
- Presa in carico della domanda del cittadino, analisi del bisogno e risposta tempestiva cui consegue una programmazione a breve e a lungo termine dei servizi da erogare, in particolare nell'area della cronicità e della fragilità, anche temporanea, o a patologie di nuova insorgenza in tutte le fasce di età;
- Sviluppo della medicina preventiva e di iniziativa, estesa a tutte le figure eroganti salute;
- Presa in carico integrata del bisogno da parte dei servizi presenti nel territorio (consultori, salute mentale, servizi per le dipendenze, cure primarie, cure palliative, disabilità e non autosufficienza, disturbi del comportamento alimentare…) e dell'ospedale;
- Attivazione e consolidamento di team multiprofessionali e multidisciplinari, ospedalieri e territoriali, assicurando l'integrazione anche attraverso l'utilizzo esteso dei PDTA;
- Attività di prevenzione e promozione della salute in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, l'ospedale e il territorio;
- Partecipazione delle comunità locali, delle associazioni e dei diversi stakeholder.

Le progettualità correlate al PNRR prevedono la realizzazione delle 5 Case della Comunità, collocandole a Cavallino Treporti, Jesolo, San Donà di Piave, San Michele al Tagliamento e Caorle.

Presso la strutturale distrettuale di Portogruaro la Casa di Comunità verrà invece realizzata con risorse aziendali.

Al 31/12/2024 lo stato di avanzamento lavori delle cinque Case della Comunità con progettualità PNRR è in linea con il cronoprogramma previsto, qui riportato in forma grafica.



Sull'altro versante, si è scelto di potenziare l'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli **Ospedali di Comunità** o Strutture per le Cure Intermedie.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 4 sono presenti e già attivi 2 ospedali di comunità:

- A Jesolo presso il CSR Stella Marina con 24 posti letto;
- A San Donà di Piave presso il CSR Monumento ai Caduti con 16 posti letto.

È inoltre in fase di avvio il terzo Ospedale di Comunità, a Portogruaro presso IPAB Francescon con 20 posti letto.

A queste strutture, con finanziamento PNRR, si affiancherà l'Ospedale di Comunità presso il presidio ospedaliero di Jesolo, con 22 posti letto.

La struttura potrà usufruire inoltre dello spazio adiacente, destinato alle principali attività motorie e riabilitative appartenente all'UOC di Medicina Riabilitativa, ma che potrà essere utilizzato da entrambi i servizi.

Ospedale di Comunità (importo totale 6.425.000 €):

È in realizzazione la gestione dei lavori presso l'Ospedale di Jesolo. Con l'occasione verranno anche volte attività di miglioramento della protezione sismica e adeguamento prevenzione incendi correlati al Progetto. La data prevista di conclusione dei lavori è il 07/01/2026, mentre l'attivazione è prevista al 31/03/2026.

Le progettualità legate al PNRR comprendono anche l'adeguamento dell'attuale Centrale Operativa Territoriale (COT) e l'implementazione di una nuova COT, che riveste il ruolo di "spoke" rispetto all'esistente.

COT - Centrale Operativa Territoriale (importo totale 514.000 €):

Con la mensilità di marzo 2024 si è conclusa la fase di lavori per entrambe le COT (Hub e Spoke).

Nello stesso mese si sono concluse le attività per l'interconnessione aziendale.

A seguito dei finanziamenti si sono altresì avviati lavori funzionali all'attività di diagnostica, che interessano i tre Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

RADIOLOGIA (importo totale 445.000 €):

Sono terminati nel 2023 i lavori per l'installazione di due Tomografi assiali da 128 strati per radiologia P.O. di Portogruaro e di Jesolo, e nel 2024 i lavori per l'impianto di Diagnostica radiologica telecomandata per radiologia P.O. di San Donà di Piave

Sono inoltre previsti lavori complementari per un importo di 200.000€, il che porta l'investimento totale a 23.326.000 €.

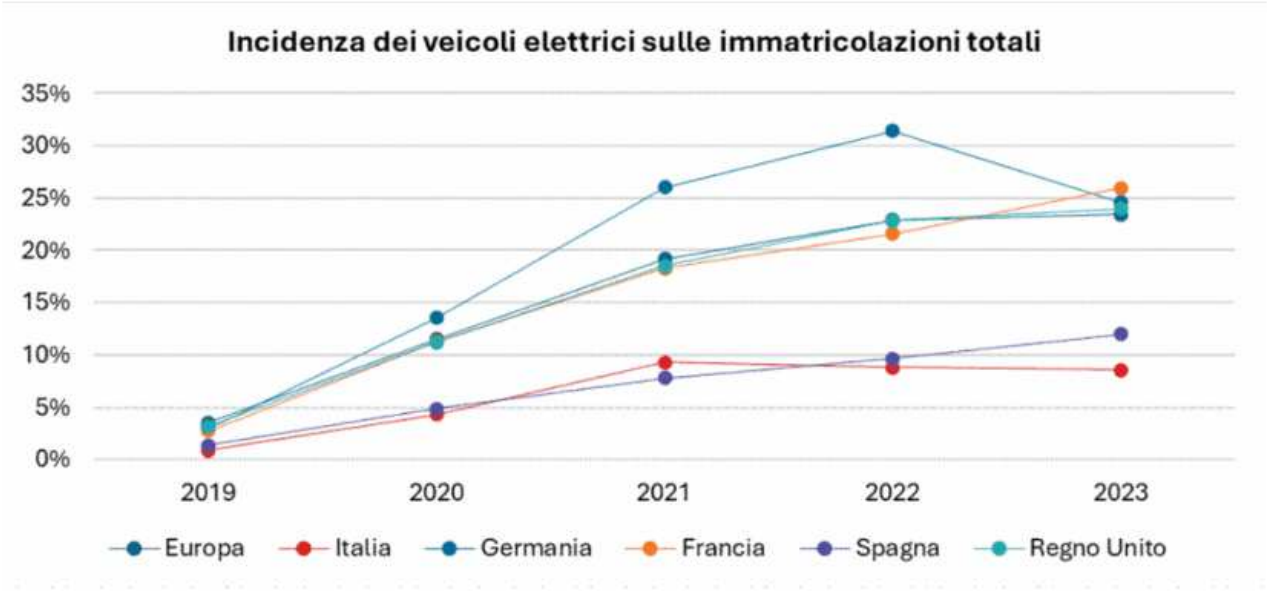
2.1.3 Efficientamento energetico e rispetto per l'ambiente

L'Italia è particolarmente esposta ai cambiamenti climatici e deve accelerare il percorso verso la neutralità climatica nel 2050 e verso una maggiore sostenibilità ambientale. Ci sono già stati alcuni progressi significativi: tra il 2005 e il 2019, le emissioni di gas serra dell'Italia sono diminuite del 19 per cento. Ad oggi, le emissioni pro capite di gas climalteranti, espresse in tonnellate equivalenti, sono inferiori alla media UE.

Tuttavia, dal rapporto sul trasporto europeo 2024, pubblicato da Eurostat, emerge che il numero di macchine nell'Unione europea è in costante aumento e che la transizione alle auto verdi (alimentate con carburanti alternativi) è ancora distante: l'80% delle nuove immatricolazioni è ancora rappresentato da macchine a benzina o diesel. Sul podio con l'Italia c'è il Lussemburgo con 675 auto per mille abitanti, Cipro (670 per mille abitanti), la Finlandia (664 per mille abitanti) e l'Estonia (630

per mille abitanti). Mentre gli Stati con meno macchine registrate sono la Lettonia (418 per mille abitanti), la Romania (425 per mille abitanti) e l'Ungheria (435 per mille abitanti).

Nonostante l'aumento negli ultimi anni, le autovetture alimentate con carburanti alternativi rappresentano però ancora una minoranza delle nuove immatricolazioni di autovetture nell'Ue, che nella maggior parte dei Paesi è ancora inferiore al 20%, sempre dietro a quelle a benzina e diesel.



A tal proposito, si rileva che questa azienda utilizza negli ultimi anni all'interno del proprio parco auto anche 15 auto elettriche che nel corso dell'ultimo anno hanno percorso oltre 140.000 km.

Si rammenta, inoltre, che in fase di definizione del PNRR, i progetti e le riforme del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano sono stati valutati dalle Amministrazioni proponenti, con il supporto di esperti in materia ambientale, considerando i criteri DNSH[3]. Le Amministrazioni sono chiamate anche in fase di attuazione a garantire concretamente che ogni misura non arrechi un danno significativo agli obiettivi ambientali, adottando specifici requisiti nei principali atti programmatici e attuativi.

Tutto il personale dipendente è tenuto a osservare le disposizioni aziendali che riguardano il rispetto dell'ambiente, in particolare per quanto concerne il corretto utilizzo dell'energia e delle risorse idriche ed in generale i comportamenti che favoriscono la riduzione dei rifiuti e il risparmio della carta così come espressamente disciplinato nell'ultimo Codice di Comportamento aziendale (art.20)[4].

[3] *Do No Significant Harm* (*DNSH*), con riferimento al sistema di tassonomia delle attività ecosostenibili, di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) 2020/852.

[4] ARTICOLO 20 – RISPETTO DELL'AMBIENTE
1. Il dipendente tenendo sempre presente l'interesse collettivo al risparmio delle risorse pubbliche, delle fonti di energia e delle risorse naturali oltre che il proprio benessere individuale, è tenuto all'adozione di comportamenti eco-responsabili, in particolare per quanto concerne:

2.1.4 Digitalizzazione e accessibilità ai servizi

Accessibilità dei servizi e FSE

Al fine di realizzare la piena accessibilità ai servizi e di semplificare le procedure a favore del cittadino, l'Azienda garantisce l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di libera professione attraverso un sistema centralizzato e informatizzato di prenotazione, in grado di assicurare un'offerta complessiva sulle prestazioni erogabili. È prevista inoltre la graduale disponibilità della disponibilità online della documentazione sanitaria secondo i tempi e le modalità di implementazione previste dal progetto regionale Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il FSEr svolgerà tre funzioni chiave:

- punto di accesso per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN;
- base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente;
- strumento per le ULSS che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

Il progetto prevede la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità nell'ambito di un'unica piattaforma di servizi. Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e la programmazione

- utilizzo corretto e senza sprechi dell'energia;
- utilizzo corretto e senza sprechi dell'acqua;
- smaltimento differenziato dei rifiuti sanitari e non sanitari;
- risparmio della carta e dei toner.

2. Nello specifico si illustrano a titolo indicativo e non esaustivo alcuni comportamenti da tenere:
a. spegnere gli apparecchi elettronici (computer, monitor, fotocopiatrice ecc.) al termine della giornata lavorativa e staccarli dalla presa in caso di assenza per un periodo superiore ai tre giorni;
b. spegnere le luci artificiali quando quella naturale è già sufficiente;
c. spegnere le luci quando si esce dall'ufficio e dagli ambienti comuni (bagno, archivi, magazzini, sale riunioni ecc.);
d. non stampare inutilmente i documenti, in particolare quando sono in fase di lavorazione, utilizzando gli accorgimenti necessari per il risparmio di carta e inchiostro: impostare come predefinita la funzione di stampa a fronte retro e più pagine in un foglio; privilegiare la stampa in bianco e nero ed a bassa risoluzione; recuperare i fogli stampati da buttare utilizzandoli come carta da riciclo;
e. mantenere negli uffici una temperatura non troppo elevata d'inverno né troppo bassa d'estate e non riscaldare o raffreddare le stanze che restano vuote (es. sale riunioni) mantenendo le finestre dell'ufficio chiuse in caso di condizionatore o riscaldamento accesi, in modo da evitare dispersioni;
f. differenziare i rifiuti prodotti e consentirne una gestione corretta finalizzata al recupero e al riciclo.

di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, le tendenze e il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Nuovo sito Aziendale

Nell'ottica di semplificare il rapporto tra Pubblica Amministrazione e singolo cittadino, è stato attivato il nuovo sito pubblico aziendale su format regionale condiviso con tutte le altre Aziende sanitarie venete, creando così una interfaccia unica e semplice, una navigazione intuitiva e facilmente accessibile con una contestuale verifica di tutti i contenuti pubblicati.

Avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Inoltre, il nuovo Sistema Informatico Ospedaliero (SIO) regionale che verrà implementato nel 2025 (salva riprogrammazione in ambito regionale), permetterà di uniformare a livello aziendale l'infrastruttura informatica in ambito ospedaliero. Il tutto si inquadra nell'ambito dello sviluppo della missione 6 del PNRR che prevede anche il potenziamento degli strumenti di digitalizzazione al fine di garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati di carattere sanitario nel rispetto della normativa sulla privacy.

La strategia di digitalizzazione della Sanità regionale e, quindi, delle singole Aziende, si è ampliata nel corso del 2024, affiancando al deployment del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) l'introduzione di una serie di applicazioni dipartimentali, tutte cloud based e finanziate con fondi del PNRR gestiti a livello regionale, destinate a garantire un omogeneo livello tecnologico e di prestazione: si tratta dei sistemi di laboratorio (LIS), Radiologia (RIS-PACS), Anatomia Patologica, Trasfusionale, Procreazione Medicalmente

Assistita, 118, Logistica del farmaco.

Sviluppo della Telemedicina

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta il principale riferimento per lo sviluppo dei servizi di telemedicina. Il DM 77/2022, che definisce gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici della rete di assistenza sanitaria territoriale, dedica una sezione alla Telemedicina, vista come uno strumento per la gestione dei percorsi dei pazienti, per l'assistenza a domicilio e per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale, in grado di abilitare forme di assistenza attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN. Il DM 77, inoltre, individua la telemedicina come strumento a disposizione delle Case di Comunità, della Continuità Assistenziale e delle varie articolazioni territoriali per erogare servizi al cittadino, individuando la COT come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti oltre alla telerefertazione tra diversi presidi ospedalieri. Al fine di potenziare lo sviluppo della telemedicina in Azienda, coerentemente con quanto sopra riportato, si prevede di:

- avviare nuovi servizi nell'ambito del paziente anziano in ADI e nelle RSA, sviluppando l'assistenza domiciliare come previsto dal PNRR;
- sviluppare l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina prevista dal PNRR, integrata con i sistemi aziendali, secondo le indicazioni del gruppo regionale di coordinamento di cui alla DGR nr. 775/2023;

Cyber security e protezione dati personali

Trasversalmente e propedeuticamente alla strategia di digitalizzazione descritta vi sarà l'evoluzione tecnologica verso un modello cloud based dell'informatica aziendale, sia avvalendosi del Polo strategico Nazionale che della realizzanda infrastruttura regionale, con conseguente trasformazione anche del modello di gestione. Lo sviluppo ulteriore dei sistemi informativi a supporto essenziale dei servizi sanitari e socio-sanitari, comporta inevitabilmente l'aumento della loro criticità: a tale proposito proseguiranno le iniziative mirate a garantirne la sicurezza, in termini di:

- business continuity, potenziando e completando l'architettura ridondante dell'infrastruttura di rete e dei data center a complemento della migrazione al cloud (con maggiori livelli di business continuity garantiti) delle applicazioni.
- sicurezza informatica, in particolare contro gli ormai quotidiani attacchi da parte di organizzazioni criminali strutturate industrialmente. Il deployment delle tecnologie di protezione (reattive) e prevenzione (proattive) e potenziata l'organizzazione della sicurezza informatica, con l'introduzione di modelli di gestione via via più pervasivi l'organizzazione aziendale con supporto e coordinamento regionale.

2.1.5 Le azioni per il benessere organizzativo

L'Azienda ha a cuore il benessere dei propri dipendenti, e sviluppa azioni e strategie volte a garantire l'ascolto delle esigenze dei lavoratori, la partecipazione alle scelte di programmazione aziendale e – dove possibile – la coprogettazione di attività volte al miglioramento del tempo lavorativo (come ad esempio la formazione).

Nel corso del 2022 la Regione del Veneto ha promosso un'indagine di clima organizzativo nelle aziende sanitarie del SSR, in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Anche l'Azienda ULSS 4 Veneto Orientale ha partecipato con la somministrazione del questionario, secondo una metodologia ormai consolidata.

L'indagine, di natura organizzativa gestionale, coerentemente con i risultati emersi, ha evidenziato delle aree di miglioramento che si sono tradotte in tre azioni di miglioramento messe in atto nel corso dell'anno 2024 allo scopo di incidere in modo positivo sul benessere dei dipendenti e più in generale sul clima aziendale.

Le azioni previste e realizzate nel 2024 sono state:

- Realizzazione di una nuova foresteria per dipendenti
- Condividere con il personale aziendale gli obiettivi, lo stato di avanzamento e le azioni conseguenti agli interventi finanziati dal PNRR in ULSS4
- Ampliare le attuali modalità di analisi del fabbisogno formativo, mettendo in atto misure organizzative idonee a coinvolgere maggiormente i dipendenti nel processo di definizione dell'offerta formativa aziendale

Riportiamo in sintesi lo stato di realizzazione per ciascuna di esse.

Realizzazione di una nuova foresteria per dipendenti

La definizione dell'azione nasce dall'esigenza, rilevata dall'indagine, di migliorare i servizi dedicati al personale aziendale, ampliando territorialmente un servizio che oggi è disponibile nella sola località di Jesolo.

Presso la sede di San Donà di Piave si è scelto di realizzare una ulteriore foresteria, per 14 stanze (circa 30 posti); gli interventi sono stati avviati il 6/11/2023 e si sono conclusi il 18/11/2024, come riportato in tabella sottostante.

	Settimane	Data inizio	Data fine
Definizione dell'intervento e selezione dell'appaltatore	1-15	01/11/2023	19/02/2024
Esecuzione lavori	16-38	19/02/2024	22/07/2024
Stesura documento per l'uso della foresteria	39-53	22/07/2024	18/11/2024

Condividere con il personale aziendale gli obiettivi, lo stato di avanzamento e le azioni conseguenti agli interventi finanziati dal PNRR in ULSS4

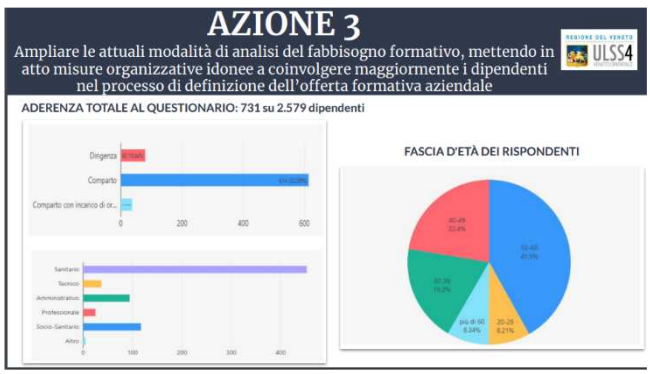
L'avvio di una puntuale strategia comunicativa rispetto alle azioni del PNRR (descritte in dettaglio nel paragrafo 2.1.2) risponde alla necessità di migliorare i processi di comunicazioni interna, anche come strumento di valorizzazione delle risorse umane e di sviluppo del senso di appartenenza all'azienda.

All'interno del sito dell'Azienda è stata istituita e popolata una apposita sezione dedicata, che analizza nel dettaglio le singole linee di investimento:

1. M1C1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA
2. M6C1 - Case della Comunità
3. M6C1 - Centrale Operativa Territoriale (COT)
4. M6C1 - Ospedali di Comunità
5. M6C2 - Digitalizzazione dei DEA
6. M6C2 - Grandi apparecchiature
7. M6C2 - Digitalizzazione DL 34/2020
8. M6C2 - Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Ampliare le attuali modalità di analisi del fabbisogno formativo, mettendo in atto misure organizzative idonee a coinvolgere maggiormente i dipendenti nel processo di definizione dell'offerta formativa aziendale

La terza linea di intervento è stata mirata a potenziare la condivisione delle modalità di raccolta dei fabbisogni formativi, consentendo a tutti i dipendenti di esprimere le proprie esigenze in modo diretto e puntuale. L'attività ha previsto la predisposizione di un apposito modulo per la raccolta delle proposte formative. Al questionario hanno aderito 731 dipendenti su 2.579, pari al 28,3%. Le risposte pervenute sono state analizzate e utilizzate nella predisposizione del nuovo Piano formativo aziendale, presentato nel dettaglio nel paragrafo dedicato 3.4.



2.2. Sintesi dell'andamento dei risultati economici

L'ammontare complessivo delle risorse a disposizione dell'Azienda è definito con i provvedimenti regionali di assegnazione delle risorse finanziarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (FSR).

	CONTO ECONOMICO CONSUNTIVO				
	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
RISULTATO DI ESERCIZIO	3.014.963	2.308.250	205.055	-5.886.609	-1.602.691
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/-E)	10.977.527	10.674.891	9.375.286	2.873.846	7.178.234
Totale valore della produzione (A)	442.426.040	450.705.456	490.707.296	514.339.375	522.535.256
Totale costi della produzione (B)	432.019.283	438.267.492	485.013.760	509.293.583	513.854.024
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-47.445	286	-2.969	-4.811	462
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	618.216	-1.763.355	3.684.718	-2.167.135	-1.503.460
Totale imposte e tasse	7.962.564	8.366.644	9.170.231	8.760.455	8.780.925

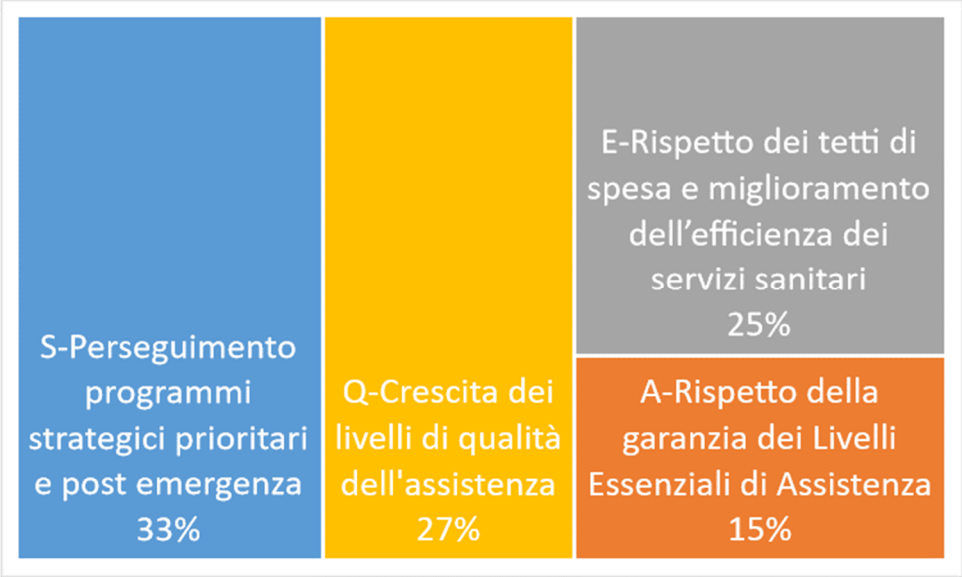
A supporto della programmazione si possono, al momento, assumere i saldi riproposti nello schema della tabella seguente riferiti al bilancio preventivo economico 2025 approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1289 del 30-12-2024.

	Conto economico preventivo 2025	
	Area sanitaria	**Area sociale**
RISULTATO DI ESERCIZIO	-21.469.905	0,00
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-11.854.767	149.218
Totale valore della produzione (A)	524.840.049	14.286.959
Totale costi della produzione (B)	536.539.146	14.137.967
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-255	228
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-155.415	0
Totale imposte e tasse	9.615.138	149.218

2.3. Performance

2.3.1 Il raggiungimento degli Obiettivi

Da un punto di vista generale, le direttrici lungo le quali le aziende sanitarie sono chiamate a muoversi, sono delineate dall'Amministrazione Regionale attraverso il sistema di obiettivi di salute e funzionamento dei servizi i cui contenuti, sono descritti nelle DGR n. 2860/2008 (obiettivi 2009-2010), n. 3140/2010 (obiettivi 2011), n. 2369/2011 (obiettivi 2012), n. 1237/2013 (obiettivi 2013), n. 2355/2013 (obiettivi 2014), n. 2525/2014 (obiettivi 2015) n. 2072/2015 (obiettivi 2016) n. 246/2017 (obiettivi 2017), n. 230/2018 (obiettivi 2018), n. 248 del 08.03.2019 (obiettivi 2019), n. 1406 del 16.09.2020 (obiettivi 2020), n. 958 del 13.07.2021 (obiettivi 2021), n. 709 del 14.06.2022 (obiettivi 2022) n. 1702 del 2022 (obiettivi 2023), n. 1.682 del 29.12.2023 (obiettivi 2024) e, infine, la recente DGR 1.557 del 30 dicembre 2024, che assegna gli Obiettivi aziendali per l'annualità 2025.
Gli ambiti LEA (Livelli Essenziali Assistenza) su cui si articola la definizione degli obiettivi di salute sono quattro:
S – perseguimento dei programmi strategici prioritari e post emergenza
Q – crescita dei livelli di qualità dell'assistenza
E – rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari
A – rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza
In funzione del raggiungimento degli obiettivi correlati a ciascun ambito, le Aziende conseguono un punteggio. La ripartizione dei punteggi negli Ambiti per l'annualità 2025 è rappresentata nel grafico sottostante.



Per ciascun Ambito sono individuati i relativi Obiettivi e Indicatori, i quali rappresentano i principali indicatori di performance nell'orientamento dell'attività dell'Azienda.

.	OBIETTIVO	INDICATORE
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	% prestazioni con classe di priorità “B” erogate entro i tempi richiesti
		% prestazioni con classe di priorità “D” erogate entro i tempi richiesti
		Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria
		% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"
	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	Rispetto della programmazione interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale
	Perseguimento PNRR Missione 6	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone
		PNRR: "Grandi apparecchiature". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone
		PNRR: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone
		PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone
	Perseguimento interventi strategici di informatica	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma
		Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma
	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale
		PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone
	Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico
	Valorizzazione del ruolo di HUB regionali	Indicatore composito di esiti delle patologie tempodipendenti
	Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto	Aumento delle pubblicazioni e dei pazienti inseriti in studi
		Collaborazione con il CRAO nella stesura e aggiornamento dei PDTA
		Predisposizione del capitolato tecnico della gara regionale di test NGS in oncologia
		% aggiornamento di protocolli ROV e REV presenti in Medical 80 e rispetto indicazioni per supporto rete oncologica
		Rispetto delle indicazioni per la riorganizzazione delle attività dei GOM regionali
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
		D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
		PDTA06.2_BIS - % di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento
	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
		P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
		P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)

.	OBIETTIVO	INDICATORE
		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
		P14C - Indicatore composito sugli stili di vita
		P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
		P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina
		P16C - Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza
		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
		A0.2_RV - Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti
		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
		D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
		D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
		D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
		H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
		H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
		H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
		H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
		H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
		H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
		H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno
		H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)
		PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti
		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

.	OBIETTIVO	INDICATORE
		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)
		Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
		Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
		H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
		H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche
-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell' efficienza dei servizi sanitari	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025
		Contributo al mantenimento dei livelli di spesa dei farmaci per Malattie Rare in collaborazione con il Coordinamento delle Malattie Rare
	Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione
	Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025
		Indice di miglioramento margine produttività
		Indice di distanza dalla best performance
		Aumento mobilità attiva
	Gestione degli investimenti	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)
		Indice di produttività delle apparecchiature
	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente
		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
		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza
		% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali
		Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR
		Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR
	Miglioramento dei processi sanitari	Indice di performance degenza media - drg medici (Bersaglio C2A.M)
		Indice di performance degenza media - drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica
	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)

.	OBIETTIVO	INDICATORE
	Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell'ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale
	Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)
	Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata
		Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)
		Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee
		Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM
		Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
		% di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
		% di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.2)
	Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete
		Tasso di personale destinato alle attività territoriali
		Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)
		Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità
	Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24
		DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget
	Miglioramento efficienza dei processi di supporto	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)
		Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione
		Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite
		Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione
		% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente
		Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)
		Adozione e rispetto degli accordi contrattuali con le aziende territoriali
	Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro

.	OBIETTIVO	INDICATORE
	gestione aziendale del sinistro	
	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici
		Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza
		Rispetto degli indicatori di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva
	Promozione dei processi per la ricerca	Avviamento progetti di ricerca attivati in collaborazione con almeno 3 Ulss della Regione Veneto
		Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica

2.3.2 Il ciclo della performance

Nella figura che segue, l'impostazione del ciclo della performance seguita dall'Azienda ULSS 4 composta dal Piano della performance, che affida al Documento delle Direttive di budget un ruolo di traduzione della programmazione nella dinamica del budget annuale esprimendo la volontà della Direzione in termini di macro-obiettivi da raggiungere, oltre che linee guida, criteri, vincoli e parametri che dovranno essere adeguatamente considerati nella formulazione del Budget.

Contenuti della scheda di budget 2025

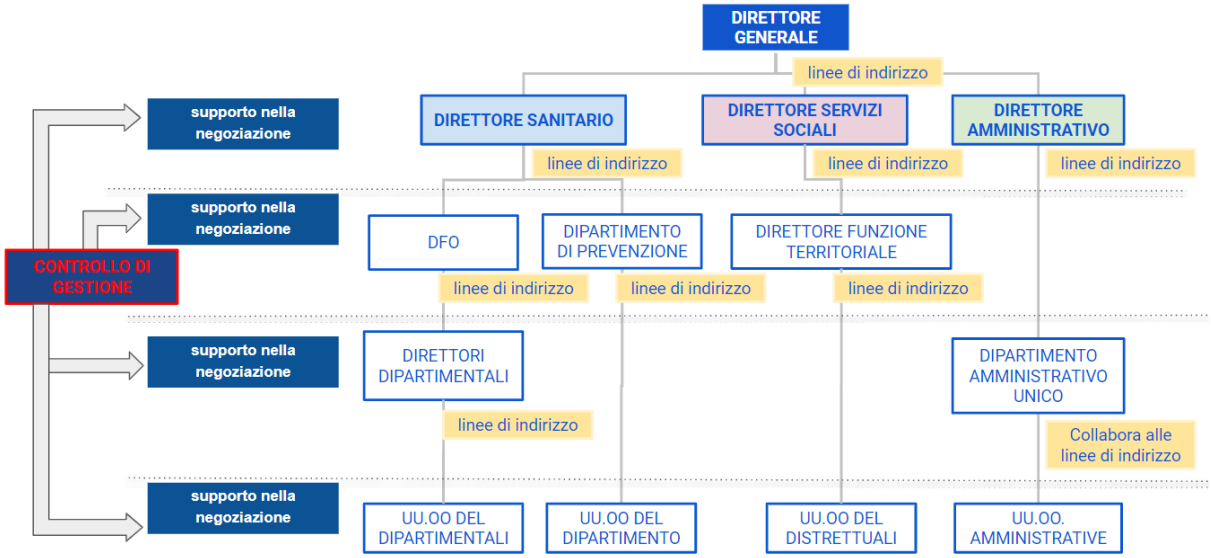
Nel corso del 2025 si continua con la scelta di integrare l'attività di monitoraggio attraverso nuove informazioni e nuovi obiettivi, in particolare promuovendo l'informazione e la conoscenza sulle risorse umane disponibili in relazione all'attività prodotta. Le quattro macro-categorie di obiettivi si intendono quindi analizzate in un'ottica di personalizzazione rispetto alle caratteristiche delle singole UO coinvolte, come riportato più avanti.

La volontà è quella di mettere a disposizione delle singole U.O. informazioni utili al raggiungimento dei vari obiettivi che nel corso del prossimo anno verranno ampliati, anche inserendo dei vincoli economici più dettagliati e approfonditi. Tale strumento sarà inoltre utile nel caso di analisi degli investimenti tecnologici.

Fasi del ciclo della performance 2025

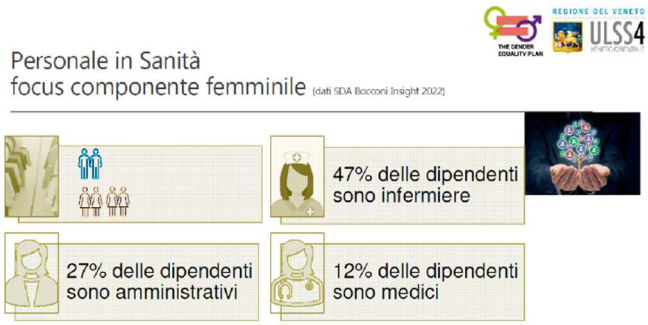
L'UOC Controllo di Gestione costituisce la struttura di supporto per tutte le fasi di negoziazione e di monitoraggio, accompagnando tutti i livelli dell'organigramma aziendale.

Modello di negoziazione 2025



2.3.3 Pari opportunità e Uguaglianza di genere

Il principio della parità di genere in ogni forma ed attività è stato promosso trasversalmente in tutti livelli istituzionali: dall'ONU (con l'Agenda 2030), dalla Commissione Europea (programma Horizon Europe) al Governo italiano (da ultimo anche nel PNRR); lo scorso febbraio anche la Regione Veneto ha varato disposizioni volte al sostegno e alla qualità dell'occupazione femminile.



Nella sanità pubblica, dove la maggioranza della forza lavoro è femminile, l'azienda ha dato seguito al dovere morale e civile di avviare azioni concrete per promuovere l'uguaglianza di genere attraverso cambiamenti culturali ed istituzionali; per fare questo è stato approvato con la deliberazione 929/2022 il "Piano di Uguaglianza di Genere – Gender Equality Plan 2022-2024" volto ridefinire il quadro legale, operativo, economico, organizzativo e sociale in ambito Aziendale. L'Ulss 4 è così una delle prime in Italia ad aver varato un piano per la parità di genere nella sanità pubblica.

Il Piano è frutto di un lavoro congiunto tra varie unità operative aziendali con il fondamentale contributo dello staff ProMIS, ossia del "Programma Mattone Internazionale Salute" sviluppato dal Ministero con il coordinamento della Regione Veneto per portare la sanità delle Regioni italiane in Europa e l'Europa nei sistemi sanitari Italiani.

La redazione del Piano ha preso in considerazione anche l'analisi dello stato occupazionale della sanità, oltre che quello aziendale; a livello nazionale si riscontra che quello sanitario è uno dei contesti con il più elevato "gender gap" a sfavore degli uomini, risulta infatti che su 6 dipendenti 4 sono donne e di queste il 47% sono infermiere.

In ambito Ulss4 il trend è analogo, infatti il 75% del personale in pianta organica è costituito da donne ed il 66% degli incarichi di funzione (in gran parte coordinatori infermieristici) è rappresentato dal genere femminile. Il dato si inverte invece per quanto riguarda gli incarichi apicali, dove direttori di unità semplice, complessa e dipartimentale sono costituiti per il 63% da uomini.

Dipendenti Ulss 4 al 31/12/2024	GENERE	COMPARTO	PERCENTUALE SU TOTALE DIPENDENTI	DIRIGENZA	PERCENTUALE SU TOTALE DIPENDENTI
	DONNE	1746	68%	216	8%
	UOMINI	442	17%	160	6%
	TOTALE	2188	86%	376	14%

Il Piano di Uguaglianza di Genere - GEP raccoglie azioni ed impegni volti a promuovere l'uguaglianza di genere all'interno di un'organizzazione attraverso cambiamenti culturali ed istituzionali. Si tratta di uno strumento strategico ed individualizzato che permette di definire il quadro legale, operativo, economico, organizzativo e sociale per attuare nella pratica la parità di genere.

Il Piano è volto a:

- guidare valutazioni d'impatto di pratiche al fine di identificare i bias di genere nelle organizzazioni;
- definire ed implementare strategie con l'obiettivo di correggere i bias di genere;
- specificare obiettivi e modalità dei progressi attraverso specifici indicatori.

Per contrastare le molteplici dimensioni della discriminazione verso le donne, che la pandemia ha contribuito ad evidenziare, nel PNRR il Governo ha annunciato l'adozione di una Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026. Si tratta di un documento programmatico che, in coerenza con la Strategia per la parità di genere 2020-2025 adottata dalla Commissione europea a marzo 2020, definisce un sistema di azioni politiche integrate nell'ambito delle quali sono adottate iniziative concrete, definite e misurabili.

Attraverso la strategia si propone di raggiungere entro il 2026 l'incremento di cinque punti nella classifica dell'Indice sull'uguaglianza di genere elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), che attualmente vede l'Italia al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE-27.

Come accennato in premessa, il presente documento si fonda sulle analisi condotte in merito al tema dell'uguaglianza di genere nell'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. 4 "Veneto Orientale". Le analisi sono state condotte in dialogo con la Relazione del CUG sulla situazione del personale (Anno 2022) e con gli altri strumenti di programmazione e rendicontazione dell'Azienda.

La lettura delle analisi è stata poi realizzata dalla Direzione strategica che, a fronte della fotografia sopra esposta e sulla base di alcune consultazioni interne avute per il tramite della dirigenza, ha stabilito – attraverso questo piano - di dare avvio a 4 macro-interventi nell'ambito dell'organizzazione aziendale:

Per ciascun macro - intervento, vedasi tabelle a fine documento, si è proceduto a definire:

- Obiettivi
- Azione
- Strumento
- Target Diretto
- Target Indiretto
- Cronoprogramma
- Referenti
- Attinenza con SDGs Agenda 2030

Come già detto, trattasi di una prima bozza del documento, che verrà poi in modo cadenzato aggiornato con informazioni relative a risorse, tempistiche, obiettivi e risultati raggiunti in sincronia con gli altri documenti strategici dell'Azienda ULSS 4. Tutta la documentazione è disponibile sul sito web istituzionale dell'azienda.

L'art.57 comma 1bis del D.Lgs 165 del 30 marzo 2001, modificato dall'art. 5 comma 1, lett. b) della Legge n. 215 del 23 novembre 2012, attribuisce alla Consigliera di Parità regionale un compito di vigilanza in merito al rispetto delle quote di genere nella formazione delle Commissioni di concorso. Ai sensi di tale articolo è previsto che almeno un terzo dei commissari sia di genere femminile, mentre per il comparto Sanità sono previste specifiche norme che hanno elevato il numero minimo di componenti di genere femminile rispetto alla previsione generale, in particolare per i Direttori di Struttura Complessa.

La Regione Veneto con nota prot- 2113/2023 ha comunicato che al fine di facilitare il compito dell'ufficio della Consigliera di Parità e ridurre i tempi del procedimento di selezione è stato introdotto un sistema di raccolta del dato a mezzo di moduli Google Tale nuova procedura, indicata nel sito istituzionale della Consigliera di Parità (https://www.regione.veneto.it/web/consigliera-di-parita/-commissioni-di-concorso), consentirà all'ufficio della Consigliera di effettuare i controlli formali in maniera più rapida e di introdurre il meccanismo del silenzio assenso nell'arco di 15 giorni di calendario.

2.3.4 Strumenti per l'informazione e la partecipazione dei cittadini

La Regione Veneto, con DGR n. 49/2022, ha dato l'avvio al "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" allo scopo di promuovere ed implementare la valutazione dei servizi sanitari regionale tenendo conto di più punti di vista.

"La tua voce per una sanità migliore" racchiude un insieme di progetti che hanno la finalità di valorizzare il contributo, facilitandone la partecipazione, di cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità. Il cambio di paradigma si attua riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema.

L'Ulss 4, come le altre Aziende Sanitarie della Regione del Veneto, è stata coinvolta in diversi progetti specifici:

- Progetto Indagine di Clima Organizzativo, per una valutazione della qualità dal punto di vista interno sul clima delle Aziende, rivolto specificatamente ai dipendenti delle Aziende Sanitarie;
- Progetto PREMsH (Patient Reported Experience Measures) per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, rivolto nello specifico ai pazienti che hanno avuto un ricovero in ospedale;
- Progetto PREMsT (Patient Reported Experience Measures) per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, rivolto nello specifico ai pazienti affetti da cronicità che hanno effettuato una prestazione specialistica.

L'Azienda ha inoltre da tempo avviato una costante attività di comunicazione presso i social media, nell'ottica di aumentare ulteriormente la trasparenza, finalizzata sia ad aprire un ulteriore canale di dialogo con la cittadinanza sia alla promozione della salute come stile di vita. Le interazioni con i social media possono rappresentare un utile indicatore della capacità dell'azienda di interagire efficacemente con gli utenti e con la cittadinanza in generale. In sintesi riportiamo alcuni dati di attività:

- Facebook, passato da 14.340 follower nel 2021 a 22.297 follower nel 2024;
- Instagram, attivato il 15 luglio 2022 conta oggi 1.850 follower;

- TikTok che conta 11.541 follower;
- Twitter ora denominato “X” passato a 1.015 follower;
- LinkedIn che conta 297 follower;

Inoltre, in attuazione della DGR 1634/2022 Piano regionale di attuazione del PNRR - Missione 6 Salute, Componente 2 Investimento 1.3.1.(b) “Adozione e utilizzo FSE da parte delle regioni”, sono state individuate tre tipologie di strumenti per l’attuazione degli interventi di comunicazione: strumenti digitali, strumenti di governo e gestione, strumenti di promozione. All’interno del Gruppo di lavoro regionale, l’Azienda ULSS 4 partecipa attualmente in relazione agli “Strumenti di governo e gestione della comunicazione” attraverso l’intervento SG_03 “Comunicazione di eventi formativi sulla co-progettazione e co-design con gli utenti per il miglioramento dei servizi FSE erogati, della qualità e del sistema”. L’obiettivo è la definizione e realizzazione di uno strumento unico regionale per la raccolta di segnalazioni/richieste dei cittadini e di valutazioni dei servizi, come partecipazione attiva del paziente al percorso di cura.

Si tratta di un fondamentale percorso di ascolto e avvicinamento al cittadino, volto a costruire strumenti che già nella fase di progettazione contengano un contributo attivo della popolazione: in particolare nell’ambito sanitario e socio-sanitario, il miglioramento del servizio basato su una puntuale, efficace ed efficiente raccolta delle segnalazioni e richieste dei cittadini è fondamentale per il miglioramento della qualità del servizio; infatti, la qualità del servizio dipende dalla qualità delle prestazioni, ma anche dalla qualità delle relazioni tra il cittadino-utente e le istituzioni di cura e assistenza.

2.4 Rischi corruttivi e trasparenza

2.4.1. Politiche e strumenti

In piena aderenza agli obiettivi fissati dalla l. 190/2012 il PNA ha il compito di promuovere, presso le amministrazioni pubbliche l'adozione di misure di prevenzione della corruzione.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato dal Consiglio dell'Anac il 16 novembre 2022 ha acquisito il parere positivo dell'apposito Comitato interministeriale e della Conferenza Unificata Stato Regioni Autonomie locali e avrà validità per il prossimo triennio.

È finalizzato a rafforzare l'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, puntando nello stesso tempo a semplificare e velocizzare le procedure amministrative. La parte generale contiene indicazioni per la predisposizione del PTPCT e della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. Si è intervenuti con orientamenti finalizzati a supportare i RPCT nel ruolo di coordinatori della strategia della prevenzione della corruzione e cardini del collegamento fra la prevenzione della corruzione e le altre sezioni di cui si compone il PIAO.

Posto che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono strumento per la creazione e a protezione del valore pubblico, ANAC ha inteso fornire indicazioni per raccordare e coordinare tra loro i diversi strumenti di programmazione oggi confluiti nel PIAO, focalizzando l'attenzione su alcuni specifici profili di integrazione.

Inoltre, il nuovo PNA ha indicato, anche in una logica di semplificazione ed efficacia, su quali processi e attività è prioritario concentrarsi nell'individuare misure di prevenzione della corruzione ponendo l'accento sulla necessità di concentrarsi sulla qualità delle misure anticorruzione programmate piuttosto che sulla quantità ed ha promosso il coordinamento fra i RPCT e chi all'interno delle amministrazioni gestisce e controlla le tante risorse del PNRR al fine di prevenire rischi corruttivi.

Muovendo da tale prospettiva, attraverso il nuovo strumento di Piano (appunto il PIAO), questo Sezione intende fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità.

La strategia di prevenzione definita nel presente Piano non si configura come un'attività compiuta destinata ad esaurirsi entro un termine definito, bensì come un insieme di strumenti e misure finalizzati alla prevenzione che verranno via via affinati in relazione al feedback e all'esperienza acquisita.

2.4.2. Ambito oggettivo – Nozione di corruzione e di prevenzione della corruzione

Si confermano integralmente i contenuti del Piano 2021-2023.

2.4.3. Ambito di applicazione

Si confermano integralmente i contenuti del Piano 2021-2023.

2.4.4. Analisi del contesto

Con l'ultimo PNA ANAC (2022), nell'ottica del legislatore del PIAO, quale strumento unitario e integrato, l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO.

Ne risulta, in questo modo, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance e prevenzione della corruzione che l'Autorità nel PNA ha da tempo sostenuto.

In altri termini, i dati e le informazioni raccolti dai responsabili di ogni sottosezione del PIAO costituiscono, nella logica della pianificazione integrata, patrimonio comune e unitario per l'analisi del contesto esterno ed interno. Questa analisi, attraverso la quale l'amministrazione comprende meglio le proprie caratteristiche e l'ambiente in cui è inserita, è presupposto fondamentale delle attività di pianificazione. Tuttavia è necessario che, per le finalità della sezione anticorruzione e trasparenza, tali analisi contengano elementi utili e significativi per corrispondere alle esigenze della gestione del rischio corruttivo. Pertanto, per il contesto esterno permangono da acquisire e interpretare, in termini di rischio corruttivo rispetto alla propria amministrazione, sia le principali dinamiche territoriali o settoriali, sia le influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione potrebbe essere sottoposta.

Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

In altri termini, la disamina delle principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione può essere sottoposta costituisce un passaggio essenziale nel valutare se, e in che misura, il contesto, territoriale o settoriale, di riferimento incida sul rischio corruttivo e conseguentemente nell'elaborare una strategia di gestione del rischio adeguata e puntuale.

Tratteggeremo, quindi, come di consueto avvenuto nel corso degli anni precedenti, una analisi di carattere generale e poi speciale nel settore di afferenza dell'azienda, per poi concentrare l'attenzione sul contesto territoriale del nostro territorio.

L'indice di percezione della corruzione (CPI) di Transparency International offre la misurazione della corruzione nel settore pubblico e politico di 180 Paesi nel Mondo.

Il consolidamento del punteggio del nostro Paese nel CPI 2023, già riportato nel PIAO 2024 – quest'anno la presentazione dei dati 2024 si terrà il prossimo 11 febbraio -, conferma l'Italia nel gruppo dei Paesi europei più impegnati sul fronte della trasparenza e del contrasto alla corruzione. Un risultato che è anche frutto delle misure anticorruzione adottate nell'ultimo decennio con l'applicazione di alcune misure normative adottate in materia di whistleblowing e di appalti pubblici.

Nonostante ciò, ad oggi, rimangono aperte alcune questioni che continuano ad incidere negativamente sulla capacità del nostro sistema di prevenzione della corruzione nel settore pubblico. Dalle carenze normative

che regolano il tema del conflitto di interessi nei rapporti tra pubblico e privato, alla mancanza di una disciplina in materia di lobbying.

In Europa occidentale il CPI 2023 dimostra che gli sforzi per combattere la corruzione sono fermi o in diminuzione in più di tre quarti dei Paesi della regione: dal 2012 su 31 Paesi valutati solo 6, tra cui l'Italia, hanno migliorato il loro punteggio, mentre 8 hanno registrato una diminuzione. Con un punteggio medio di 65 su 100, l'Europa occidentale e l'Unione Europea rimane la regione con il punteggio più alto nell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) ma l'efficacia delle misure anticorruzione continua a essere compromessa dall'indebolimento dei sistemi di controlli e contrappesi sui vari poteri. Il CPI 2023 conferma l'Italia al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

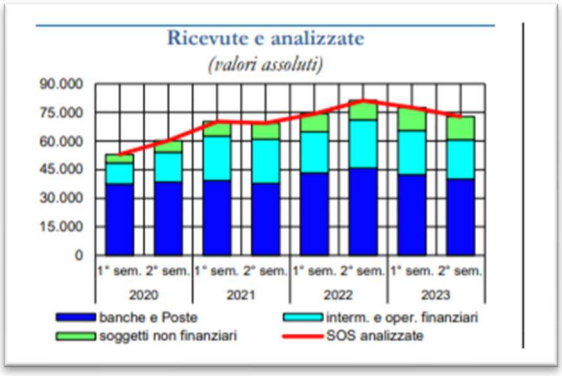
Nel 2023 la Commissione europea ha proposto misure per rafforzare gli strumenti a disposizione degli Stati membri dell'UE per combattere la corruzione. Tra queste, una Direttiva Anticorruzione volta ad armonizzare le norme giuridiche di tutti gli Stati membri contro i reati di corruzione, irrobustire le sanzioni penali ed ampliare le misure a disposizione delle forze dell'ordine per tali illeciti.

Altre analisi sui dati di criminalità e corruzione

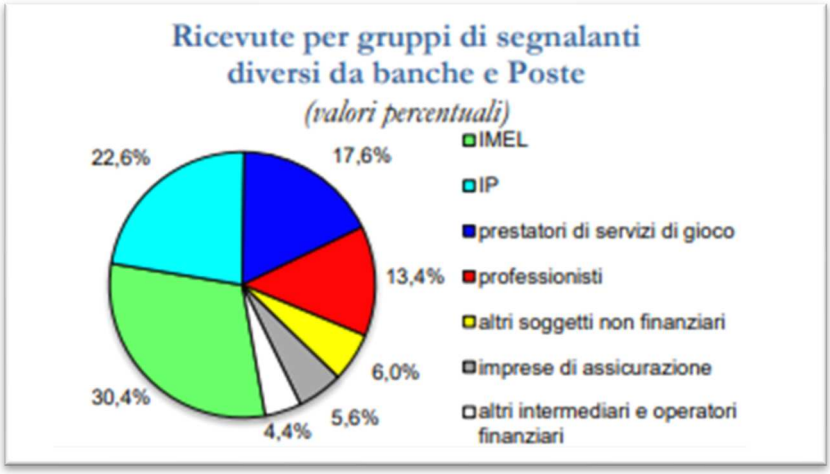
Nella Relazione DIA del 2° semestre 2023, si legge che le organizzazioni mafiose hanno da tempo trasformato i propri tratti distintivi adattando, ai mutamenti sociali, nuovi modus operandi criminali mediante competenze più raffinate, ma sempre finalizzate al controllo del territorio. e da un lato i sodalizi hanno mostrato la tendenza a rinunciare, se non in casi strettamente necessari, all'utilizzo della forza di intimidazione intesa come manifestazione di violenza, dall'altro si assistito all'evoluzione della strategia mafiosa verso contesti economico-imprenditoriali, specie nei territori caratterizzati da un tessuto imprenditoriale fortemente sviluppato, avvalendosi sempre più spesso di compiacenti professionisti finanziari e tributari. In questo senso l'infiltrazione silente dell'economia da parte dei sodalizi ha come scopo anche quello del controllo dei settori economici più redditizi al fine di facilitare le attività di riciclaggio dei capitali illeciti e al contempo aumentare, in un circolo vizioso, le possibilità di incrementare i profitti derivanti dai canali legali dei mercati. L'interesse delle mafie si rivolge principalmente all'aggiudicazione di appalti pubblici e privati, subappalti, forniture di beni e servizi vari, talvolta mediante l'avvicinamento di funzionari infedeli della Pubblica amministrazione sensibili alle proposte corruttive, soprattutto in un contesto di crescita economica. Sotto questa prospettiva, l'attuale quadro economico positivo rappresenta per i sodalizi mafiosi un ulteriore fattore attrattivo. Il Rapporto annuale della Banca d'Italia già con riferimento al 2022 segnala che l'attività economica ha continuato a crescere in maniera robusta in tutte le aree … L'espansione e stata più marcata nel Nord Est e al centro. L'incremento del PIL è stato trainato dalle costruzioni … e dal terziario. Peraltro, nella prima metà del 2023 l'occupazione, tornata già nel 2022 al di sopra dei livelli precedenti la pandemia … è ulteriormente cresciuta con tassi leggermente più pronunciati nel Centro Nord". Un andamento stimolato anche dagli ingenti investimenti strutturali contenuti nel PNRR. Per evitare che gli appetiti delle mafie diventino un reale rischio per le risorse del PNRR, si rende necessario uno stringente controllo sulle erogazioni dei fondi pubblici finalizzato a vigilare sulla corretta assegnazione di tali finanziamenti attraverso attività preventive e di verifica delle aggiudicazioni degli appalti e, prima ancora, occorre incrementare il monitoraggio delle attività imprenditoriali ed economiche.

In considerazione dell'importanza del contesto e della maggiore frequenza con la quale i Gruppi Interforze prefettizi saranno convocati, al fine di garantire il concorso accurato e tempestivo ai lavori a fronte dei rilevanti obiettivi fissati dal PNRR, la DIA ha avviato l'adozione di specifiche misure organizzative volte ad assicurare un qualificato apporto informativo in seno ai suddetti *Gruppi* anche in previsione dei consistenti carichi di lavoro.

In linea generale, l'analisi nel semestre conferma che la lotta alla mafia rappresenta ancora oggi una priorità essenziale per garantire il buon andamento dell'economia e la corretta gestione della *Cosa pubblica* e in questo la sola attività repressiva non può essere considerata l'unica via per un risultato e cace. Appare necessario puntare sull'azione di prevenzione e, ancor prima, sull'aspetto culturale, mediante la diffusione e il riconoscimento del disvalore dell'agire mafioso, per maturare così la piena affermazione dei principi dell'ordinato vivere, alla base della pacifica e produttiva convivenza nella società contemporanea. In questo ambito, fondamentale appare anche una corretta informazione in favore delle nuove generazioni, per incentivare la crescita del senso civico.

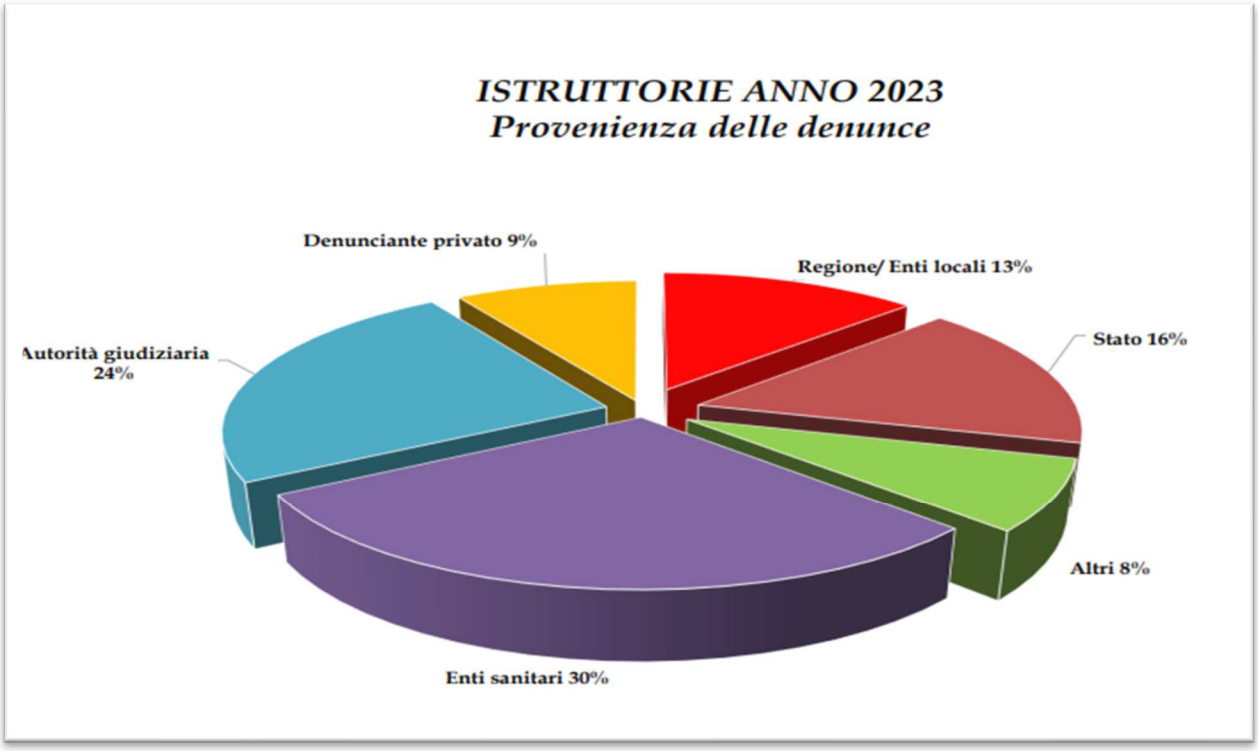


La UIF nel secondo semestre 2023 ha osservato una contrazione nel numero delle SOS ricevute (-10,4% rispetto al periodo corrispondente del 2022), prevalentemente indotta dalla diminuzione delle segnalazioni con rating basso e medio-basso, ridotte di circa un terzo. La flessione nel numero delle segnalazioni ricevute è sostanzialmente imputabile al comparto bancario e finanziario: in particolare a banche e Poste (che sono passate da 45.907 segnalazioni inviate nel secondo semestre 2022 alle 40.055 del secondo semestre 2023), IMEL (da 13.309 a 9.948 segnalazioni) e IP (da 8.750 a 7.414). In diminuzione anche il contributo dei soggetti che esercitano l'attività di custodia e trasporto di denaro contante o valori (da 1.217 SOS a 421). Il fenomeno ha riguardato principalmente alcuni grandi segnalanti nei confronti dei quali la UIF ha intrapreso specifiche azioni volte al miglioramento qualitativo del flusso segnaletico; nel corso del 2024 questa attività si estenderà a tutti i segnalanti e sarà oggetto di monitoraggio qualitativo periodico. Altri operatori del settore non finanziario hanno invece incrementato il loro apporto segnaletico: rilevano in particolare i notai e il Consiglio Nazionale del Notariato (+41,3%), i prestatori di servizi di gioco (+31,4%) e gli uffici della Pubblica amministrazione (+136,4%). Sotto il profilo della distribuzione geografica la diminuzione si riflette sull'intero territorio nazionale, a eccezione di Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata.



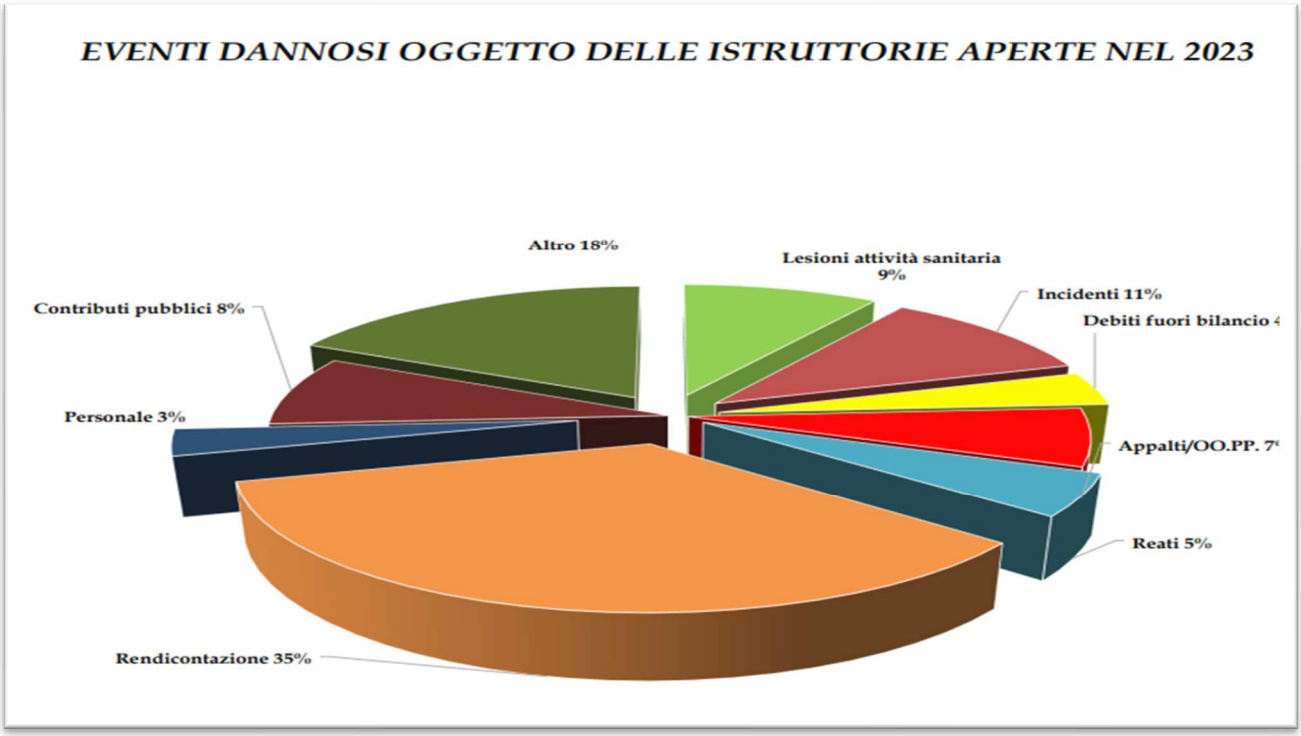
Le maggiori contrazioni in valore assoluto si registrano per le segnalazioni riferite a operazioni effettuate nel Lazio, in Campania, Lombardia e Puglia; in aumento le segnalazioni riferite a operazioni effettuate online (+59,1%), trainate dalle SOS trasmesse dagli operatori del settore dei giochi. Nonostante la lieve diminuzione del numero delle segnalazioni, l'importo complessivo si mantiene in linea con i semestri precedenti, attestandosi sui 51,5 miliardi di euro a fronte dei 52,0 miliardi del primo semestre 2023 e dei 51,3 miliardi del secondo semestre 2022.

Passando invece, ai dati oggettivi rilevabili dall'esito dell'attività della giurisdizione erariale, attingendo dalla relazione di presentazione dell'anno giudiziario della Corte dei Conti (2024, dati riferiti al 2023), il Procuratore Generale della sezione giurisdizionale del Veneto ha avuto modo di evidenziare quanto riassuntivamente riportato nei seguenti grafici.



Si sono moltiplicate le fattispecie relative ad acquisizione indebita di finanziamenti pubblici, comunitari e non, soprattutto nel campo edilizio, delle agevolazioni per efficientamento energetico, dell'agricoltura e bonus vari. Sempre più ampia è la violazione delle regole in materia di conflitto d'interessi e incompatibilità, soprattutto da parte di categorie professionali di alto valore intellettuale e scientifico: professori universitari, tecnici specialisti, dirigenti, medici etc. Allo stesso modo si vanno moltiplicando, nell'ambito scolastico, sanitario e delle professioni tecniche, le fattispecie che vedono lo svolgimento di attività di grande impatto sociale senza le prescritte competenze professionali e, in molti casi, senza il necessario titolo di studio. Plurimi sono i casi poi di indebiti emolumenti ad amministratori e dirigenti. Si assiste ad una amplificazione delle violazioni nella materia della contrattualistica pubblica, sia nell'ambito dei lavori, che dei servizi e forniture. Ed anche la gestione diretta del denaro pubblico fa emergere un quadro sempre più fosco, con molteplici casi di mancato riversamento di quanto esatto per conto dello Stato. Sembra che si vada perdendo la consapevolezza dell'altruità delle somme riscosse che sempre più spesso vengo trattenute come proprie. Allo stesso modo si assiste ad una gestione in molti casi diseconomica del patrimonio pubblico, per non dire spesso del tutto sconsiderata, caratterizzata da inefficienze, omissioni e ritardi. Lo strumento societario pubblico, nato come modello organizzativo che avrebbe dovuto rendere più efficienti i servizi pubblici per la sua capacità gestionale più snella e svincolata da molte delle procedure proprie degli enti pubblici, viene sempre più spesso utilizzato, invece, per eludere controlli, regole di evidenza 6 pubblica e trasparenza, per favorire interessi di parte e nepotismi oppure per inseguire interessi che nulla hanno a che vedere con la cura di quelli pubblici.

Sempre altissimi sono poi i numeri dei casi relativi a fattispecie inerenti reati contro la pubblica amministrazione, in particolare di vera a propria corruzione e ciò a dispetto dell'inasprimento delle pene, di sistemi di indagine sempre più pervasivi e di una disciplina di prevenzione che non ha prodotto significativi risultati. Dall'illegalità diffusa nel periodo di "Tangentopoli" che aveva come obiettivo primario, o comunque tra gli obiettivi, il finanziamento dei partiti politici, si assiste ora ad una vera e propria "pirateria" delle risorse pubbliche per lo più per arricchimento personale.



Il progetto Misurazione del rischio di corruzione ANAC ha individuato una serie di indicatori di rischio corruzione utili per sostenere la prevenzione e il contrasto all'illegalità e promuovere la trasparenza nell'azione della Pubblica Amministrazione.

Il set di indicatori individuato consente di quantificare il rischio che si verifichino eventi corruttivi a livello territoriale, utilizzando le informazioni contenute in varie banche dati. Gli indicatori di contesto supportano l'analisi del rischio corruttivo nei territori, andando a indagare dimensioni tematiche legate all'istruzione, alla presenza di criminalità, al tessuto sociale, all'economia locale e alle condizioni socioeconomiche dei cittadini. L'analisi di contesto ha preso in considerazione diciotto indicatori su base provinciale, che sono stati raccolti in quattro domini tematici (istruzione, economia del territorio, capitale sociale e criminalità) a loro volta sintetizzati da un indice composito per rendere più semplice la lettura della complessità dovuta alle numerose dimensioni considerate.

I valori sono compresi tra 70 e 130 e nell'anno base 2014 valgono 100 per l'Italia nel suo insieme. A livelli più elevati è associato un maggiore rischio di corruzione.

I report che seguono e che sono tratti dal medesimo studio mostrano il valore degli indicatori di contesto relativamente al territorio provinciale di Venezia. L'indice generale nel 2017 si attestava sul valore di 95,1, più basso del valore riferito al territorio italiano complessivo, pari a 100,1.

Nel mese di giugno 2024, ANAC ha aggiornato alcuni degli indicatori di contesto, sulla base dei dati disponibili. In particolare, 7 dei 18 indicatori facenti parte dei 4 domini (economia, criminalità, capitale sociale ed economia) sono stati aggiornati per le annualità disponibili successive al 2017.

1. RACCOLTA DIFFERENZIATA – provincia di Venezia 0,73 (media nazionale 0,66) ANNO 2021

Misura l'ammontare di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata per 100 unità di rifiuti urbani. L'indicatore rappresenta una misura di efficienza dello smaltimento dei rifiuti urbani. La gestione dello smaltimento dei rifiuti urbani risulta associata a bassi livelli di corruzione.

2. DONNE SINDACO – provincia di Venezia 0,17 (media nazionale 0,16) ANNO 2023

Rileva la partecipazione delle donne alla vita politica nel ruolo di Sindaco. È uguale al rapporto tra numero i sindaci donna e totale dei sindaci. La letteratura comportamentale ha riscontrato differenze sistematiche nelle caratteristiche di genere: le donne tendono a manifestare comportamenti pro-sociali e a essere meno tolleranti verso la corruzione.

3. NEET - provincia di Venezia 0,17 (media nazionale 0,23) ANNO 2019

È uguale al numero di iscritti in anagrafe di 15-29 anni non occupati né inseriti in un percorso di istruzione o formazione per 100 persone di 15-29 anni iscritte in anagrafe. Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione.

4. IMPRENDITORIALITÀ provincia di Venezia 0,078 (media nazionale 0,0736) ANNO 2021

Rileva la capacità imprenditoriale presente in un determinato territorio. È uguale al numero di imprese per 100 abitanti. Il livello di sviluppo del contesto economico, la sua capacità di attrarre investimenti e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, il grado di competizione dei mercati, la libertà economica, se elevati, sono fattori associati a bassi livelli di corruzione.

5. DONAZIONI SANGUE provincia di Venezia 5,02 (media nazionale 3,98) ANNO

Rileva l'ammontare delle donazioni di sangue. È uguale al rapporto tra numero di donazioni e popolazione residente. A un numero più elevato di donazioni tende a corrispondere un maggiore senso civico e, dunque, un minore rischio di corruzione.

6. DIPLOMATI provincia di Venezia 0,66 (media nazionale 0,65) ANNO 2021

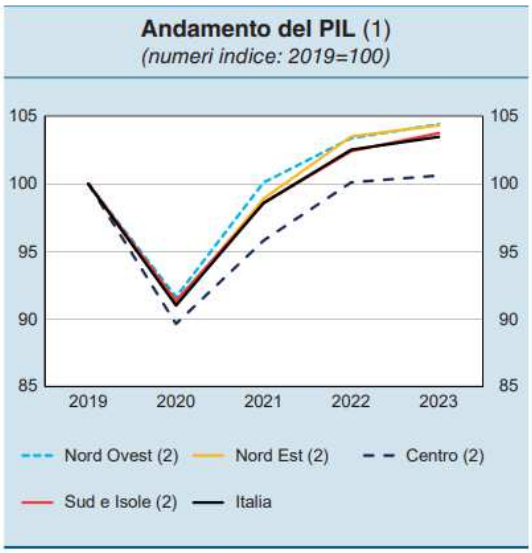
È calcolato come il numero degli iscritti in anagrafe di 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado per 100 persone di 25-64 anni iscritte in anagrafe. Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione.

7. DIFFUSIONE DELLA BANDA LARGA provincia di Venezia 0,33 (media nazionale 0,30) ANNO 2022

Rileva il numero di unità immobiliari raggiunte dalla banda Ultra-larga 30 Mb. È uguale al numero di accessi alla banda larga per 100 abitanti. Da un lato, la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione consente che le interazioni relative a permessi, domande o istanze vengano eseguite online, aumentando l'efficienza, la trasparenza e la responsabilità, e conseguentemente riducendo le opportunità di corruzione.

L'economia

Nel periodo successivo alla pandemia l'economia italiana ha registrato tassi di crescita medi superiori alle principali economie dell'area dell'euro; sulla base dei conti territoriali, non ancora aggiornati con la recente revisione dei Conti economici nazionali1 , la ripresa post-pandemica ha coinvolto tutti i territori, in misura maggiore le regioni del Nord e minore quelle del Centro. In contrasto con quanto avvenuto nelle passate crisi, nel Mezzogiorno il prodotto e l'occupazione sono cresciuti più della media nazionale. È un elemento di novità importante, anche se potrebbe in parte riflettere fattori di natura temporanea, data la particolare rilevanza per l'economia meridionale degli ampi interventi pubblici adottati in risposta agli shock globali[5].



Fonte: elaborazioni su dati Istat, *Conti economici nazionali*, *Conti economici territoriali* e *Stima preliminare del PIL e dell'occupazione territoriale. Anno 2023*.
(1) Valori concatenati; anno di riferimento 2015. I dati non incorporano le revisioni dei *Conti nazionali* diffusi dall'Istat a settembre 2024. – (2) I dati fino al 2022 sono ribasati con il tasso di crescita per l'Italia come da revisione del PIL di marzo 2024.

Nel 2022 il tasso d'inflazione in Veneto è stato dell'8,5%, leggermente superiore a quello nazionale pari all'8,1%; nel

[5] Banca d'Italia, Economie regionali L'economia delle regioni italiane Dinamiche recenti e aspetti strutturali, novembre 2024.

2023 si evidenzia un netto calo nell'andamento dell'indice dei prezzi al consumo e il dato dell'ultimo mese disponibile, novembre 2023, ci indica un 1,1%.

Rispetto a quanto emerso dai dati a rilevanza nazionale, possiamo notare che in base alla nota indagine sulla qualità della vita del Sole 24ore, la città metropolitana di Venezia perde 14 posizioni rispetto allo scorso anno, piazzandosi 46ª in Italia.

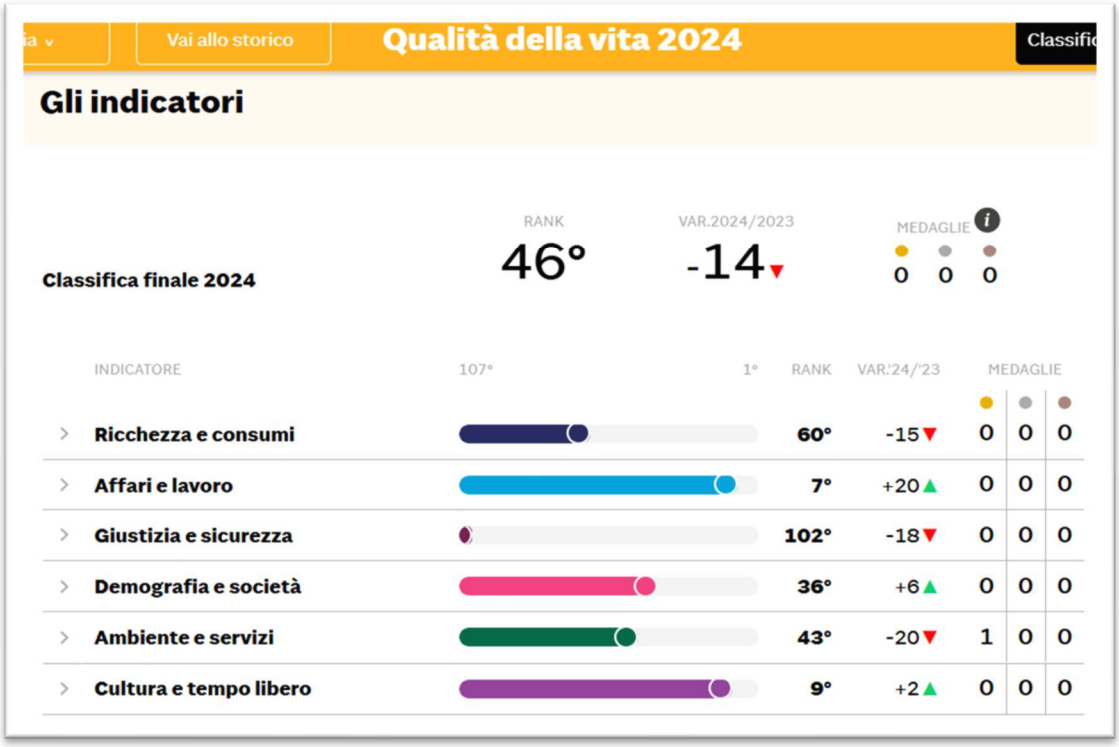
La classifica viene stilata alla fine di ogni anno, dal 1990, e tiene conto di diversi fattori tra i quali lavoro, ambiente, salute, sicurezza e cultura. L'obiettivo dell'indagine è misurare gli aspetti del benessere nelle varie aree d'Italia a partire da indicatori relativi ai 12 mesi precedenti e forniti da istituzioni, associazioni e istituti di ricerca.

Guardando agli indicatori che contribuiscono a stilare la classifica finale, la città metropolitana di Venezia sorride sul fronte di "Affari e lavoro", dove guadagna ben 20 posizioni, raggiungendo il 7º posto assoluto, "Demografia e società" (36ª, +6 posizioni) e "Cultura e tempo libero" (9ª, +2). Precipitano invece i valori legati a "Ricchezza e consumi" (60ª posizione, -15 rispetto al 2024); "Giustizia e sicurezza (102ª, -18) e "Ambiente e servizi" (43ª, -20).

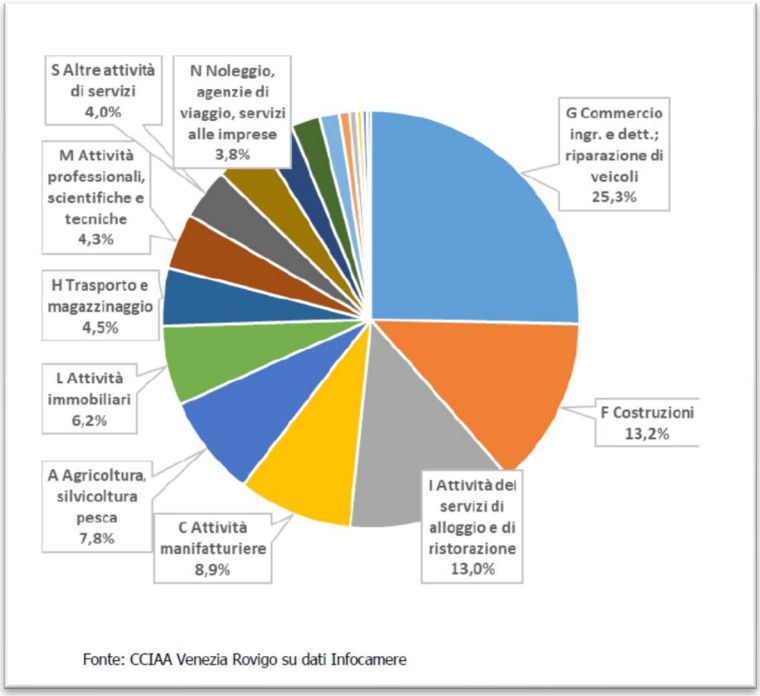
I dati che incidono negativamente sono quelli relativi alla giustizia e alla sicurezza. La Città metropolitana di Venezia occupa la posizione numero 9 in Italia per livello di criminalità, seconda assoluta per furti con destrezza, con 807 denunce ogni 100mila abitanti, a fronte di una media nazionale di 124,9. Più della metà degli episodi di microcriminalità sono stati denunciati nel Comune capoluogo.

Per quanto riguarda la voce "Ricchezza e consumi", crescono il valore aggiunto pro capite (+6,4%) e il prezzo medio di vendita al metro quadro (+5,5%). Scende del 33%, invece, il canone medio di locazione per appartamenti nuovi di almeno 100mq nelle zone semicentrali del Comune capoluogo. Secondo i dati elaborati da Infocamere, crolla del 18,9% il numero di start up innovative.

Sul fronte della qualità della vita delle donne, cresce l'occupazione femminile nel Veneziano, +1,2% per la fascia d'età tra i 20 e i 64 anni, così come il numero delle imprese "rosa", +0,4% rispetto al 2023. A livello di amministrazioni comunali, invece, scende dell'8,1% la presenza di donne.



Come già illustrato negli anni precedenti il livello di sviluppo economico e sociale è in grado di fornire indicazioni indirette circa il livello di illegalità e corruzione di una determinata area.



Secondo l'analisi di Veneto Congiuntura nella città metropolitana di Venezia, nel III trimestre 2024, rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente, si registra una contrazione dell'attività delle imprese dell'industria, con andamenti comunque migliori rispetto alla media regionale, collegati a migliori performance del settore agroalimentare, del vetro e dei trasporti. Continuano i segnali di difficoltà, invece, dal settore moda. Rispetto al III trimestre 2023, la produzione industriale registra una contrazione del -0,5%, il fatturato rimane stabile e anche gli ordinativi segnano variazioni negative, più contenute per il mercato interno (-0,2%) e più rilevanti per quello estero (-3,1%).

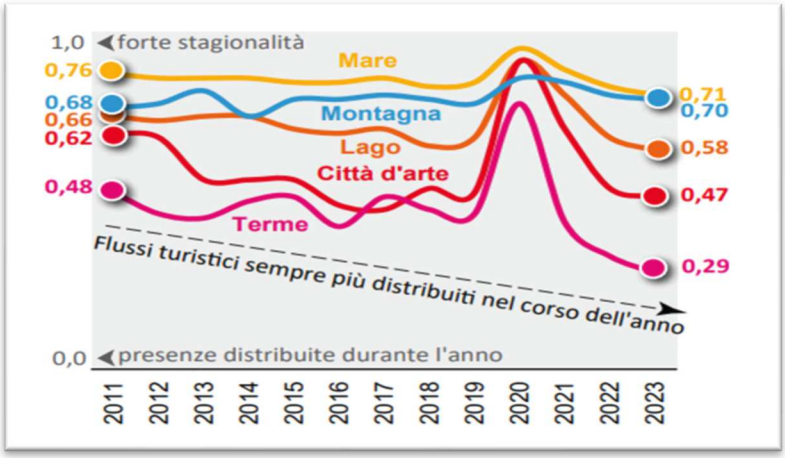
Sostanzialmente stabile rispetto al trimestre precedente il grado di utilizzo degli impianti, che si attesta al 67%, e i giorni di produzione assicurati, che a fine trimestre si attestano a 58 (erano 60).

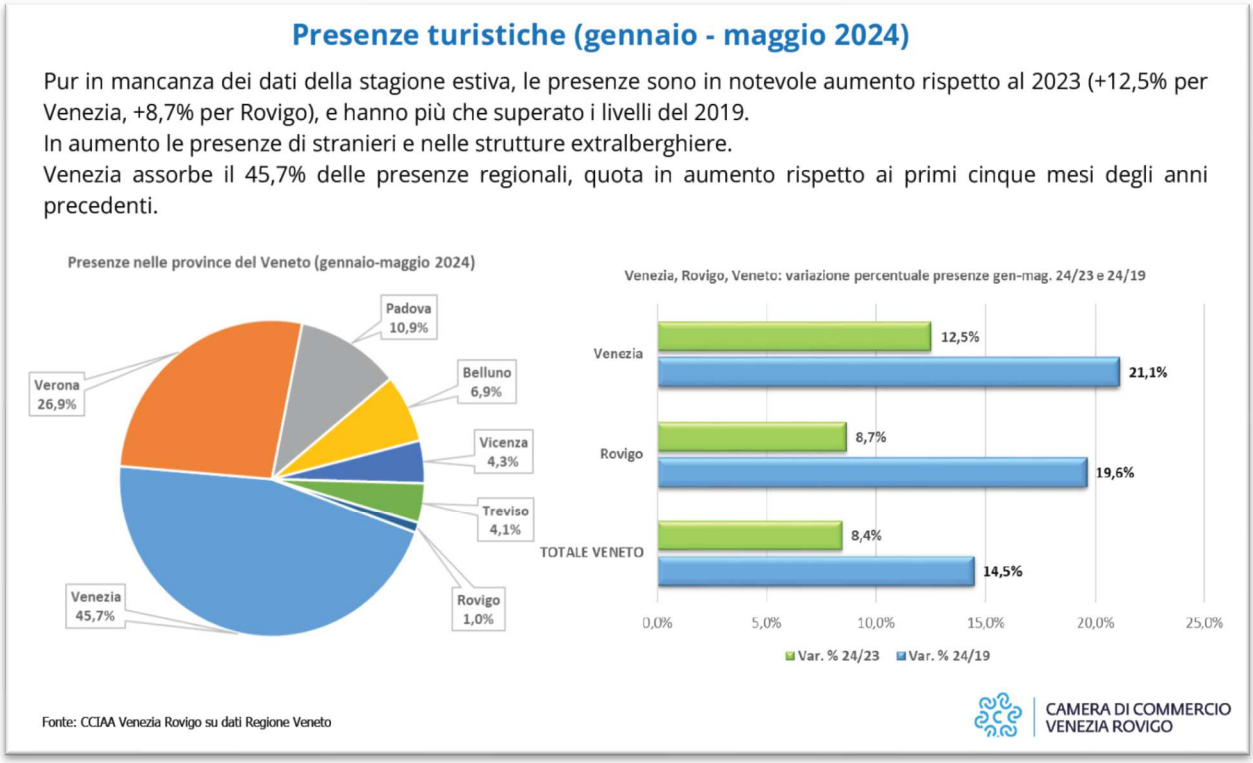
Riguardo ai prossimi mesi, gli imprenditori del veneziano hanno aspettative migliori rispetto al trimestre precedente e si dimostrano più ottimisti rispetto alla media regionale: il 48% degli imprenditori prevede un aumento della produzione con un saldo positivo di 26 punti percentuali tra ottimisti e pessimisti. Le

prospettive per il fatturato sono di incremento per il 51% degli imprenditori, con un saldo positivo di 29 punti percentuali. Con riferimento agli ordini prospettive più ottimistiche verso il mercato estero, in aumento per il 57% degli intervistati, rispetto al mercato interno per il quale il 45% degli imprenditori prevede un aumento e il 36% una stabilità, con un saldo di 26 punti percentuali sulle previsioni di diminuzione.

Facendo riferimento al quadro generale dei flussi turistici, ad oggi il Veneto registra oltre 21 milioni di arrivi e quasi 72 milioni di presenze annue (nel 2023 sono stati registrati 21,1 milioni di arrivi e 71,9 milioni di presenze turistiche).

In tale contesto, che inevitabilmente produce i propri effetti anche in termini di maggiori necessita assistenziali, la Regione Veneto ha consolidato negli anni il primato di regione italiana a maggiore vocazione turistica grazie alla sua ampia offerta di scenari paesaggistici (citta d' arte e destinazioni montane, termali, lacuali e balneari), nonché di servizi dedicati ai visitatori, siano essi italiani o stranieri.





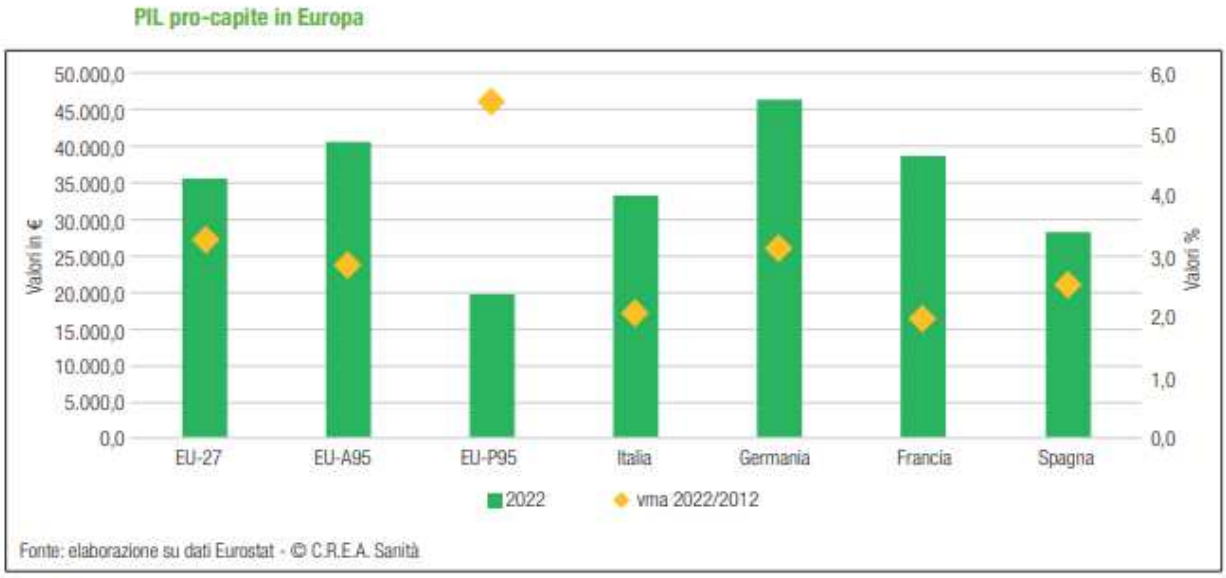
Con particolare riferimento all'anno 2024, per il periodo da gennaio a settembre, si forniscono di seguito gli ultimi dati ufficiali ad oggi resi disponibili dall'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto relativamente agli arrivi e alle presenze di turisti suddivisi tra italiani e stranieri in base al comprensorio turistico prescelto come

luogo di destinazione. Le città d'arte grazie al veloce recupero (+34,7% di arrivi rispetto a gennaio-giugno 2022) si stanno avvicinando a gran passi a quanto si registrava prima della pandemia (-2,5%). Il mese di giugno registra un assestamento rispetto a giugno 2022 (+1,5% arrivi e -2,5% presenze), mentre se confrontato con giugno 2019 pre-pandemico si nota una lieve flessione.

Questi dati, come meglio vedremo nel contesto interno, sono sempre essenziali per spiegare la caratterizzazione dell'azienda ULSS n.4.

Focus sul sistema sanitario nazionale e regionale

Dai confronti dell'Italia con gli altri Paesi EU così come descritti nell'ultimo Rapporto Crea Sanità6, emerge che nel 2023 l'Italia perde ancora terreno nella spesa sanitaria ed è sempre minore anche il vantaggio rispetto ai partner più recenti (post 1995): il livello della spesa italiana è distante dalla media UE del 32 per cento. Per portare la quota di PIL destinata alla Sanità sui valori attesi in base alle effettive disponibilità del Paese, ricordando che una parte significativa del PIL non è disponibile perché impegnata per gli interessi sul debito pubblico (sono il 4,3% del PIL contro una media dell'1,8% negli altri paesi), servirebbero 15 miliardi, ma questo lascerebbe un rilevante gap fra la spesa sanitaria italiana e quella dei Paesi europei di confronto; ed anche se in tal modo si eviterebbe di peggiorare ulteriormente il gap con i partner UE nel breve periodo, il vantaggio sarebbe solo transitorio, qualora il PIL dovesse continuare a crescere meno che nella media degli altri Paesi UE. Una situazione critica quindi, che il C.R.E.A. Sanità, ha illustrato nel suo 19° Rapporto.



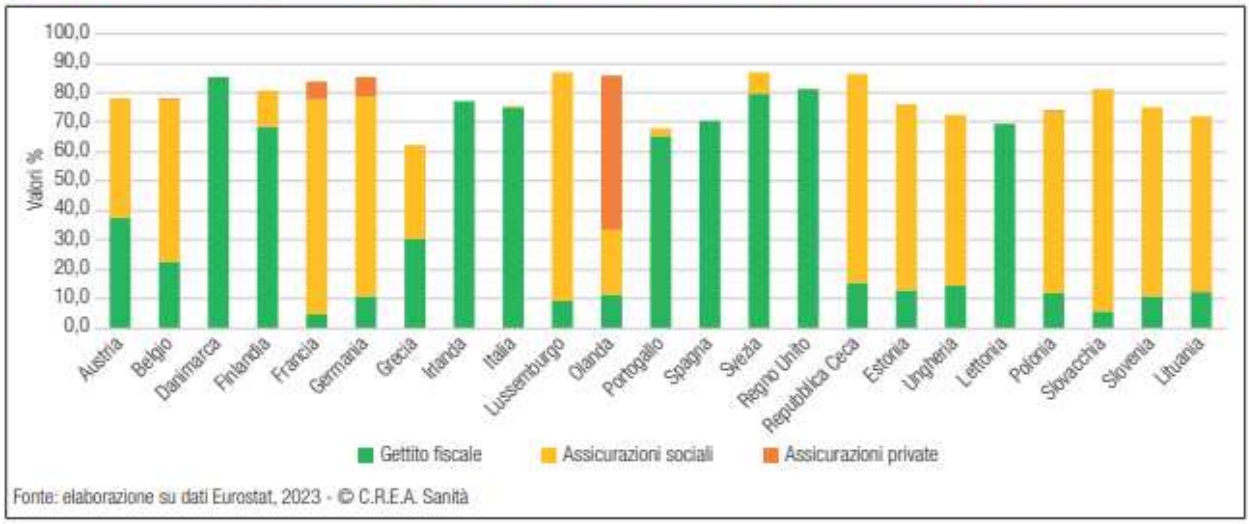
I focus del Rapporto non si fermano alla spesa, ma analizzano gli aspetti oltre che di quella pubblica anche della privata, il finanziamento, la situazione del personale e del settore sociosanitario, di farmaceutica, tariffe per la specialistica, equità del sistema e molto altro. Analizza poi, a livello di singole Regioni, alcuni indicatori presentati nel rapporto, ma soprattutto fornisce un decalogo di "opportunità", azioni cioè da programmare per risollevare le sorti del SSN.

La spesa sanitaria privata nel 2022 ha raggiunto i € 40,1 mld. in crescita dello 0,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio. Nell'ultimo anno si registra un incremento in tutte le Regioni, di circa il 5,0 per cento. Nel 2022 Trentino-Alto Adige (21,0%) e Lombardia (19,7%) sono le Regioni con la quota più alta di spesa privata

[6]Il Centro per la ricerca economica applicata in sanità (C.R.E.A. Sanità), nasce nel 2018, e realizza le sue attività grazie al team di ricerca che opera da oltre vent'anni nell'Università di Tor Vergata.

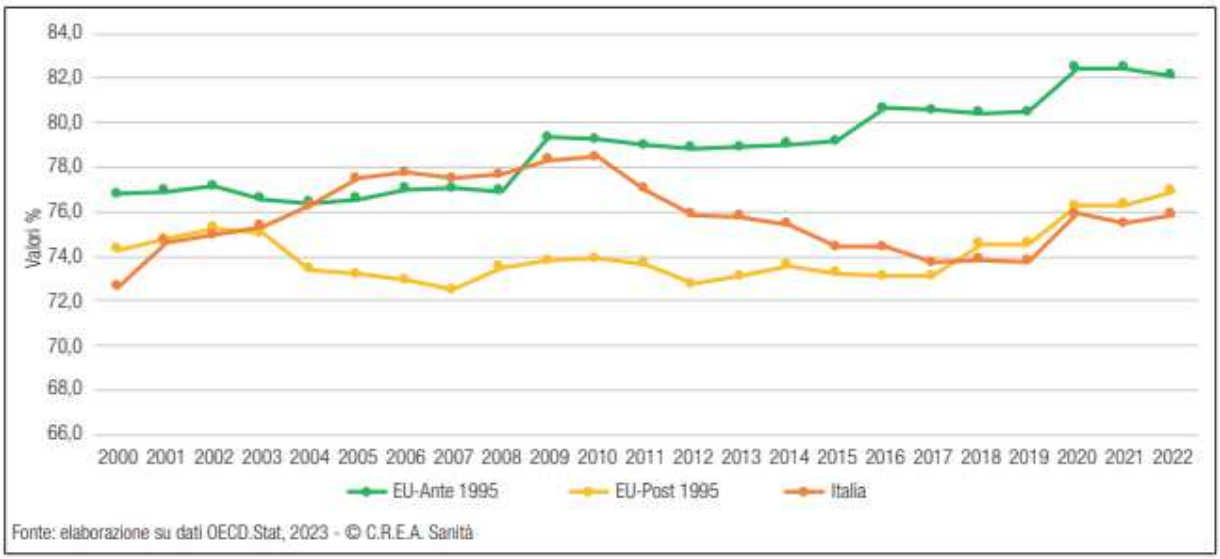
intermediata. La Sicilia quella con la quota minore (1,0%). Il 75,9% delle famiglie italiane sostiene spese per consumi sanitari: la quota è aumentata dell'1,7% nell'ultimo anno. Tra le famiglie più abbienti, quelle che ricorrono a spese sanitarie private, superano l'80%; tra quelle meno abbienti non si raggiunge il 60%. In particolare, spendono per la salute le coppie anziane over 75 e le famiglie con tre o più figli. Il 72,7% delle famiglie ha speso per acquistare farmaci, il 37,1% per prestazioni specialistiche e/o ricoveri, il 26,2% per prestazioni diagnostiche, il 23,7% per protesi e ausili, il 21,2% per cure odontoiatriche e il 13,4% per attrezzature sanitarie.

Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente secondo la fonte di finanziamento. Anno 2021



Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

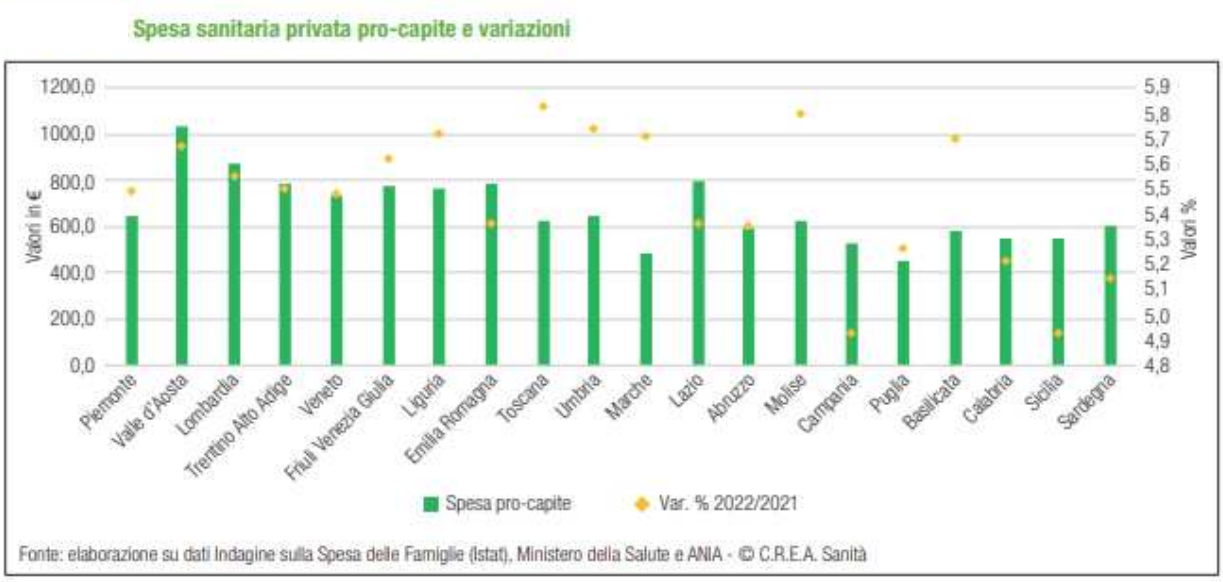


Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

La Sanità si comporta come un bene di lusso e quindi sua quota nei consumi aumenta al crescere del reddito disponibile. Sulla base di questa relazione considerando il PIL "netto" (degli interessi), il punto di "neutralità" per la spesa sanitaria si può stimare intorno ai 3.150 euro pro-capite, cioè il +8,2% in più di quella attuale; in termini di incidenza sul PIL, tale livello di spesa risulterebbe pari al 10,0% (contro l'11,5% medio dei Paesi EU originari) e, quindi, assumendo (cosa discutibile) che la spesa sanitaria privata sia una variabile indipendente

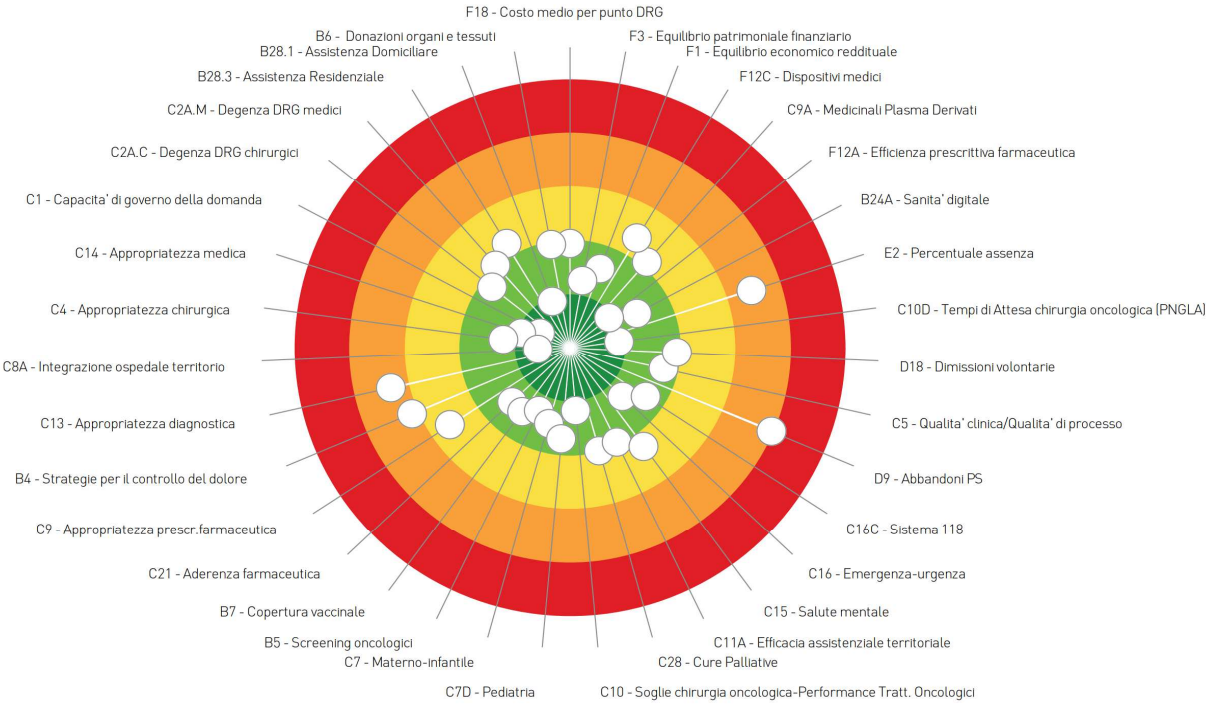
e rimanga pari ai livelli sul PIL attuali, ovvero che non si riduca al crescere di quella pubblica, la spesa sanitaria pubblica dovrebbe aumentare sino a raggiungere il 7,2% del PIL (nominale). Nel 2023 la spesa pubblica è stata il 6,7% del PIL e le previsioni la danno in discesa nei prossimi anni.

Il "disagio economico" delle famiglie dovuto a consumi sanitari (somma del fenomeno dell'impoverimento dovuto alle spese sanitarie e delle "rinunce" a curarsi per motivi economici), nel 2021 affligge il 6,1% dei nuclei (1,58 milioni di famiglie): il fenomeno è in crescita di +0,9 punti percentuali rispetto al 2020 e di +1,5 rispetto al 2019. L'incidenza è superiore (e in crescita di 0,1%) nel Sud (8,2%, +0,1%); segue il Nord-Ovest con il 5,9% delle famiglie (+2,0%.), il Centro (5,0%, +1%) e il Nord-Est con il 4,0% (+0,2%). I casi di disagio economico sono più frequenti (18,1%) tra le famiglie del 20% più "povero" della popolazione e meno in quelle più ricche (1,6%). Definendo "catastrofiche" le spese che al 40% della "Capacity To Pay" delle famiglie (a sua volta pari ai consumi totali della famiglia al netto delle spese di sussistenza), si registra un aumento dei casi, che interessano il 2,8% delle famiglie residenti (731.489 nuclei), dato in aumento di +0,4% rispetto al 2019. Il Mezzogiorno continua a essere il più colpito: 4,7% delle famiglie, in aumento del +1,0% nell'ultimo anno; segue il Nord-Est con 2,4% (+0,5%), il Nord-Ovest con l'1,9% (+0,1%) e il Centro con l'1,5% (-0,2%). I casi sono più frequenti nei nuclei meno abbienti (13,5%), mentre si fermano all'1,8% in quelli più abbienti. Le famiglie più esposte al rischio di spese "catastrofiche" sono quelle degli anziani over 75 (soli o in coppia) e le coppie con tre o più figli minorenni: queste ultime, in particolare, a causa delle cure odontoiatriche.



Il bersaglio riportato nella figura a pagina seguente sintetizza la performance del sistema sanitario dalla Regione Veneto nel 2023.

Bersaglio 2023 - VENETO



La Regione Veneto mostra una performance complessivamente concentrata nella fascia verde del bersaglio. In particolare, il 32,5% degli indicatori peggiora tra il 2022 e il 2023 pur mantenendosi in una fascia buona/ottima, il 15,9% resta stabile e il 51,6% migliora. Per l'anno di valutazione 2023, si scelto di interpretare i risultati attraverso sei prospettive chiave, o "lenti", che consentono una lettura chiara e mirata delle principali aree di gestione per i sistemi sanitari. Queste direttrici fondamentali includono: l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, i percorsi clinico-assistenziali, la qualità e sicurezza delle cure, la responsiveness, le sfide post-COVID e infine, l'efficienza.

La maggior parte degli indicatori relativi all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria mostra risultati positivi. In particolare, gli indicatori legati alla capacità di governo della domanda (C1) sono particolarmente performanti: il tasso di ospedalizzazione (H01Z), che rappresenta la domanda di assistenza ospedaliera da parte dei residenti verso le strutture di ricovero locali, tra i più bassi nel Network delle Regioni, con 110,64 ricoveri per 1.000 residenti. Anche l'appropriatezza medica (C14) molto buona, con il Veneto che registra la più bassa percentuale di pazienti che ripetono una RM colonna entro 12 mesi (C13A.2.2.2). Per quanto riguarda l'integrazione tra ospedale e territorio (C8A), nonostante un tasso di ospedalizzazione standardizzato per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativamente basso per 1.000 residenti (C8D.1), si osserva un tasso più elevato di ospedalizzazioni oltre i 30 giorni per 1.000 residenti (C8B.2), indicatore che riflette indirettamente la capacità ricettiva del territorio e il livello di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Va segnalato il peggioramento del tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1.000 residenti, standardizzato per età e sesso (C8B.1), sebbene l'incremento sia inferiore rispetto a quello registrato nel 2022.

Passando agli indicatori che misurano l'efficienza delle attività di ricovero, il Veneto presenta una degenza media per l'area medica (C2A.M) superiore di circa 0,7 giorni per ricovero rispetto alla media 2023 del Network. Nell'area chirurgica, la degenza media (C2A.C) di 0,3 giorni per ricovero in più rispetto alla media

delle altre regioni del Network per lo stesso anno. In termini di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, nonostante l'aumento rispetto al 2022, il consumo di antibiotici sul territorio (C9.8.1.1), in particolare in età pediatrica (C9.8.1.1.1), e il consumo di cefalosporine (C9.8.1.1.2) rimangono tra i più bassi del Network. La percentuale di antibiotici Access (C9.8.1.7) cresciuta dal 48,6% al 53,5%, ma resta sotto l'obiettivo del 60% raccomandato dall'OMS.

Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la performance dei percorsi clinico-assistenziali, la regione Veneto mostra risultati tendenzialmente positivi. Analizzando il percorso materno-infantile, nella fase del parto si registra un miglioramento nei parti cesarei depurati (C7.1), scesi al 17,2% rispetto al 17,9% del 2022, e nella percentuale di parti vaginali dopo precedente taglio cesareo (C7.30), che raggiunge il 28,4% contro il 25,5% dell'anno precedente. La percentuale di parti operativi (C7.6) rimane sostanzialmente stabile e in linea con la media delle regioni del Network.

Ottimali i risultati sull'appropriatezza del volume di interventi per tumore maligno della mammella delle singole strutture ospedaliere (H02Z) e sulla proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (H03C), dove la regione Veneto si attesta come best practice del Network delle regioni. Più eterogenea la performance nella fase del fine vita. Critica ed in peggioramento la presa in carico tempestiva da parte degli hospice dei casi segnalati (C28.2B), pari al 59,8% di pazienti presi in carino entro 3 giorni dalla segnalazione, e dei casi con degenza in hospice superiore a 30 gg (C28.3). Buono invece il numero di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero inferiore ai 7 giorni, pari al 18,5%. Per il percorso emergenza-urgenza nel 2023, a fronte di un continuo aumento nei tassi di accesso al Pronto Soccorso (C8B.1), si osserva un leggero miglioramento nella percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso entro 8 ore (C16.4.1.N), dove la performance regionale eccellente. Migliora in generale la tempestività di presa in carico in PS per tutti i codici durante la fase del triage, anche per i codici priorità 2 (C16.1.NA), per i quali prevista un'attesa massima di 15 minuti per la prima visita, ma segnalando che il codice 2 nel 2023 continua a non registrare i valori attesi dalle linee guida nazionali. Nel percorso cronicità, la performance nella fase di promozione e prevenzione risulta eterogenea.

La percentuale di fumatori (A10.4.1) rimane bassa e stabile al 22%. Tuttavia, critica la copertura vaccinale negli anziani, in calo dal 55,3% del 2022 al 52,5% nel 2023. La fase di trattamento e compliance si colloca prevalentemente in fascia verde, con l'unica criticità relativa alla percentuale di accessi domiciliari effettuati nei giorni di sabato, domenica e festivi (B28.1.5). Ottima la performance per quanto riguarda il tasso di prese in carico per Cure Domiciliari negli over 65 con CIA superiore a 0,13 (B28.2.9A), un indicatore che monitora le prese in carico caratterizzate da un'elevata intensità. Anche la performance nella fase di esiti molto positiva: i tassi di ospedalizzazione per scompenso cardiaco (C11A.1.1) e BPCO (C11A.3.1) sono tra i più bassi del Network, con rispettivamente 104,33 e 24,16 ricoveri per 100.000 abitanti. Gli indicatori di qualità e sicurezza delle cure valutano tecniche strumentali, procedure diagnostiche, tempestività e correttezza delle prestazioni. La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni negli over-65 (H13C) tra le più alte delle regioni del Network, ed in aumento dal 78,2% del 2022 all'82% del 2023. Anche le colecistectomie laparoscopiche in day-surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno (C4.4) mostrano un trend triennale in miglioramento, mentre le dimissioni volontarie da ricovero (D18) a livello regionale restano stabili allo 0,68% in fascia verde chiara. Sul piano dell'efficienza, il monitoraggio della spesa farmaceutica cruciale per la sostenibilità del SSN, specialmente con l'introduzione di medicinali costosi. La Regione Veneto ha mostrato un'ottima efficienza prescrittiva farmaceutica, con l'87,44% delle molecole prescritte nel 2023 appartenenti a farmaci a brevetto scaduto o presenti in lista di trasparenza (F12A.14). Nel 2023, stata introdotta la valutazione di tre indicatori sui dispositivi medici ad alto consumo e basso costo. La spesa

ospedaliera per dispositivi di largo consumo, come siringhe, assorbenza e guanti, ha mostrato una riduzione generale. La regione Veneto si altresì mostrata capace a mantenere i costi in equilibrio con le risorse disponibili, raggiungendo il pareggio di bilancio (F1.1). Nonostante ciò, il costo per punto DRG (F18.1), ossia il costo per ricovero pesato per il tipo di intervento, appare critico, pari a 7.503,23€ nel 2022.

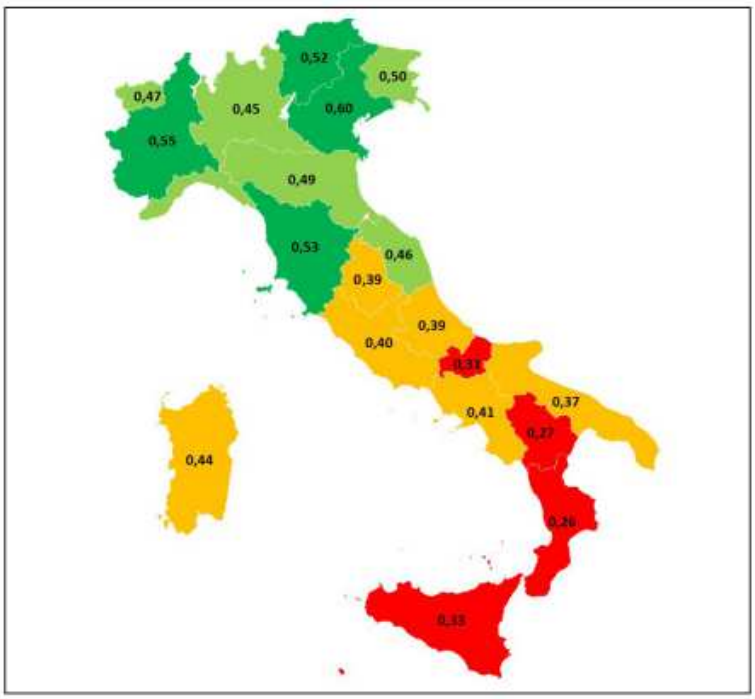
Nel 2023 sono state introdotte nuove misure per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di affrontare le sfide post-COVID. In particolare, la gestione del personale emerge come una sfida prioritaria. Nel 2022 si registrato un incremento delle assenze (E2) in tutte le regioni del Network, con un tasso di assenza pari al 13,13% per la regione Veneto, in aumento di oltre 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente, pur rimanendo il più contenuto tra le realtà regionali. Sebbene si noti un leggero progresso verso la parità di genere, con l'indice del soffitto di cristallo (E2B) che si avvicina al valore di equilibrio, rimane ancora sopra 1, indicando la persistenza di ostacoli alla crescita professionale a delle donne all'interno dell'azienda, nelle posizioni apicali.

Gli indicatori sulla sanità digitale evidenziano una performance positiva nella dematerializzazione e nella prescrizione elettronica, con percentuali che superano il 95% tra i medici in convenzione (B24B.1.1 e B24B.1.2). Tuttavia, i valori sono minori per la percentuale di specialisti prescrittori che utilizzano la dematerializzazione (B24B.3.1 e B24B.3.2), sia per le ricette farmaceutiche che per quelle dematerializzate. Bassa anche la percentuale di cittadini che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nei 90 giorni successivi alla disponibilità di una diagnosi (B24C.2C.1). D'altro canto, l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (B24C.2C.3.1) risulta eccellente, con una percentuale che raggiunge il 99,75%.

Il progetto "Le Performance Regionali", giunto nel 2024 alla sua XII annualità, nasce nel 2013 con l'ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una valutazione delle opportunità di tutela della salute di cui godono le diverse popolazioni regionali.

In aggiunta alla misurazione della Performance, nel 2024 è stata anche presentata la sua dinamica nel medio periodo (ultimo quinquennio).

Indice di *Performance* (0 Perf. peggiore; 1 Perf. ottima)

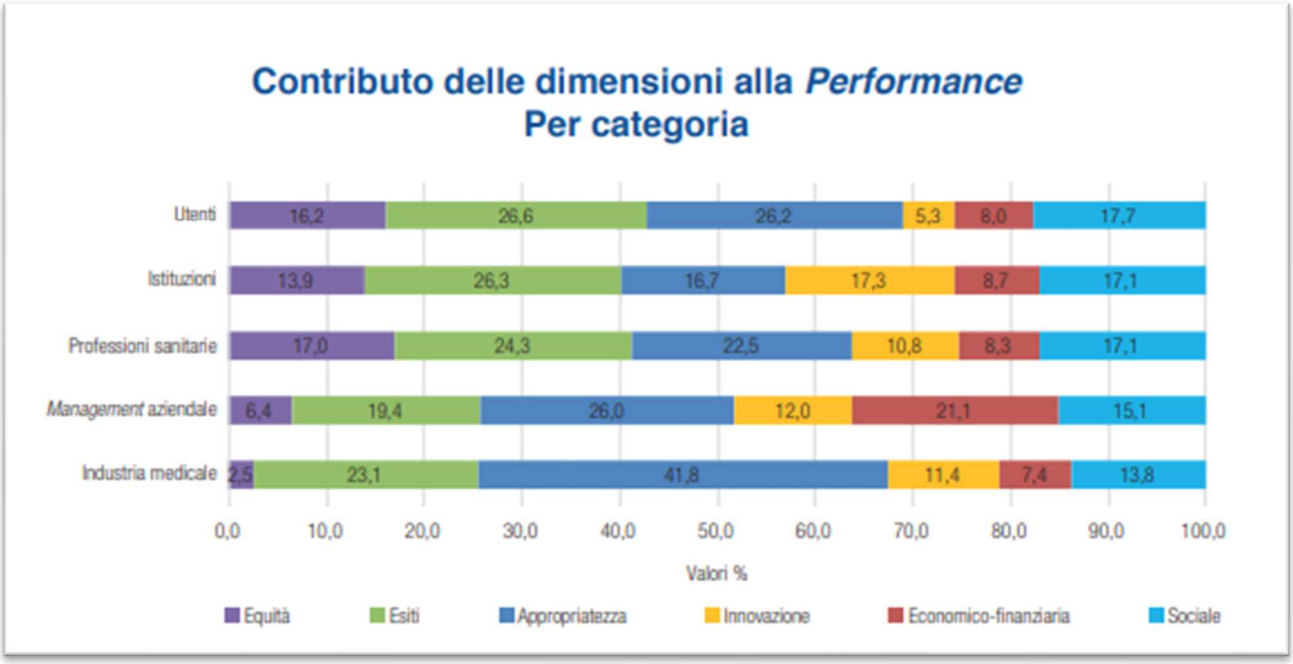


Inoltre il Panel ha anche proceduto a selezionare un sottogruppo di indicatori specificatamente scelti per il futuro monitoraggio degli effetti dell'Autonomia differenziata in Sanità ovvero finalizzati a realizzare una prima sperimentazione utile a valutarne il "verso" degli effetti di eventuali modifiche istituzionali, identificando eventuali criticità nei diversi "livelli" di governance: nazionale, regionale e locale. La valutazione 2024 delle Performance regionali, in tema di opportunità di tutela socio-sanitaria offerta ai propri

cittadini, oscilla da un massimo del 60% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 26%: il risultato migliore lo ottiene il Veneto ed il peggiore la Calabria.

Si conferma come, a parere del Panel, i livelli di Performance regionali risultino ancora significativamente distanti da un target ottimale. Il divario fra la prima e l'ultima Regione è decisamente rilevante: un terzo delle Regioni non arriva ad un livello pari al 40% del massimo ottenibile. Qualitativamente, nel ranking si identificano quattro gruppi di Regioni: quattro Regioni, (verde nella mappa) Veneto, Piemonte, P.A. di Bolzano e Toscana, raggiungono livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre, con un indice di Performance che supera il 50% di quella massima (rispettivamente 60%, 55%, 54% e 53%). Nel secondo gruppo (verde chiaro), troviamo sette Regioni con livelli dell'indice di Performance abbastanza omogenei, compresi tra il 50% ed il 45%: Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Emilia Romagna, Liguria, Valle d'Aosta, Marche e Lombardia. "Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali" 22 Nel terzo gruppo (arancione) si attestano Sardegna, Campania, Lazio, Umbria, Abruzzo e Puglia, con livelli di Performance compresi nel range 37-44%. Infine, quattro Regioni (rosso), Sicilia, Molise, Basilicata e Calabria, si attestano su livelli di Performance inferiori al 35% del massimo raggiungibile.

Va osservato che la composizione del gruppo delle Regioni che si situano nell'area dell'"eccellenza", come anche quella del gruppo, numericamente rilevante, delle Regioni (tutte meridionali) che purtroppo rimangono nell'area intermedia e critica, rimane pressoché costante negli anni. Si rimanda al report di presentazione per la disamina dei risultati disaggregata per Categoria di appartenenza degli stakeholder. Aggregando i risultati per Dimensione, osserviamo come le Dimensioni Appropriatezza, Esiti e Sociale contribuiscano per oltre il 60% alla Performance: rispettivamente per il 26,6%, 23,9% e 16,2%; segue la Dimensione Innovazione (11,4%), mentre le Dimensioni Equità ed Economico-finanziaria, contribuiscono rispettivamente per il 11,2% ed il 10,7%.



Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, gli Esiti e l'Appropriatezza (quest'ultima con l'eccezione dei rappresentanti delle Istituzioni) sono nelle prime tre posizioni per tutte le categorie di stakeholder; la Dimensione Sociale anche, ma con l'eccezione dei rappresentanti del Management aziendale.

A livello nazionale, a fronte di un livello complessivo di Performance (ottenuto mediando gli indici di Performance delle singole Regioni), pari al 43,8% del valore teorico ottimale, nell'ultimo quinquennio si è registrata un miglioramento del 46%; tale miglioramento ha "Opportunità di tutela della Salute: le Performance Regionali" 24 interessato tutte le ripartizioni geografiche, in maggior misura le Regioni del Mezzogiorno (+75,9% in media), poi quelle del Nord-Est (+44,9%), quelle del Nord-Ovest (+40,9%) e del Centro (+37,4%). Negli ultimi anni, quindi, sembra essersi registrato una significativa riduzione delle distanze in termini di opportunità di tutela della salute fra Meridione e Settentrione. D'altra parte, rileva che malgrado il Panel rilevi un livello attuale della Performance ancora lontano da valori ottimali, non sembra che le Regioni con Performance migliori riescano a registrare significativi passi avanti: probabilmente ad indicare l'esistenza di limiti strutturali nell'attuale assetto del sistema sanitario. Come anticipato, è stata altresì sperimentata una estensione della metodologia di valutazione, finalizzata al monitoraggio delle dinamiche degli indicatori di Performance registrate in diversi gruppi di Regioni. L'esercizio è stato condotto propedeuticamente all'implementazione di un monitoraggio degli effetti dell'Autonomia Differenziata in Sanità (AD) (quando dovesse essere riconosciuta ad alcune Regioni). Adottando l'ottica secondo la quale l'elemento chiave, per la valutazione degli effetti della AD, sarà rappresentato dall'aspettativa che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, o almeno non peggioramento attribuibile ai rischi che l'autonomia diventi più competitiva che cooperativa, si è impostata una modalità di monitoraggio che si concentra sulla capacità di apprezzare gli effetti che si determineranno dopo l'eventuale riconoscimento dell'AD ad un gruppo di Regioni. Nello specifico il Panel ha selezionato dal set completo di indicatori della misura della Performance, un sottogruppo di dieci indicatori, due per ognuna delle cinque dimensioni di valutazione (viene in questo caso escluso il Sociale).

Le comparazioni delle dinamiche nei diversi gruppi sono funzionali, quando verrà concessa l'AD, a confrontare i gap nelle dinamiche prima e dopo la sua introduzione, ottenendo così una misura del suo impatto. Nello specifico, le dinamiche, per ogni indicatore, possono essere confrontate in varie modalità, ovvero in termini di:

- numero di Regioni in miglioramento o peggioramento
- numero di Regioni (ponderate per la popolazione) in miglioramento o peggioramento
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore
- entità del miglioramento/peggioramento dell'indicatore, ponderato per la popolazione.

La dinamica, apprezzabile per ogni indicatore, è stata poi ulteriormente sintetizzata in una unica variazione media, "semplice" o ponderata con i "pesi" attribuiti dal Panel agli indicatori

Partendo dalle aree "cumulate", ponderate con i pesi attribuiti agli indicatori dal Panel, rappresentate nella Figura 1, è stato, infine, elaborato per ogni gruppo di Regioni proposte per il confronto, un indice numerico, che abbiamo definito "Indice Sintetico Ponderato" (ISP). Tale indice può assumere un valore compreso tra -1 e 1 ed è rappresentativo del rapporto tra le aree di peggioramento e di miglioramento nel periodo considerato: il valore 0 è indicativo di una complessiva compensazione fra i miglioramenti e peggioramenti regionali; un valore positivo è indicativo di una prevalenza di miglioramento, ed uno negativo di una prevalenza di peggioramento (1 e -1 nel caso si registrino rispettivamente solo miglioramenti o peggioramenti).

Tra il 2011 e il 2019 il personale del Servizio sanitario nazionale (SSN) è diminuito, con intensità diversa tra le macroaree; vi hanno influito i vincoli alla spesa e, per le regioni in Piano di rientro1 , il blocco del turnover. La pandemia ha portato a un'inversione di tendenza che ha visto aumentare il numero dei dipendenti dell'SSN. Ciò non ha tuttavia consentito di colmare i divari territoriali esistenti e di superare i problemi legati

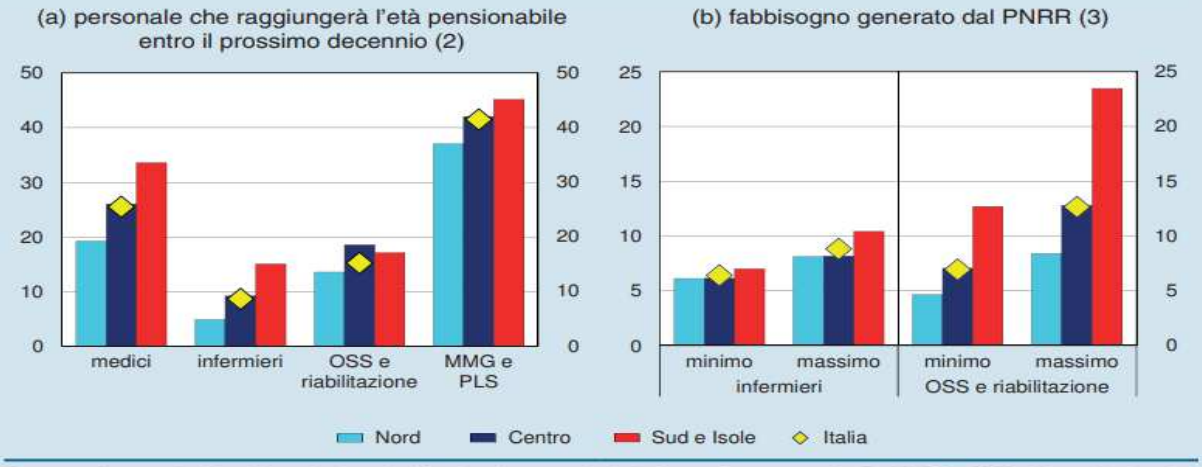
all'anzianità dell'organico né, in prospettiva, di soddisfare il maggiore fabbisogno di personale connesso con la realizzazione delle strutture territoriali previste dal PNRR.

Alla fine del 2022 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati) operavano presso l'SSN 123 addetti ogni 10.000 abitanti: 109 nel Mezzogiorno, contro i 122 del Centro e i 134 del Nord. Il numero degli addetti è aumentato in misura significativa in tutte le aree rispetto al 2019, con intensità maggiore al Centro e nel Mezzogiorno (tav. a5.3). L'incremento è però avvenuto prevalentemente grazie a contratti temporanei e i differenziali territoriali nella dotazione di personale stabile si sono ampliati: tra il 2011 e il 2022 il personale con un contratto permanente è cresciuto al Nord, è rimasto invariato al Centro ed è diminuito nel Mezzogiorno. Il divario di quest'ultima area rispetto al resto del Paese è ancora più ampio se si includono gli addetti delle strutture sanitarie equiparate a quelle pubbliche e il personale delle strutture private accreditate (tav. a5.4). Per il sistema sanitario nel suo complesso, un aspetto critico è costituito dalla disponibilità di medici in convenzione, come quelli di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), il cui numero è ulteriormente sceso dopo la pandemia; la loro dotazione risulta più bassa nel Nord rispetto al resto del Paese. Il limitato turnover ha fortemente inciso sulla composizione per età del personale dipendente dell'SSN: alla fine del 2022 il 16 per cento dell'organico aveva almeno 60 anni; per i medici tale quota raggiungeva il 26 per cento, il 34 nel Mezzogiorno. Oltre il 40 per cento degli MMG e dei PLS aveva almeno 60 anni (oltre il 45 nel Mezzogiorno). A legislazione vigente, tutto il personale che alla fine del 2022 aveva 60 o più anni di età cesserà di lavorare per pensionamento nell'arco di 10 anni: ciò corrisponde a più di 27.000 medici, oltre 24.000 infermieri e altrettanti addetti del ruolo tecnico, e a 28.000 MMG e PLS2 . Si genererà la necessità di assicurare un consistente ricambio generazionale, in particolare nel Mezzogiorno.

Per gli infermieri il Rapporto Crea Sanità 2023 segnala la mancanza di attrazione della professione: ai test di ingresso per la laurea in infermieristica hanno preso parte 22.957 candidati per 20.059 posti, con un rapporto domande/posti pari a 1,1. Tra le cause, il salario gioca un ruolo importante: gli stipendi dei medici italiani, a parità di potere d'acquisto, pur essendo inferiori a quelli dei colleghi dei Paesi dell'Europa occidentale, sono comunque pari a 2,9 volte il salario medio italiano, mentre per gli infermieri il salario non si discosta da quello medio nazionale. Per far fronte alla situazione la FNOPI (Federazione nazionale degli ordini) pubblica nel Rapporto un contributo in cui sottolinea che si dovranno sviluppare le competenze della professione per una migliore qualità dell'assistenza, con il passaggio da una logica prestazionale alla presa in carico dell'assistito e del più generale "sistema assistenza" con competenze avanzate gestionali e cliniche e il superamento dei tabù ancora associati ai concetti di skill mix e task shifting. Il Rapporto in questo senso sottolinea anche la carenza dei cosiddetti "assistenti alle cure" (in primis gli OSS) figure che operano sia in contesto residenziale che domiciliare. Si tratta di una figura per 'assistenza alle non auto-sufficienze, tipicamente coordinata dagli infermieri. Anche perché trascorrendo molto tempo al fianco della persona assistita, sono da considerarsi i destinatari principali dei percorsi di alfabetizzazione digitale per incentivare il ricorso a strumenti di cura digitale. Per queste figure l'Italia, a meno di voler assimilare agli OSS l'esercito di badanti (non professionali) che hanno attualmente in carico gli anziani italiani fragili, è mal posizionata in Europa con 86,4 assistenti per 1.000 abitanti over 75, contro 114,6 della Spagna, 175,8 della Francia e 211,1 del Regno Unito.

L'esigenza di garantire consistenti flussi in ingresso è ulteriormente accresciuta dal fabbisogno di personale dovuto al potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dalla missione 6 (salute) del PNRR. Si stima che la sua completa attuazione richiederà almeno 19.600 infermieri e 6.300 operatori socio sanitari (OSS) e addetti alla riabilitazione, prevalentemente in aggiunta rispetto alla dotazione attuale3 . La distribuzione di tali figure professionali sul territorio sarà proporzionale al numero di strutture da attivare e implicherà un aumento dell'organico maggiore nel Mezzogiorno (figura, pannello b).

Fabbisogno di personale per raggiungimento dell'età pensionabile e per l'attuazione del PNRR (1)
(valori percentuali)



Fonte: per il pannello (a), elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato, *Conto annuale*. Per MMG e PLS, elaborazioni su dati Fondazione Enpam e Struttura interregionale sanitari convenzionati (Sisac); per il pannello (b), stime basate su quanto previsto dal DM 77/2022. Cfr. nelle *Note metodologiche. L'economia delle regioni italiane* sul 2023 la voce *Fabbisogno di personale sanitario associato al PNRR*.
(1) Incidenza sul personale in organico alle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende ospedaliere, aziende integrate con il SSN e con l'università e IRCCS pubblici, anche costituiti in fondazione), classificati secondo il ruolo al 31 dicembre 2022. – (2) I dati del personale del SSN sono relativi ai soli contratti a tempo indeterminato. Per MMG e PLS, i dati sul personale con almeno 60 anni sono di Fondazione Enpam, mentre il numero totale a fine 2022 è stimato sulla base dei dati Sisac. – (3) Il DM 77/2022 prevede, per ogni struttura e figura professionale, una dotazione compresa tra un minimo e un massimo.

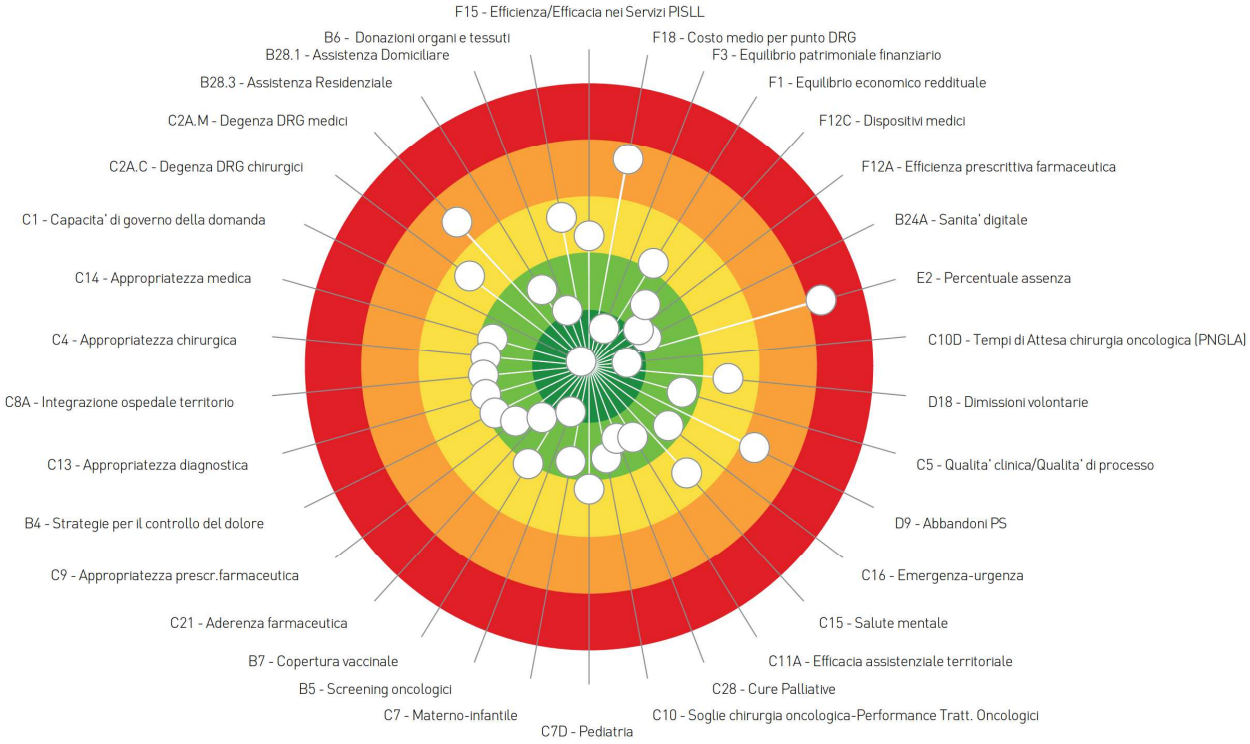
Nel complesso, nel prossimo decennio il turnover del personale e il potenziamento dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR genereranno un fabbisogno, in termini di incidenza sull'organico alla fine del 2022, per i medici (comprensivi degli MMG e dei PLS) pari al 24 per cento nel Nord, al 30 al Centro e al 37 nel Mezzogiorno e per gli infermieri all'11, al 15 e al 20 per cento, rispettivamente.

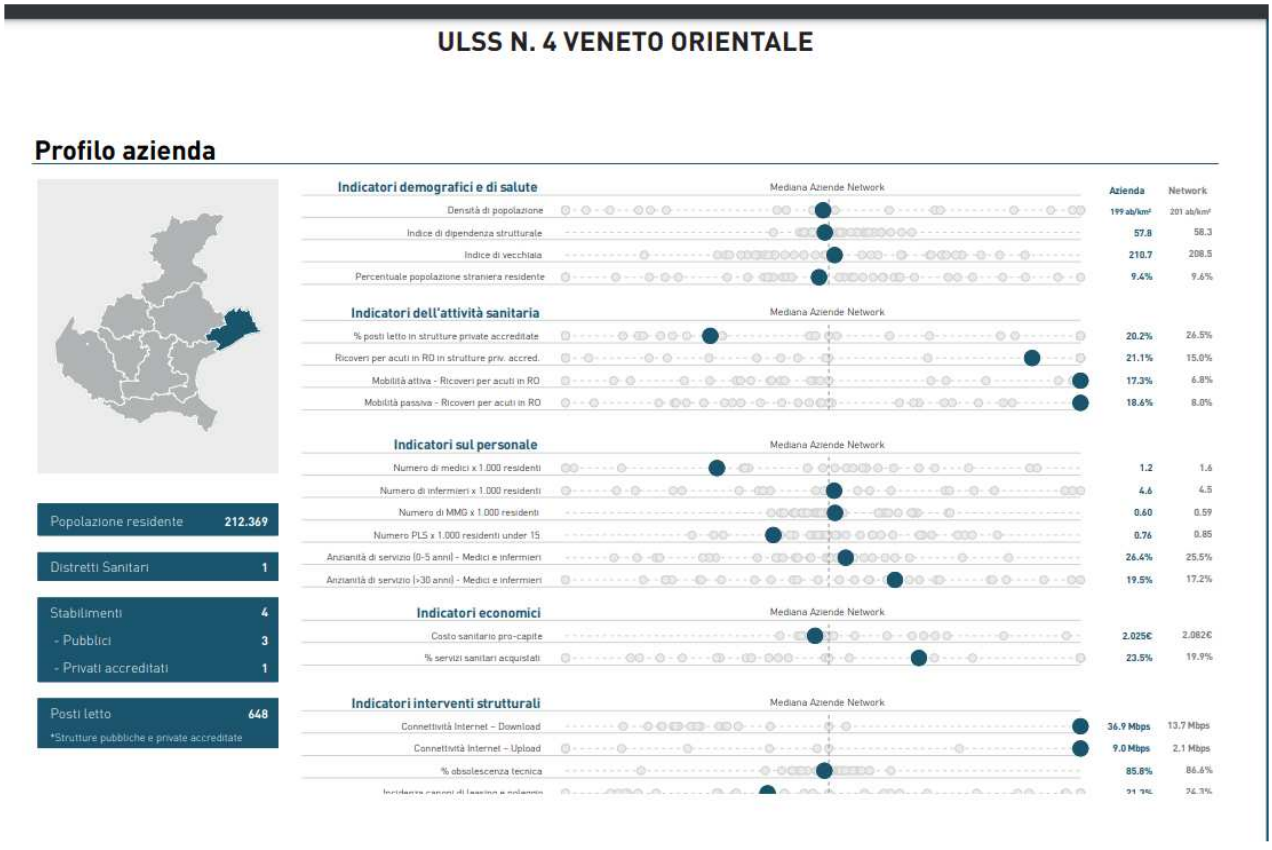
Contesto interno

Il contesto interno è riconducibile, in buona parte, a quanto dedotto nella Sezione 2 del Piano.

A livello di contesto di performance sanitaria si ritiene, peraltro, declinare i risultati di specifica afferenza aziendale del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa
I dati di sintesi riferiti all'azienda per l'ultima rilevazione effettuata (2023) sono i seguenti:

Bersaglio 2023 – Ulss n. 4 Veneto Orientale





Conclusioni

Le conclusioni di carattere generale non si discostano sostanzialmente dalle valutazioni espresse nel Piano 2019 a cui si rimanda per le considerazioni di carattere generale.

Sulla base dell'analisi del contesto effettuata, risulta come l'azienda si trovi ad operare in un ambiente di riferimento con limitati elementi critici che possano incidere in termini oggettivamente impattanti nella valutazione del livello di rischio di corruzione.

L'alta qualità dei servizi erogati è attestata dalla posizione ai vertici delle diverse classifiche nazionali e internazionali riguardanti il settore sanitario. E' in ogni caso necessario mantenere alto il livello di attenzione e sensibilizzazione rispetto al tema della corruzione affinché non venga mai meno l'adeguato presidio dei rischi.

L'attuazione delle misure preventive programmate ha evidenziato un approccio sufficientemente orientato, anche in ragione della partecipazione agli eventi formativi, e tendenzialmente costruttivo soprattutto nelle principali misure obbligatorie declinate nelle aree di norma a maggior rischio.

Questo porterà ad un prevalente mantenimento delle azioni in questione a cui si affiancano le azioni connesse all'applicazione in ambito aziendale delle progettualità legate alle Missioni PNRR.

2.4.5. Soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione – una cabina di regia per il PNRR.

Come delineato sin dal Piano 2014-2016, i soggetti coinvolti nel processo di prevenzione alla corruzione e all'illegalità in ambito aziendale, chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano di prevenzione ed all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate, sono:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e (ora) della trasparenza;
- i direttori/responsabili delle UU.OO.

C'è da sottolineare che con l'approvazione del regolamento aziendale di funzionamento dei dipartimenti aziendali, anche in capo ai **dipartimenti strutturali** è stata riconosciuta una funzione di supporto e promozione dell'attuazione delle disposizioni in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Come già accennato, le sezioni in cui si articola il PIAO vanno coordinate tra loro. Ciò può garantire che le scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione, a servizio della collettività, siano frutto di condivisione e non siano quindi operate singolarmente dai soggetti responsabili delle sezioni - e sottosezioni- del PIAO. Integrazione non significa perdita di identità degli strumenti programmatori, bensì sinergia e coordinamento tra gli stessi, stanti le diverse finalità e le differenti responsabilità connesse (come ad esempio quella del RPCT, del responsabile della sezione performance e dell'OIV).

Considerato che gran parte dell'attenzione del PNA 2022 è concentrata sugli interventi gestiti con risorse del PNRR, l'Autorità ritiene necessario valutare i rapporti tra RPCT e le Strutture/Unità di missione individuate dalle amministrazioni per coordinare, monitorare, rendicontare e controllare le attività di gestione degli interventi previsti. Al fine di evitare il rischio di duplicazione degli adempimenti, in una logica di riduzione degli oneri, e per ottimizzare lo svolgimento delle attività interne il PNA 2022 si raccomanda di assicurare sinergia tra i RPCT e le Strutture/Unità di missione, in linea con la *ratio* del PNRR e dell'attuale quadro normativo volto alla semplificazione e all'integrazione.

L'azienda è impegnata nella riqualificazione dei presidi ospedalieri di Portogruaro, San Donà di Piave e Jesolo, nella realizzazione delle case della comunità, dell'ospedale di comunità e, più in generale, nell'attuazione di progettuali trasversali aventi carattere, prevalentemente, innovativo, in attuazione degli obiettivi di salute che l'azienda deve perseguire; è stato quindi ritenuto di fondamentale importanza presidiare le attività di carattere strategico, attraverso la costituzione di una cabina di regia, la cui finalità è promuovere la pianificazione, la programmazione, il coordinamento, l'avvio ed il monitoraggio di iniziative progettuali a valenza multidisciplinare/trasversale aventi natura aziendale e/o di recepimento di disposizioni nazionali e/o regionali. Ciò è avvenuto con la deliberazione n. 64/2022 recante "approvazione del "regolamento di istituzione e funzionamento della cabina di regia per la realizzazione di iniziative progettuali a valenza multidisciplinare". All'interno della cabina di regia è presente anche l'attuale RPCT.

Con deliberazione 572/2024 l'azienda ha disposto la presa d'atto dello stato di attivazione delle Case delle Comunità, ai sensi del D.M. 77/2022.

Focus sulla figura del rpct – aggiornamento pna 2022

Considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, ANAC ha ribadito che è auspicabile che l'organo di indirizzo assicuri al soggetto individuato quale RPCT legittimazione ed autorevolezza anche attraverso una serie di azioni ed indicazioni strategiche e laddove possibile, è opportuno che l'organo di indirizzo doti il RPCT

di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con adeguato personale, risorse strumentali e finanziarie.

Nella logica di non generare un aggravio o un appesantimento del funzionamento amministrativo, qualora non sia possibile costituire tale ufficio dedicato – come è stato sino a d oggi - è auspicabile predisporre adeguati provvedimenti organizzativi atti a permettere al RPCT di avvalersi del personale di altri uffici, creando una struttura e un servizio di sostegno tematico e funzionale.

Tale struttura, in una necessaria logica di integrazione delle attività e delle competenze multidisciplinari, potrebbe essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit).

2.4.6. Misure obbligatorie - misure per la riduzione del rischio

Codice di comportamento e diffusione di buone pratiche e valori

Nel Piano 2019 ANAC ha rilevato che intende promuovere con l'adozione di nuove Linee guida in materia, tanto di carattere generale quanto di carattere settoriale. Con la delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 sono state approvate le Linee guida generali.

Con il DL 36/2022 (PNRR 2) sono state introdotte delle nuove disposizioni all'art.54 del d.lgs. 165/2001 e smi, che prevedono, nello specifico:

- di aggiornare il codice entro fine anno;
- di inserire previsioni su social media e sicurezza informatica;
- di organizzare corsi obbligatori su etica e codice di comportamento.

La procedura di adozione del Codice, confermata da ANAC nelle ultime LG, prevede che il documento prodotto in condivisione dal RPCT e da UPD venga sottoposto al parere dell'OIV, quindi segue l'approvazione del direttore generale del testo che viene posto in consultazione pubblica per la raccolta di eventuali osservazioni e proposte da parte degli stakeholders; infine approvato in via definitiva.

L'azienda con deliberazione n. 1252/2022 ha proceduto ad approvare lo schema di nuovo codice di comportamento posto in consultazione e, a seguire, con la deliberazione 543/2023 ha provveduto alla sua approvazione in via definitiva.

La nuova impostazione del codice tende a focalizzare maggiormente l'attenzione sul contesto specifico, quindi allontanandosi più che in passato dai contenuti standard del testo nazionale (DPR 62/2013 e smi).

Nel disciplinare le cd. social media policy l'azienda, dando seguito a quanto già disciplinato a livello aziendale con la direttiva prot. 32091/2016, l'ULSS 4 pur sostenendo come principio quello di favorire le attività di condivisione delle informazioni da parte dei propri dipendenti, ritiene tuttavia indispensabile informarli delle possibili ricadute negative che un uso improprio dei social, sia pure involontario, può determinare sia per l'immagine dell'Azienda, sia per gli altri operatori, sia infine per l'autore stesso.

Il documento in particolare indica:

- i soggetti incaricati di gestire i suddetti profili social dell'Azienda;
- le regole di comportamento che dipendenti e collaboratori devono osservare nell'uso dei siti di social networking.

Vengono poi affrontati gli elementi di gestione interna delle risorse e tecnologie informatiche, facendo leva su un nuovo portale dedicato approntato recentemente dalla uos sistemi informativi dell'azienda.

Gestione dei conflitti di interesse

Già nel corso del 2016 è stata verificata l'adozione in sede aziendale attraverso la metodologia prevista nella delibera 12/2015 dell'ANAC - con i moduli proposti da AGENAS sulle dichiarazioni di interessi. Le incertezze connesse ai contenuti particolarmente impegnativi delle modulistiche in questione è stata oggetto di illustrazione e discussione anche in sede di incontro annuale con i RPC. Ne è emersa una sostanziale difficoltà nella diffusione in particolare per il contesto regionale di nostro riferimento.

In correlazione all'aggiornamento del codice di comportamento alla luce di quanto evidenziato sopra, sarà esposta una soluzione organica, eventualmente condivisa anche a livello regionale laddove se ne presentino le condizioni. Inoltre, da ultimo, con delibera n.158/2022, ANAC ha raccomandato, a margine di un caso tipico di ambito sanitario, l'opportunità di addivenire nel nostro contesto ad una specifica regolamentazione aziendale in tema di conflitto di interesse.

Nel corso del 2019 sono state diramate le linee guida 15/2019 approvate con Deliberazione numero 494 del 05.06.2019 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici».

Il conflitto di interesse individuato inizialmente all'articolo 42 del codice dei contratti pubblici ex d.lgs. 50/2016 (ora vedi art. 16, d.lgs. 36/2023) è la situazione in cui la sussistenza di un interesse personale in capo ad un soggetto operante in nome o per conto della stazione appaltante che interviene a qualsiasi titolo nella procedura di gara o potrebbe in qualsiasi modo influenzarne l'esito è

potenzialmente idonea a minare l'imparzialità e l'indipendenza della stazione appaltante nella procedura di gara. In altre parole, l'interferenza tra la sfera istituzionale e quella personale del funzionario pubblico, si ha quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio siano adottate da un soggetto che abbia, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l'interesse pubblico.

La tematica era stata confermata nel PNA 2022 nell'ambito della sezione speciale dedicata a PNRR e contratti

pubblici.

Le indicazioni contenute nell'approfondimento di parte speciale dedicato al tema del "Conflitto di interessi" trovano applicazione fino all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici, salvo diverse previsioni specifiche che saranno dettate dal Legislatore.

A tal proposito le nuove norme sul conflitto di interessi del codice dei contratti pubblici[7], che il Governo ha approvato in via preliminare il 16 dicembre 2022 aprono ad approcci diversi ed innovativi, che paiono, ad oggi, di difficile applicazione ai primi commentatori. In sintesi, la nuova norma è fortemente diversa da tutte quelle fino ad oggi previste nell'ordinamento italiano sul tema del conflitto di interessi, sia dal punto di vista soggettivo che oggettivo. Sicuramente cerca quindi di adattarsi meglio ad una realtà socio-economica che è in forte evoluzione, nonchè al diritto europeo i cui canoni interpretativi sono sempre più presenti anche nell'applicazione delle norme nazionali

Rapporti con società civile – il nuovo portale aziendale dedicato

A partire dal 2020 dal punto di vista della comunicazione della funzione di cd. anticorruzione, l'azienda aveva attivato un portale interamente dedicato moderno e dinamico con l'obiettivo di svolgere una funzione informativa, rispetto alle iniziative aziendali, ma anche di comunicazione generale sulle varie componenti della materia senza per questo assumere valenze didattiche che competono alle Autorità centrali.

[7] La norma in corso di approvazione (art. 16 del testo del nuovo codice dei contratti) recita:
Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia concreta ed effettiva alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.

Con l'adozione del nuovo sito istituzionale aziendale, buona parte del contenuto del precedente sito è stato trasferito nel nuovo profilo, ferma restando l'esigenza di procedere progressivamente ad un'attenta integrazione dei contenuti da allinearsi anche con il resto dei dati e delle informazioni presenti nel sito di nuova istituzione.

Tutela dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Come noto ai più, la novità basilare in materia è l'adozione della nuova legge recante "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" (Legge n.179/2017).

Il provvedimento tutela i cosiddetti "whistleblower", prevedendo fra l'altro che il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Per quanto riguarda la Pubblica amministrazione, in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà irrogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

Oltre alle protezioni per i segnalanti la legge ha introdotto obblighi per le Pubbliche Amministrazioni, tra cui l'utilizzo di modalità anche informatiche e il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione. Il RPC ha proceduto, all'esito di un periodo di sperimentazione operato da alcune aziende sanitarie a livello nazionale, a sperimentare il sistema connesso al progetto nasce dalla volontà di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali, di offrire a tutte le Pubbliche Amministrazioni una piattaforma informatica gratuita per dialogare con i segnalanti, frutto dell'esperienza pluriennale delle due associazioni

in questo settore. Ogni amministrazione che si iscrive al progetto Whistleblowing PA ha accesso alla propria piattaforma personale che sarà resa disponibile su internet ad un indirizzo specifico per ciascun ente. La piattaforma, basata sul software GlobaLeaks, permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di ricevere le segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti dell'ente e di dialogare con i segnalanti, anche in modo anonimo.

Con l'attivazione del nuovo portale web aziendale è stato quindi inserita nello stesso la sezione che era stata creata nel precedente portale dedicato, di modo da garantire e rendere raggiungibile il sistema di segnalazione informatizzato, così come sono raggiungibili anche le altre modalità, quali quella prevista da ANAC.

Il Consiglio dei Ministri di venerdì 9 dicembre 2022 ha approvato il decreto legislativo per il recepimento della Direttiva UE 1937/2019 in materia di *whistleblowing*.

Il decreto legislativo n.24/2023 costituisce la normativa di attuazione nel nostro Paese della Direttiva Europea n.1937/2019 in materia di *whistleblowing*, sostituendo le disposizioni in materia previste dalla legge n.179/2017 per il settore pubblico e dal decreto legislativo n. 231/2001 per il privato. Una delle modifiche più rilevanti riguarda l'ampliamento degli ambiti soggettivi e oggettivi del *whistleblowing*: più ampio il perimetro dei segnalanti, sia internamente che esternamente nonché attraverso la "divulgazione pubblica". Si evidenzia anche un significativo aumento dei soggetti che potranno segnalare, dagli ex dipendenti ai collaboratori o tirocinanti. Inoltre, l'oggetto delle segnalazioni si amplia ad un gran numero di condotte illecite.

Altri aspetti da porre in evidenza sono la centralità del ruolo dell'A.N.AC., che assume le vesti di *autorità nazionale per il whistleblowing*, con competenza anche nel settore privato; l'attenzione al tema della riservatezza, intesa come principio esteso a tutti i soggetti menzionati nella segnalazione (compresi i testimoni); il raccordo con la protezione dei dati personali e la più ampia indicazione delle possibili condotte discriminatorie; la previsione della figura del facilitatore, di supporto ai segnalanti, garantita dalle organizzazioni della società civile.

Il 15 luglio 2023 si è consolidato il primo termine di efficacia delle disposizioni di cui al D.Lgs. 24/2023 in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e delle disposizioni normative nazionali, con la conseguenza che tutti i soggetti del settore pubblico e una rilevante parte degli attori del settore privato sono stati chiamati a confrontarsi con le disposizioni della normativa e con i relativi oneri di conformità.

L'A.N.AC., in qualità di Autorità Nazionale per il *Whistleblowing*, ha approvato in via definitiva il 12 luglio la delibera n. 311 avente ad oggetto le *"Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne".*

Le Linee Guida, oltre a offrire le indicazioni operative per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne, forniscono i chiarimenti generali e i principi per la predisposizione del sistema di *whistleblowing*, di cui tanto gli enti pubblici quanto quelli privati possono tener conto.

La stessa A.N.AC. ha precisato che le indicazioni contenute nella propria delibera valgono quale modello generale anche con riferimento ai canali di segnalazione interna (per cui l'Autorità non ha mandato regolativo di secondo livello).

Il 7 novembre 2024 l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha reso note le ulteriori Linee Guida, intese come completamento ed integrazione delle linee guida esistenti per i canali esterni di segnalazioni, frutto della delibera del 12 luglio 2023 n. 311, con la finalità di tracciare una struttura uniforme per la gestione delle segnalazioni per gli enti afferenti al settore pubblico ed al settore privato.

L'attività di sensibilizzazione in materia di whistleblowing ha indotto l'Autorità ad offrire ai cittadini ed ai principali stakeholder la possibilità di effettuare osservazioni entro il 9 dicembre 2024, attraverso la compilazione di un questionario. Le osservazioni inviate all'Autorità saranno oggetto di pubblicazione e di messa a disposizione della collettività.

Il documento elaborato si propone di approfondire alcuni ambiti di interesse, in particolare:

- la modalità di effettuazione della segnalazione, in forma scritta e in forma orale;
- l'istituzione/adeguamento del canale di segnalazione interna: l'unicità o duplicità del canale, il ruolo dell'ODV, gli ulteriori contenuti del modello, la comunicazione sui contenuti del modello;
- gli effetti della mancata istituzione e adeguamento del modello;
- le indicazioni di A.N.AC.;
- i poteri di vigilanza di A.N.AC.;
- i requisiti del gestore;
- la gestione del conflitto di interesse e dell'assenza, anche temporanea, del gestore;
- il supporto al gestore delle segnalazioni;
- la segnalazione trasmessa a una pluralità di soggetti;
- il ruolo degli enti del terzo settore rispetto al trattamento dei dati personali del segnalante o degli altri soggetti tutelati;
- la differenza tra ente del Terzo settore e facilitatore.

Formazione

Nel richiamare quanto illustrato nelle versioni precedenti anche del PTPC in tema di formazione si dà atto che nel corso del triennio sono stati avviati gli eventi espressione dell'obbligo previsto in materia.

Sono continuati infatti i percorsi in modalità FAD per il personale sanitario del comparto per la diffusione delle informazioni di base in materia di anticorruzione. Analogamente è avvenuto con una iniziativa parallela destinata invece al personale amministrativo e tecnico.

Per l'annualità 2025 sono stati ri-programmati nel PFA, in linea con quanto espressamente richiesto delle disposizioni introdotte dal DL 36/2022, dei nuovi corsi sull'etica pubblica che tratteranno anche del nuovo codice di comportamento approvato nel 2023.

Rotazione del personale

Le amministrazioni sono tenute a indicare nella presente sezione del PIAO come e in che misura fanno ricorso alla misura della rotazione.

L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater19, 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». Tale ultima misura solo nominalmente può associarsi alla rotazione ordinaria.

La rotazione del personale deve essere considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano 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.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione.

Come già rammentato nel Piano 2017, Il PNA 2016 ha dedicato al tema uno specifico e analitico approfondimento.

Anche nel corso del 2019, sono proseguite le azioni presso il dipartimento di prevenzione atte a garantire opportuni livelli di turnazione con riferimento al personale della dirigenza medica veterinaria e tecnico della prevenzione prioritariamente occupato nei seguenti ambiti preposti a funzioni di vigilanza e controllo della nostra azienda:

- Igiene e sanità pubblica;
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Igiene e sanità degli alimenti
- Servizi Veterinari (a ricomprendere le attuali 3 uoc previste dall'atto aziendale e generalmente distinte in aree A, B e C).

Nel corso del 2019, anche in seguito all'inclusione da parte di ANAC di un documento dedicato in allegato al nuovo PNA, con il supporto delle Professioni Sanitarie, è stato stilato un documento organico atto ad esplicitare la metodologia di rotazione applicabile nelle diverse strutture di vigilanza e controllo del dipartimento di prevenzione, nonché la sua pianificazione e monitoraggio che continuerà ad essere prodotto all'interno delle misure di prevenzione mappate nel presente piano e che viene allegato al PTPC.

La misura di prevenzione è stata quindi, come noto, adeguata ai contenuti del documento citato mediante l'approvazione di un Piano allegato al PTPC 2020 avente valenza triennale.

Misure di prevenzione

Chiaramente l'avvento del Covid ha reso molto problematico l'approccio alla nuova e articolata misura a partire dal 2020. Molte novità sono inoltre intervenute a livello organizzativo all'interno del Dipartimento di Prevenzione. Nonostante alcune attività siano state prese in carico è del tutto evidente che un nuovo percorso di valutazione e applicazione revisionata del Piano vada riconsiderata nel corso del 2025.

Svolgimento di incarichi esterni

Resta fermo quanto esposto in materia nella versione del piano 2019, tenuto conto in particolare anche di quanto concerne il conferimento e l'autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extra-istituzionali.

Nel corso del 2023 è stato approvato il nuovo regolamento aziendale con deliberazione del Direttore Generale n. 225/2023. La tematica, inoltre, come noto, è oggetto di trattazione anche nell'ambito del codice di comportamento.

Pantouflage

Come noto, l'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012, ha contemplato l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (pantouflage)[8], introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il co. 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri **autoritativi** o **negoziali** per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Nella parte generale del PNA 2022 un approfondimento è stato dedicato al divieto di pantouflage. L'Autorità nella propria attività di vigilanza ha rilevato che tale istituto, che avrebbe una estrema importanza se correttamente applicato, comporta problemi per chi deve attuarlo anche a causa delle della laconica previsione normativa. Per questo si è inteso offrire chiarimenti e soluzioni operative di misure da inserire nei Piani, fermo restando che, per quanto concerne l'attività di vigilanza e sanzionatoria dell'Autorità, è in corso di elaborazione uno specifico regolamento.

Nell'individuare l'ambito soggettivo di applicazione, la norma fa espressamente riferimento ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2 del d.lgs. n. 165/2001 cessati dal servizio. Ad essi è precluso, nei tre anni successivi alla conclusione del rapporto di lavoro, avere rapporti professionali con i soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali nell'ultimo triennio.

La norma utilizza i termini "servizio" e "cessazione del pubblico impiego", quasi a riferirsi esclusivamente ai dipendenti a tempo indeterminato delle pubbliche amministrazioni. Tuttavia, in coerenza con la finalità dell'istituto in argomento quale presidio anticorruzione, nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs.

[8] Il *termine* di origine francese nasce con riferimento agli studenti dell'École Polytechnique o dell'École nationale d'administration che riuscivano ad ottenere un lavoro presso ditte private (vanificando gli investimenti pubblici in istruzione e formazione della dirigenza pubblica).

39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 espressamente indicati all'art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti previsti dall'art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali.

Si sottolinea inoltre che il divieto di pantouflage si riferisce non solo ai dipendenti degli enti pubblici non economici (già ricompresi fra le pubbliche amministrazioni) ma anche ai titolari di uno degli incarichi di cui al d.lgs. 39/2013 negli enti pubblici economici, atteso che il d.lgs. n. 39/2013 non fa distinzione fra le due tipologie di enti (cfr. Cons. Stato, sez. V, n. 126/2018 cit.).

A chi si applica il *pantouflage*
Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001: ✓ Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ✓ Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato ✓ Ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013
A coloro che negli enti pubblici economici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico: ✓ rivestano uno degli incarichi di cui all'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, secondo quanto previsto all'art. 21 del medesimo decreto

Presupposto perché vi sia pantouflage è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico, inteso nei sensi sopra delineati.

L'Autorità ha avuto già modo di chiarire che il potere autoritativo della pubblica amministrazione implica l'adozione di provvedimenti amministrativi atti ad incidere unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Si ritiene, pertanto, che con tale espressione il legislatore abbia voluto considerare tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. Tra questi, naturalmente, può ricomprendersi anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere. Al fine di valutare l'applicazione del pantouflage agli atti di esercizio di poteri autoritativi o negoziali, occorrerà valutare nel caso concreto l'influenza esercitata sul provvedimento finale.

Anac ha emanato le Linee Guida con delibera n. 493, approvata dal Consiglio dell'Autorità del 25 settembre 2024, con le quali vengono forniti indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di pantouflage. Ciò allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato, orientando ancor meglio le amministrazioni/enti nella individuazione di misure di prevenzione del pantouflage.

Le Linee Guida approvate sono da intendersi come integrative di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022. Il Legislatore ha attribuito ad Anac diverse competenze in materia di pantouflage: emanazione di pareri e l'esercizio di un potere regolatorio - Regolamento sull'esercizio della funzione di

vigilanza e sanzionatoria in materia di pantouflage - ricavabile da una interpretazione sistematica delle norme di cui alla legge 190/2012 e che consiste nella formulazione di indirizzi in materia anche mediante apposite Linee guida. La giurisprudenza ha anche riconosciuto ad Anac la vigilanza e il conseguente potere sanzionatorio in materia, come ricordato anche da ultimo nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Nelle misure di prevenzione viene confermata la misura già introdotta con riferimento alle dichiarazioni da rendere in sede di cessazione e saranno implementate quelle relative all'ambito dei contratti. Su questo fronte, nel corso del 2024 è stato condiviso tra RPCT e uoc Risorse Umane un nuovo modello di dichiarazione da utilizzare.

Per quanto attiene alle verifiche, il RPCT applicherà, in base alle esigenze e compatibilmente con la disponibilità di personale e/o struttura organizzativa di supporto, il modello operativo descritto al punto 3.2 dello schema di PNA 2022.

Altre attività di area generale per ridurre il rischio di corruzione

Si confermano integralmente le misure ulteriori meglio descritte e sviluppate nelle versioni precedenti del piano a cui si rinvia con particolare riferimento a:

- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- protocolli di legalità[9];
- Contrasto alle infiltrazioni mafiose nell'ambito della realizzazione delle progettualità inerenti al Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza PNRR. (note prot 319235 del 19/7/2022 e 303866 del 7/7/2022, Segreteria Generale della Programmazione Regione Veneto)

L'art. 43 del d.lgs. 97/2016 ha abrogato l'intero art. 24 del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012. Le LG approvate da ANAC con la delibera 1310/2016 rileva un difetto di coordinamento con la l. 190/2012 e precisa che il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali, in virtù dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione.

Responsabile dell'anagrafe stazione appaltante (RASA)

Con il comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta "a nominare il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)". Successivamente, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante, individuandola come misura organizzativa trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'obbligo informativo – consistente nell'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

[9]Si rimanda alla nota prot. 479297/2022 del DG Area sanità e sociale in materia di "Scadenza Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture sottoscritto in data 17 settembre 2019. Istruzioni operative".

L'azienda allo stato ha posto in capo al direttore generale l'incarico in questione, come da attivazione del relativo profilo presso la banca dati ANAC avvenuto nel gennaio 2017.

2.4.7. Misure per la trasparenza

Premessa.

Il d.lgs. 97/2016, da ultimo, ha introdotto rilevanti modifiche nel sistema della trasparenza nelle amministrazioni, sia per quel che riguarda l'organizzazione (sezione della trasparenza come parte del PTPC e unificazione delle responsabilità sulla trasparenza e sulla prevenzione della corruzione in capo ad un unico soggetto), sia per i dati da pubblicare e a cui garantire l'accesso da parte di chiunque (cd. accesso generalizzato di cui all'art. 5 del d.lgs. 33/2013).

Dalla modifica del d.lgs. 97 sono intervenute alcune modifiche inserite in disposizioni normative di natura e con obiettivi diversi.

L'introduzione del principio "once only", ovvero la possibilità di omettere la pubblicazione dei dati laddove i medesimi risultino essere caricati in altre piattaforme istituzionali (ad esempio la Bdncp) si è sempre più rafforzato nel tempo. Occorre però un ulteriore sforzo da parte dell'autority e del Legislatore per evitare quanto già accaduto nelle prime settimane del 2024 quando, a seguito dell'entrata in vigore dei nuovi schemi e modelli di trasparenza amministrativa collegati al "codice dei contratti", si è verificata la paralisi quasi totale delle stazioni appaltanti con conseguenti disagi generati alla gestione degli enti locali.

Obiettivi strategici – Anac per la Piattaforma della Trasparenza e schemi di pubblicazione

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, al fine di semplificare la pubblicazione e la consultazione dei dati, documenti e informazioni da pubblicare ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ha avviato un percorso per la realizzazione di una Piattaforma unica della trasparenza, concepita come unico punto di accesso e consultazione dei dati che le amministrazioni sono chiamate a rendere conoscibili in virtù del citato decreto.

Si tratta di un sistema centralizzato degli obblighi di trasparenza, facilmente accessibile, messo a punto al fine di rafforzare i livelli di trasparenza nel settore pubblico anche nell'ottica di ridurre gli oneri per le pubbliche amministrazioni. Per l'inserimento dei dati nella Piattaforma si rende necessario assicurare l'uniformità e la comparabilità degli stessi mediante la predisposizione di appositi schemi standard di pubblicazione.

Dopo un confronto informale con il Garante per la protezione dei dati personali, l'Agid - Agenzia Italia Digitale e l'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica, l'Anac ha definito un primo set di schemi di pubblicazione dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria con l'obiettivo di arrivare a un modello standard di pubblicazione.

Con la delibera n. 495 del 25 settembre 2024 approvata dal Consiglio. L'Autorità ha messo a disposizione schemi di pubblicazione così da favorire enti e amministrazioni nella gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" dei portali istituzionali, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione.

Tre sono i nuovi schemi approvati dall'Autorità, messi a disposizione sul sito istituzionale, relativi a:

- utilizzo delle risorse pubbliche (allegato n. 1);
- organizzazione delle pubbliche amministrazioni (allegato n. 2);
- controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione (allegato n. 3).

Contestualmente, Anac ha deciso di rendere disponibili, nella stessa sezione del sito, ulteriori dieci schemi (allegati dal n. 5 al n. 14), non ancora definitivamente approvati, per una sperimentazione di un anno su base volontaria da parte di amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota, in relazione alle modalità di pubblicazione dei diversi settori e tipologie di dati previsti.

Per quanto riguarda i tre schemi approvati, le amministrazioni e gli enti, alla luce delle necessità manifestate per l'adeguamento dei propri sistemi, avranno a disposizione un periodo transitorio di dodici mesi per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in "Amministrazione Trasparente". I dati dovranno poi essere pubblicati secondo i nuovi modelli adottati da Anac e pubblicati sul sito dell'Autorità.

Insieme ai nuovi schemi, sono pubblicate anche delle "Istruzioni operative" (allegato n. 4 aggiornato al 26.11.2024), con raccomandazioni per l'inserimento dei dati nelle diverse sottosezioni di "Amministrazione trasparente" secondo le schede predisposte da Anac.

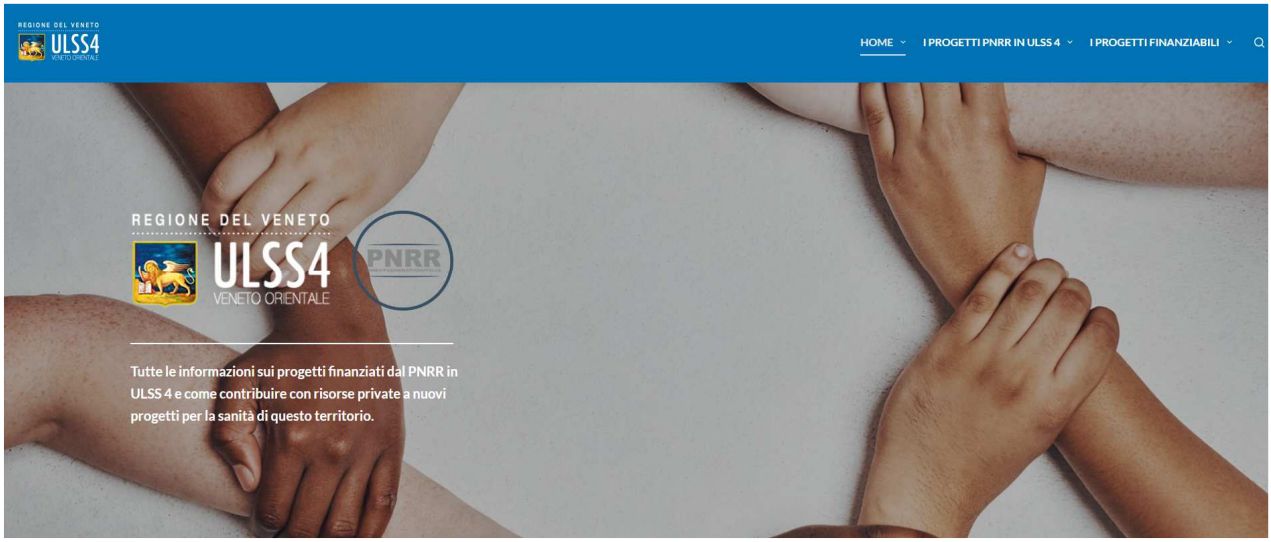
In relazione alle altre dieci schede pubblicate per la sperimentazione volontaria di 12 mesi, e ancora non definitive gli schemi in questione fanno riferimento agli obblighi di pubblicazione su: atti di carattere normativo e amministrativo generale; dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale; provvedimenti amministrativi di organi indirizzo politico e dirigenti amministrativi; sovvenzioni, contributi, sussidi vantaggi economici; bilancio, preventivo e consuntivo, Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, e dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi; servizi erogati; procedimenti amministrativi e controlli sulle dichiarazioni sostitutive e l'acquisizione d'ufficio dei dati; informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici; attività di pianificazione e governo del territorio; interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente.

Trasparenza degli interventi PNRR

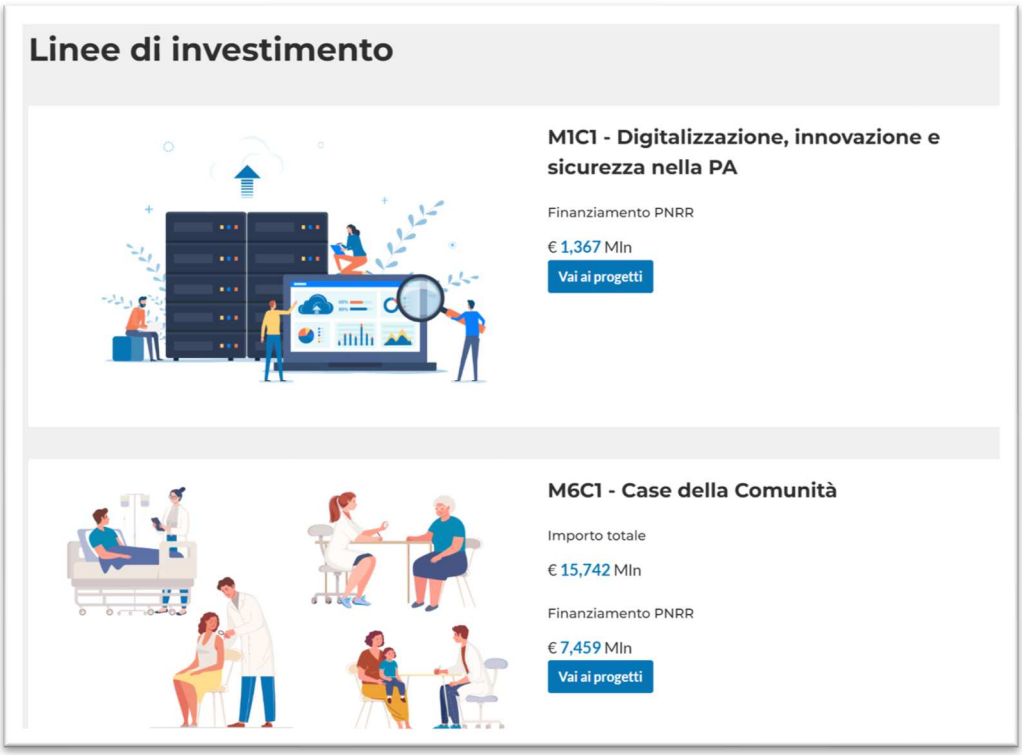
Una delle priorità per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è quella di garantire che l'ingente mole di risorse finanziarie stanziate sia immune da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interessi, frodi e corruzione.

In piena autonomia, nel corso del 2024 la direzione generale dell'azienda ha promosso un progetto di disseminazione e informazione massiva sulle progettualità finanziate dal PNRR che interessano la stessa.

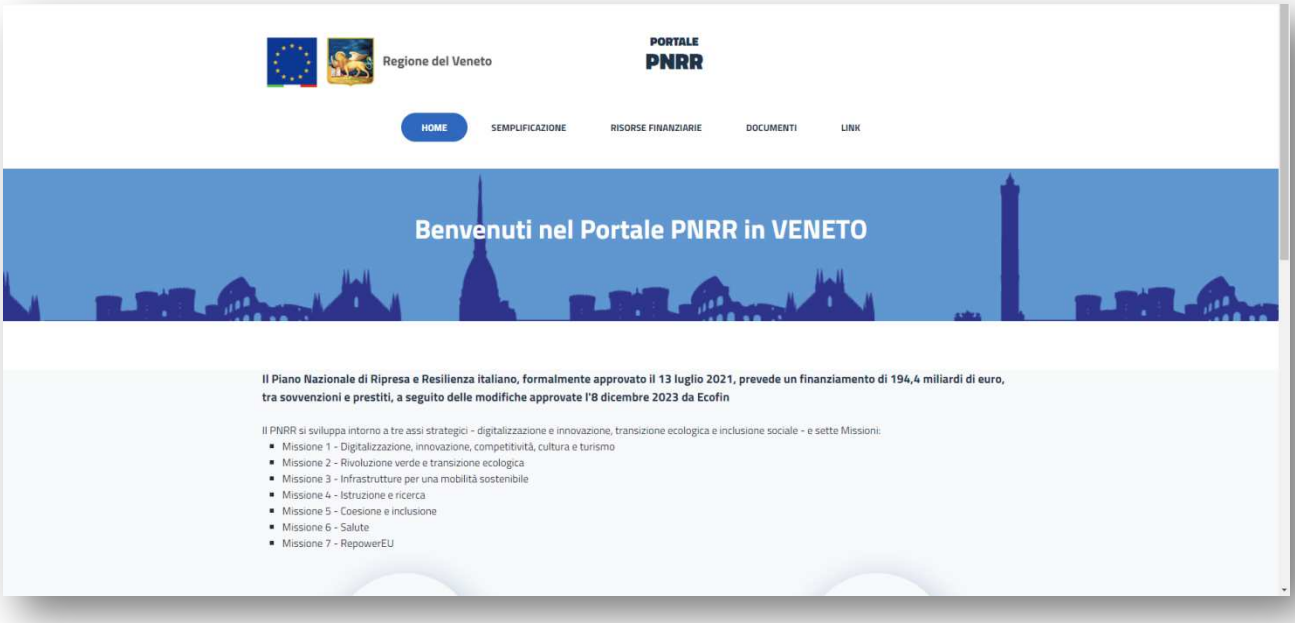
Per far ciò è stato fatto predisporre un portale web specifico con l'obiettivo di fornire informazioni e dati in modalità semplificata ed immediata con costanti aggiornamenti.



In sede di imminente pubblicazione del sito, la Regione Veneto ha diramato indicazioni specifiche ed organiche sulla medesima materia e cui l'azienda ha dovuto allinearsi anche mediante una parziale revisione del layout dello stesso.



Fermo restando che il ruolo di soggetto attuatore è posto in carico alla Regione, ci si propone, quale soggetto delegato, di attivare una sezione in AT con i documenti e i dati specificamente riferiti a questa azienda in combinato con il rinvio al portale dedicato predisposto dalla regione stessa https://pnrr.regione.veneto.it/.



Va inoltre evidenziato che, al fine di garantire maggiore trasparenza e condivisione del patrimonio informativo relativo agli interventi del PNRR, con il DPCM 15 settembre 2021, lo stesso Governo ha

valorizzato il formato open data. In base all'art. 9 del citato DPCM, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale, sulla base delle informazioni acquisite dal sistema informatizzato centrale del PNRR, rende accessibile in formato elaborabile (open data) e navigabile, i dati sull'attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativi a ciascun progetto, insieme ai costi programmati e ai milestone e target perseguiti.

Infine, per garantire la massima informazione sull'evoluzione dei progetti connessi all'ambito Salute, il Ministero ha predisposto un portale dedicato attraverso il quale acquisire tutte le informazioni di dettaglio.

Il sistema di gestione e controllo per l'attuazione degli investimenti e delle riforme del PNRR nell'ambito della Missione 6 Salute è descritto nel documento Sistema di Gestione e Controllo, Si.Ge.Co.

Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016, i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei responsabili dell'elaborazione/trasmissione e pubblicazione dei dati sono rappresentati nella tabella di cui all'Allegato 1.

Nella tabella sono indicati i nuovi dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016. Rimane anche il riferimento ai dati che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente.

Le responsabilità sono indicate con riferimento alle unità, la cui titolarità è definita nell'organigramma e risulta anche dai dati pubblicati sui dirigenti alla pagina apposita della Sezione "Amministrazione Trasparente". Le modifiche organizzative connesse all'efficacia del nuovo atto aziendale sono state già incluse.

Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 si basa, ancor più a seguito delle modifiche del d.lgs. 33/2013, sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete:

a) l'elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni, di norma, in via diretta, mediante il gestionale dedicato della gazzetta amministrativa.

Il RPCT ha un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

Il suo ruolo di surroga è da intendersi a titolo eccezionale per garantire la pubblicazione prevista entro i termini predeterminati e fermo restando specifiche condizioni congiunturali e motivabili.

L'attività del RPCT viene integrata dal punto di vista tecnico dalla uos SI.

Gestionale informatico.

A partire dall'autunno 2024 l'azienda ha adottato uno nuovo portale istituzionale (connesso ad un progettualità regionale) all'interno del quale è previsto uno specifico modulo di Amministrazione Trasparente

Il modulo richiede alcune operazioni di adattamento strutturale alle esigenze tipiche di un'Azienda sanitaria (le esperienze precedenti arano esclusivamente di enti locali) che sono in corso. Per un periodo che si presume possa durare circa 12 mesi, la transizione prevederà un cospicuo appoggio e rimando alla piattaforma già in uso come è stato espressamente comunicato anche sulla pagina di accesso del nuovo portale.

Sulla base di come il percorso di adattamento risulterà efficace, anche alla luce delle nuove schede di ANAC, si valuterà nel corso del 2025 l'opportunità di adottare un diverso modello di piattaforma.

Monitoraggio

Il RPTC svolge, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, attraverso un monitoraggio su base periodica che varia a seconda della tipologia di dati come indicato.

A partire dalla adozione dei precedenti PTTI e della sua pubblicazione anche nella specifica sezione attivata nel portale intranet regionale, sono stati posti in essere costanti confronti e/o aggiornamenti con le singole uu.oo..

È stato prevalentemente privilegiato un modello *one to one*, secondo incontri posti in essere con tutti gli attori coinvolti nelle singole strutture, come con singoli operatori, nell'intento di focalizzare le problematiche delle singole realtà facendo leva anche su di una maggiore possibilità di approfondimento rispetto al materiale prodotto dagli enti preposti al governo della materia.

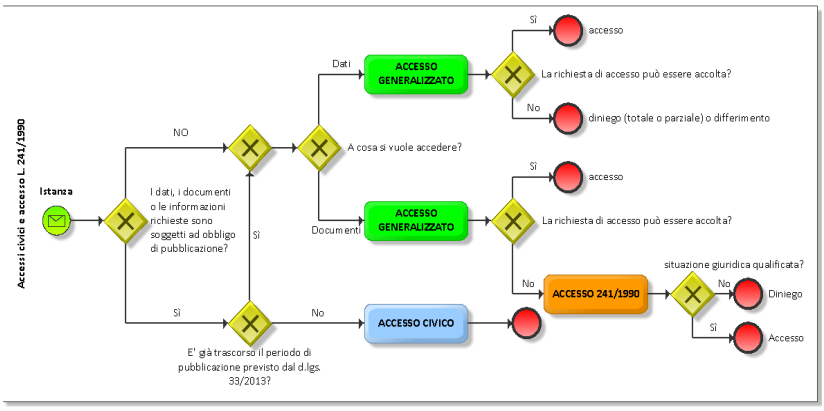
Come previsto ordinariamente da ANAC, OIV procederà entro il 30 aprile – salvo posticipo della scadenza atteso che ad oggi ancora non è stata diramata la consueta deliberazione di individuazione delle sezioni da verificare -, con l'ausilio del RPCT, a completare le procedure di verifica sull'effettiva pubblicazione dei dati previsti dalle nuove disposizioni normative vigenti.

Accesso civico generalizzato.

Tale tipologia di accesso, delineata nel novellato art. 5, comma 2 del d.lgs. 33/2013, consente a chiunque il "*diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis*". La *ratio* della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

L'azienda ha dato applicazione al nuovo istituto di accesso civico "generalizzato", sulla base dello schema di "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013" pubblicate dall'ANAC in data 11 novembre 2016 e approvate in via definitiva con determinazione n. 1309 del 28/12/2016, aggiornando il proprio regolamento per l'accesso ai documenti amministrativi e integrandolo con le nuove modalità di accesso civico, dando in tal modo all'utenza un documento unico cui fare riferimento in tema di accesso ai documenti ed alle informazioni.

[10]La pagina web della sezione "Amministrazione trasparente" è stata aggiornata descrivendo le diverse modalità di accesso e le fattispecie e gli iter che le stesse determinano.



Sul piano operativo nel rispetto delle indicazioni della circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017 per la gestione delle istanze è stato individuato un "centro di competenza" presso la u.o.c. affari generali per supportare le attività istruttorie delle singole unità responsabili dell'istruttoria.

Si è provveduto inoltre a pubblicare sul sito istituzionale nella sezione dell'amministrazione trasparente dedicata all'accesso civico il registro degli accessi che sarà aggiornato secondo le indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 e nella circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017.

Nel corso del 2024 l'azienda ha proceduto all'aggiornamento del regolamento aziendale in materia di accesso, accesso civico e accesso civico generalizzato in attuazione del quale si procederà nel corso del 2025

10 Il flusso esposto nella figura è tratto da una presentazione di Massimo Di Rienzo, spazioetico.com

ad attivare anche nuove modalità di presentazione delle istanze in modalità telematica (tramite form sul sito aziendale).

Accesso civico generalizzato e contratti pubblici (PNA 2022)

Nella materia dei contratti pubblici sono sorti in dottrina e giurisprudenza molti dubbi interpretativi in merito all'applicabilità del FOIA. Ciò in quanto il Codice dei contratti pubblici, all'art. 53, contiene disposizioni in ordine all'accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti, rinviando alla disciplina sull'accesso documentale ex art. 22 e ss. della l. n. 241/1990, senza alcun riferimento al FOIA. L'art. 53 sembra, quindi, configurarsi quale norma speciale sull'accesso, prevedendo anche i casi di differimento e di esclusione del diritto.

Sul punto è intervenuta la citata Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10 del 2020, che ha approfondito il rapporto fra la disciplina del FOIA di cui agli artt. 5 e 5-bis del d.lgs. n. 33/2013, quella dell'accesso documentale di cui alla l. n. 241/1990 e la normativa speciale sull'accesso contenuta nel Codice dei contratti pubblici (art. 53). Il Consiglio di Stato, analizzando i diversi istituti ed evidenziando, fra l'altro, le criticità che derivano dalla coesistenza dei regimi dell'accesso documentale e del FOIA (già rilevate da ANAC nella delibera n. 1309/2016), ha posto in risalto l'importanza che ha assunto la trasparenza, intesa come forma di prevenzione della corruzione e strumento ordinario e primario di riavvicinamento del cittadino alla p.a. che concorre al soddisfacimento dei diritti fondamentali della persona.

In conclusione, nella materia dei contratti pubblici, il Consiglio di Stato, risolvendo il contrasto giurisprudenziale e dottrinario, ha ritenuto applicabile il FOIA agli atti delle procedure di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto. Ciò fatte salve le verifiche della compatibilità con le eccezioni relative di cui all'art. 5-bis, co. 1 e 2, del d.lgs. n. 33/2013, a tutela di interessi pubblici e privati, nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza. Rimarca il Consiglio di Stato che "*la configurazione di una trasparenza che risponda ad "un controllo diffuso" della collettività sull'azione amministrativa è particolarmente avvertita nella materia dei contratti pubblici e delle concessioni e, in particolare, nell'esecuzione di tali rapporti, dove spesso si annidano fenomeni di cattiva amministrazione, corruzione e infiltrazione mafiosa, con esiti di inefficienza e aree di malgoverno per le opere costruite o i servizi forniti dalla pubblica amministrazione e gravi carenze organizzative*".

Accesso civico cd. semplice.

Rimane ferma la disciplina relativa all'accesso civico cd. semplice. Esso consiste nel diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente (art. 5, d.lgs.n. 33/2103) nei casi in cui l'azienda ne abbia omesso la pubblicazione sul proprio sito web istituzionale.

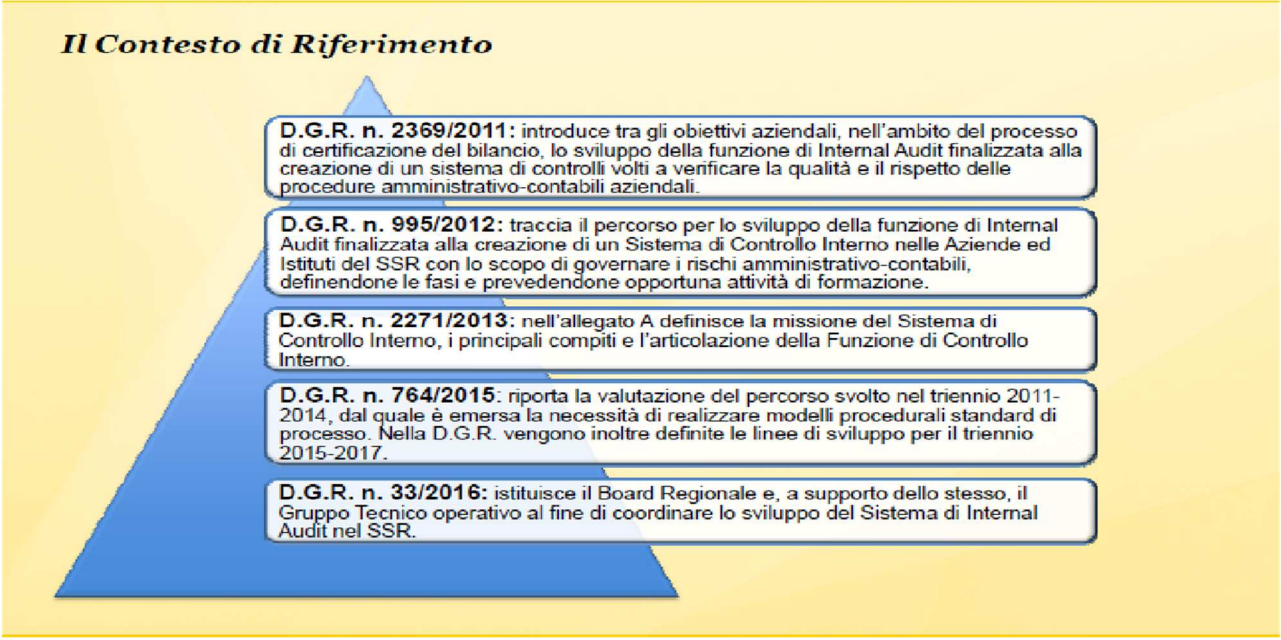
La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al direttore amministrativo titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza.

Le richieste di accesso civico e di accesso, in caso di ritardo o mancata risposta da parte del RPCT, possono essere inviate all'indirizzo protocollo.ulss4@pecveneto.it.

2.4.8. Individuazione delle attività con più elevato rischio di corruzione – integrazione con il sistema di controllo interno regionale[11]

Sin dall'iniziale PTPC approvato da questa azienda, è stato messo in evidenza come sussista una stretta connessione tra l'attività di analisi dei rischi e quello di implementazione del Sistema di Controllo Interno (SCI) delle Aziende ULSS ed Ospedaliere regionali.



Nel rimandare a quanto già analiticamente espresso in modo particolare nella versione del piano 2017-2019, si dà atto che dall'anno 2019 il processo di integrazione è stato avviato in termini concreti e con risultati tangibili, sia dal punto di vista della valutazione del rischio che dell'azione di auditing sulle misure di prevenzione applicate con il PTPC 2019.

Con nota protocollo n. 275516 del 7 giugno 2024 il Coordinamento Regionale Rischi Amministrativi e Contabili ha trasmesso le linee guida per la predisposizione del Piano Triennale di audit 2024- 2026 delle aziende del SSR che vengono recepite nella proposta del presente piano di audit.

Appare opportuno ricordare come, a partire dal 2019, lo sviluppo delle funzioni di Internal Auditing abbia registrato un importante passo in avanti derivato grazie all'attivazione delle attività in tema di risk assessment e di audit, alla disponibilità di strumenti di lavoro omogenei (utilizzati in tutte le Aziende del SSR) messi a disposizione da Azienda Zero nonché alla significativa attività di presidio svolta dalla stessa Azienda. In tale contesto, l'obiettivo è quello di proseguire nello sviluppo graduale dell'attività volta a monitorare lo stato dei processi e stimolare concretamente il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'organizzazione.

Con Decreto regionale 48/2024 la Regione ha approvato il nuovo Modello di SCI che prevede in aggiunta ai tre livelli di controllo interno già previsti l'implementazione di un ulteriore livello di Controlli di coordinamento che assicura il funzionamento coerente del sistema garantendo un'azione sincronizzata tra le divere aziende e promuovendo la crescita continua tramite analisi, linee guida e formazione.

[11] *Schede tratte da presentazione "il sistema di controllo interno e di gestione dei rischi del SSSR – possibili sinergie tra RPC e funzioni di internal audit", dott.ssa Michela Barbiero*

Il rapporto di interazione tra funzione di IA e RPCT è codificato espressamente all'interno del Piano (vedi estratto)

REGIONE DEL VENETO
ULSS4 VENETO ORIENTALE

ATTIVITA'	2025	2026
Area 3: Attività su mandato del Coordinamento	supporto alle attività previste/richieste dal Coordinamento Regionale rischi amministrativi e contabili	supporto alle attività previste/richieste dal Coordinamento Regionale rischi amministrativi e contabili
Area 4: Attività caratterizzanti	Follow up audit anni precedenti – azioni 2025	Follow up audit anni precedenti – azioni 2026
Area 4: Attività caratterizzanti	Attività di aggiornamento sui verbali del collegio sindacale dell'azienda e monitoraggio periodico su richieste specifiche di Azienda Zero	Attività di aggiornamento sui verbali del collegio sindacale dell'azienda e monitoraggio periodico su richieste specifiche di Azienda Zero
Area 4: Attività caratterizzanti	Attività di collaborazione e condivisione con il responsabile Prevenzione della Corruzione per gli aspetti riguardanti il rischio frode	Attività di collaborazione e condivisione con il responsabile Prevenzione della Corruzione per gli aspetti riguardanti il rischio frode
Area 5: Attività svolte su indicazione/richiesta della Direzione	attività di risposta alle richieste della Direzione	attività di risposta alle richieste della Direzione

La funzione di internal auditing ha provveduto ad aggiornare ove necessario l'elenco standard dei processi trasmesso da Azienda Zero al fine di renderlo coerente con l'attuale assetto organizzativo aziendale, con deliberazione n. 37/RE del 20.12.2023.

Resta valida, invece, la versione aggiornata della misurazione del rischio dei processi aziendali (modello CRSA-Control Risk Self Assessment).

A tale proposito si dà atto quindi delle risultanze dell'attività di risk scoring nei termini che vengono allegati al piano.

Pertanto, anche sulla base dell'incrocio dei dati da ultimo rappresentati, fermo restando quanto evidenziato nel corso dei PNA precedenti e oggetto di ricognizione nel PNA 2019, in relazione al settore della sanità, vengono ribaditi seguenti temi, generali e specifici:

a) affidamenti di lavori, forniture e servizi;

b) conferimento di incarichi dirigenziali e rotazione nell'espletamento degli incarichi;

c) rapporti tra regioni e aziende con i soggetti erogatori delle prestazioni, dalla fase di autorizzazione all'esercizio fino alla stipula degli accordi contrattuali a seguito di accreditamento;

d) alienazioni di immobili;

e) sperimentazioni cliniche e sponsorizzazioni;

f) comodati d'uso e valutazione "in prova" di prodotti tecnologici;

g) liste d'attesa e attività libero professionale.

Alcune delle misure in questione sono state, insieme ad altre, già implementate sin dai primi piani (lett. a e b), mentre per altre particolarmente vincolato ovvero già strettamente monitorato a vari livelli aziendali è il processo di attuazione previsto a livello regionale (si riferisce in particolare ai rapporti con gli erogatori privati).

Nel corso del piano 2017 sono stati invece implementate nuove misure, sulla base dell'analitica indagine operata anche dal PNA, in relazione alle voci d), e) ed f), buona parte delle quali sono state oggetto degli atti di programmazione interna funzionali alle attività di verifica, controllo e pubblicazioni in termini di trasparenza.

Nel 2018, fatte le opportune verifiche anche alla luce del persistere soprattutto nella percezione sociale di tale delicato ambito di rischio, si è ritenuto di non poter prescindere dall'inclusione di alcune misure rivolte all'area della libera professione e dell'accesso alle cure. Pur confermando che i sistemi di controllo aziendali risultano particolarmente avanzati e caratterizzati da capacità proattive più che reattive, la criticità della gestione della materia manifestatisi in alcuni casi nel recente passato nel contesto regionale, impone un impegno costante che, se del caso, sia anche vettore di evidenti buoni pratiche sia in termini della serietà dei professionisti che del sistema dei controlli aziendali.

Nell'aggiornamento 2021, si è ritenuto di dare specifica evidenza ad una tematica peculiare dell'emergenza nel contesto triangolare Covid – azienda sanitaria – società civile, ovvero le donazioni liberali, il loro utilizzo ed in particolare, l'utilizzo delle somme di denaro ai fini del contrato all'emergenza pandemica, così come previsto dal DL 18/2020, convertito, e anche delle indicazioni ANAC in merito alle modalità da utilizzare.

In altri casi si è proceduto ad aggiornamenti di indicatori e/o elementi delle misure già previste in base a disposizione sopravvenute, anche a livello regionale.

Il prospetto delle misure di prevenzione allegato riporta l'insieme delle misure avviate nei termini descritti, a partire 2016, modificate sulla base delle principali risultanze dei monitoraggi e/o integrate secondo le disposizioni emerse nel corso del tempo secondo quanto ora esposto a titolo esemplificativo.

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

3.1 Struttura organizzativa

3.1.1 L'Ospedale

L'Ospedale è la struttura tecnico funzionale, dotata di autonomia gestionale, deputata alla cura dell'acuzie e dell'immediata post-acuzie, attraverso le prestazioni di ricovero. Vengono qui collocate anche le attività di riabilitazione, nonché le attività specialistiche ambulatoriali di secondo livello, volte ad assicurare il monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o per garantire prestazioni diagnostico/terapeutiche di particolare complessità.

L'assistenza erogata in ambito ospedaliero viene ad essere inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di integrazione orizzontale tra Ospedale e Territorio, così come di integrazione verticale tra ospedali deputati ad erogare prestazioni a complessità diversificata. L'Ospedale è, quindi, parte integrante di un unico sistema aziendale, nel quale attiva tutti gli strumenti che gli sono propri per concorrere al miglioramento continuo della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza così come dell'efficienza organizzativa, partecipando attivamente allo sviluppo dei percorsi di integrazione con le strutture territoriali e con l'ospedalità privata accreditata.

L'Ospedale articola le modalità di erogazione dell'assistenza per complessità ed intensità di cure ed assistenza, sviluppando nuovi modelli di organizzazione delle degenze, sviluppando i percorsi di degenza breve diurna e settimanale, così come sviluppa modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse, quali i moduli di day-service.

L'Ospedale, pur articolandosi in diverse sedi, rappresenta una struttura unica diretta dal Direttore della Funzione Ospedaliera, responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera.

L'Ospedale è organizzato in dipartimenti che rappresentano il modello ordinario di gestione operativa delle attività e garantiscono l'omogeneità dell'assistenza, la corretta gestione delle risorse assegnate e l'attuazione delle politiche di governo clinico definite in collaborazione con il Direttore della Funzione Ospedaliera e con il Direttore Sanitario.

3.1.2 Il Distretto

Il Distretto è la struttura tecnico funzionale che, coerentemente con la programmazione regionale introdotta con L.R. 23/2012 e L.R. 48/2018, è deputata al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti nel territorio, al fine di assicurare una efficace presa in carico delle persone e la risposta coordinata e continua dei bisogni della popolazione.

Il modello che questa Azienda ha definito per il proprio territorio si caratterizza, quindi, per la flessibilità delle strutture che fanno parte della filiera assistenziale, in grado di raggiungere, secondo i bisogni di cura ed assistenza, la persona in condizione di bisogno e di mantenere una elevata qualità dell'offerta sanitaria e socio sanitaria attraverso gli strumenti innovativi introdotti dal PSSR 2016-2018 e confermato dal PSSR 2019-2023, quali ad esempio le strutture di ricovero intermedio, le forme associative delle medicine convenzionate (Medicine di Gruppo) e le cure domiciliari.

L'erogazione efficace degli interventi presuppone una considerazione globale dei bisogni della persona e della sua famiglia, realizzata di norma attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD). Il sistema integrato costituisce così la condizione essenziale per migliorare il rapporto tra le strutture ed il cittadino e garantire che le risposte e gli interventi forniti siano fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità anche in rapporto ai loro specifici contesti di vita.

Il modello cui l'Azienda si ispira, in coerenza con la programmazione regionale, è quello del Distretto "forte", ovvero quello di "luogo" privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari territoriali, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione.

Più nel dettaglio il Distretto:

- è il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda Ulss, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo ed organizzativo dei servizi territoriali;
- assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale (nell'accezione di *primary care*) attraverso un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, garantendo risposte appropriate ai bisogni delle comunità;
- è l'articolazione organizzativo - funzionale dell'Azienda Ulss che meglio consente di governare i processi assistenziali, assicurando anche una integrazione fra i diversi livelli istituzionali, gestendo unitariamente le diverse fonti di risorse derivanti dal Servizio Sanitario.

3.1.3 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione costituisce la struttura tecnico funzionale dell'Azienda che ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con il Distretto e con i Dipartimenti dell'Azienda Ulss, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa inoltre, alla formulazione del programma di attività dell'Azienda Ulss, elaborando proposte d'intervento nelle materie di competenza e

fornendo indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. Svolge, infine, funzioni specifiche di grande rilevanza nell'attuazione di indirizzi nazionali, in rete con altre strutture e/o enti, anche nei casi di emergenze sanitarie territoriali.

Coerentemente agli indirizzi regionali contenuti nel PSSR 2019-2023, approvato con L.R. 48/2018, e nel Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGR 749/2015, il Dipartimento di Prevenzione sviluppa azioni multidisciplinari per garantire la:

a. profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
b. tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
c. tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
d. sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
e. tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
f. sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
g. tutela della salute nelle attività sportive.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile è una delle modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo individuale tra il datore di lavoro e il lavoratore, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli ed obiettivi e senza precisi vincoli di orario e di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per l'espletamento della prestazione lavorativa. Essa è finalizzata al miglioramento dei servizi pubblici e all'innovazione organizzativa, nonché a favorire la conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro.

Con il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 9 dicembre 2020 sono state previste le "Linee guida di indirizzo sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance" mentre le "Linee Guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche" sono state emanate il 30 novembre 2021 ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021.

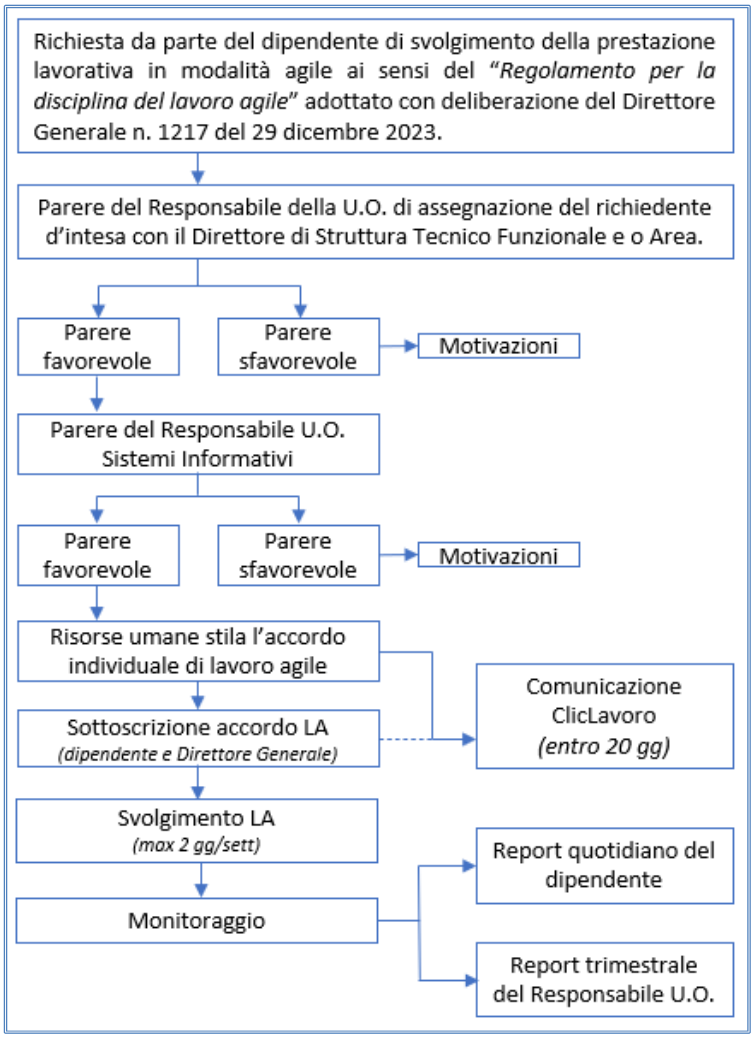
L'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80 e s.m.i. ha prescritto che il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) delle pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti assorbe al suo interno, tra gli altri, anche il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

Il 2 novembre 2022 è stato stipulato il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, con il quale le parti negoziali hanno disciplinato, tra le altre, il lavoro agile di cui alla legge 22 maggio 2017, n. 81; detto CCNL, nel definirne ambiti e principi dell'istituto, riprende la norma di rango superiore e sottolinea come lo stesso sia finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Il contratto precisa altresì che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto e che, fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno dell'Azienda o Ente. L'azienda deve inoltre garantire al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

Con DGR 1717 del 30 dicembre 2022, la regione del Veneto ha approvato le "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale" con l'obiettivo di favorire il quadro di armonizzazione dei diversi documenti che entrano a far parte del PIAO, ivi incluso il POLA.

In attuazione delle succitate disposizioni normative, in conformità degli artt. da 76 a 80 del contratto collettivo nazionale di lavoro del 2 novembre 2022 relativo al personale del comparto Sanità e in seguito all'avvenuto confronto con le organizzazioni sindacali del personale del comparto ai sensi dell'art. 6, comma 3, lett. i) del CCNL 2 novembre 2022, con deliberazione n. 1217 del 29.12.2023 è



stato adottato il Regolamento per la disciplina del Lavoro Agile (LA) - personale del comparto – per l'Azienda Ulss4 Veneto orientale, che viene allegato al presente Piano.

Contestualmente sono stati predisposti ulteriori documenti la cui sottoscrizione da parte del dipendente e dei soggetti autorizzatori è propedeutica alla stipula dell'accordo individuale di LA.

Tra questi rileva l'Informativa sulla salute e sicurezza attraverso la quale il dipendente è reso in grado di autocertificare di aver ricevuto e di conoscere tutte le indicazioni necessarie a garantire e preservare la sussistenza delle condizioni minime di tutela della propria salute e sicurezza quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il corretto utilizzo di attrezzature e dispositivi, il rispetto dei requisiti di illuminazione e areazione e igienico sanitari generali.

L'iter di avvio, di istituzione e di svolgimento del rapporto di LA in essere in Azienda Ulss4 Veneto Orientale è rappresentato nel sottostante diagramma di flusso.

Il dipendente presenta domanda di LA inoltrandola al responsabile dell'U.O. di assegnazione e indicando, all'interno della stessa, di trovarsi in eventuali situazioni di priorità tra quelle previste dal regolamento aziendale quali avere figli minori di anni 12 o portatori di handicap grave, essere lavoratore con disabilità accertata, essere un care giver, essere genitore unico, abitare ad oltre 50 km dall'ordinaria sede di lavoro.

Possono accedere al lavoro agile al massimo il 20% dei dipendenti di ciascuna Struttura; tale percentuale è da intendersi arrotondata all'unità.

Il responsabile di U.O. che riceve domanda di LA d'intesa con il Direttore della Struttura Tecnico Funzionale o di Area, valuta la sussistenza dei presupposti per lo svolgimento dello stesso da parte del richiedente quali, in particolare, la compatibilità delle attività da svolgere con l'esecuzione in LA, l'invarianza delle stesse rispetto all'esecuzione in presenza, la possibilità di svolgerle in autonomia e nel rispetto degli obiettivi prefissati, la misurabilità e valutabilità dei risultati delle attività medesime.

L'eventuale diniego va sempre motivato.

Al parere favorevole del responsabile della U.O. deve seguire parere favorevole del responsabile della U.O. Sistemi Informativi. L'attuale sistema aziendale di protezione della sicurezza informatica non consente né l'accesso da remoto, né l'utilizzo di dispositivi personali; in conseguenza a ciò, la possibilità di svolgere attività in LA è, allo stato, condizionata da un lato dalla disponibilità di devices aziendali e dall'altro dalla possibilità

di destinare al LA solo attività con gestionale in Cloud.

Ottenuto il parere favorevole di fattibilità informatica, la U.O. Risorse Umane, istruita la pratica, può stilare l'accordo individuale di LA che verrà sottoscritto dal dipendente richiedente e dal Direttore Generale; segue poi comunicazione degli estremi dell'accordo in ClicLavoro - portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'accordo di LA deve contenere specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza (massimo 2 giorni a settimana), la decorrenza e la durata (massimo 12 mesi eventualmente rinnovabili), la descrizione delle attività, gli indicatori per il monitoraggio dei risultati e per la verifica della prestazione resa, le fasce orarie di contattabilità e di inoperabilità (11 ore di riposo consecutivo).

Il dipendente è tenuto ad inviare al Responsabile della U.O. di assegnazione un report quotidiano sull'attività svolta in lavoro agile. La verifica sul grado di raggiungimento dei risultati previsti nell'accordo individuale di LA viene effettuata trimestralmente dal Responsabile della U.O. di assegnazione, sulla scorta dei report quotidiani inviati dal dipendente: a tal fine ciascun Responsabile predispone un sistema di misurazione che preveda l'impiego di indicatori chiari e misurabili. L'evidenza delle verifiche svolte deve essere conservata presso la U.O. di assegnazione.

L'esito positivo del monitoraggio della prestazione lavorativa in LA è condizione essenziale per la prosecuzione dell'attività in LA, nonché per l'eventuale rinnovo dell'accordo individuale di LA.

Nelle aziende sanitarie il personale turnista per il quale il LA è normativamente escluso o che svolge attività a contatto diretto con il paziente o che richiede l'utilizzo di attrezzature specifiche, rappresenta l'assoluta maggioranza (circa l'83% in Ulss 4), conseguentemente nel corso del 2024, primo anno di applicazione del regolamento aziendale, le richieste di LA sono pervenute sostanzialmente da parte del personale tecnico amministrativo. Nel 2024 sono giunte circa una dozzina di domande di LA delle quali 10, pari al 83%, avevano alla base una motivazione utile ai fini del riconoscimento della priorità d'accesso al LA e di queste il 70% si riferiva all'accudimento dei figli minori di 12 anni; solo una domanda è stata riscontrata negativamente causa attività ritenuta non compatibile con il LA.

Nella maggioranza dei casi è stato richiesto un periodo di durata pari al massimo previsto dal regolamento (12 mesi).

Nel secondo semestre del 2024 è stato inoltre avviato un piano di mappatura delle attività effettuabili in LA nei servizi tecnico-amministrativi con lo scopo di omologare i parametri alla base della valutazione di sostenibilità delle richieste di LA e quindi consentire il governo aziendale dell'istituto nel pieno rispetto delle prescrizioni normative, contrattuali e regolamentari e garantire, al contempo, l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei processi dei servizi coinvolti.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

La revisione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale per l'anno 2024 e l'aggiornamento per scorrimento relativo al triennio 2025/2027 sono stati elaborati a partire dall'analisi del PTFP 2024/2026 approvato con nota regionale prot. n. 1411 del 2 gennaio 2024 e successivamente adottato in via definitiva con deliberazione n. 118 del 16 gennaio 2024, n. 20, all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Nel richiamare quanto già rappresentato nelle premesse delle relazioni illustrative allegate ai precedenti piani, da ultimo quello relativo al triennio 2024-2026, è opportuno evidenziare anche nel corrente PTFP in primo luogo come nella riorganizzazione degli ambiti territoriali del Servizio Sanitario Regionale prevista dalla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, questa Azienda, pur non essendo stata interessata a processi di accorpamento, ha acquisito un ulteriore Comune (Cavallino-Treporti). In tale contesto va rilevato che i servizi sanitari rimangono articolati nelle medesime strutture ospedaliere e territoriali, che nel nuovo atto aziendale sono state peraltro potenziate anche con nuove apicalità, garantendo l'erogazione dei servizi nei tre presidi ospedalieri. Allo stesso modo anche i servizi generali e di supporto hanno mantenuto l'assetto organizzativo precedente, che anzi dovrebbe essere potenziato con l'attivazione di nuove unità operative previste dall'atto aziendale. Rileva, pertanto, come la condizione strutturale propria e peculiare di questa Azienda non consenta di perseguire alcuni dei processi di razionalizzazione organizzativa e conseguente efficientamento dei costi che appaiono possibili attraverso l'unificazione di più aziende e delle rispettive risorse.

Il piano in parola deve inoltre tener conto del Piano aziendale attuativo della dotazione ospedaliera pubblica e privata e territoriale, adottato con deliberazione n. 884 del 24 settembre 2019 in attuazione degli indirizzi previsti dalla d.g.r. n. 614 del 14 maggio 2019 e contenente in particolare il piano di attuazione delle schede di dotazione ospedaliera, il cronoprogramma di attuazione complessivo e le schede di dettaglio per singola unità operativa interessata dall'attuazione comprendente ricadute attuative economiche, di natura strutturale ed in termini di risorse umane e strumentali. Inoltre, nel corso dell'anno 2025 l'Azienda, ai fini di dar corso alla progressione tra le aree, darà corso alla norma di prima applicazione di cui all'art. 21 del contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto sanità del 2 novembre 2022.

Il PTFP 2025/2027 è stato quindi rielaborato, in analogia con i precedenti, tenendo conto dell'effettivo stato di copertura dei posti e dell'attuale limitata disponibilità sul mercato del lavoro di alcune figure professionali, in particolare medici e infermieri, con l'obiettivo altresì di rilevare il fabbisogno più aderente al funzionamento dell'azienda in relazione agli obiettivi di salute affidati e ai livelli essenziali di assistenza da garantire. Si è inoltre tenuto conto degli standard di personale definiti dalla Regione per alcuni ambiti sia medici che infermieristici, nonché di quelli previsti in sede di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale.

Va rilevato che il PTFP intende mappare i fabbisogni complessivi di personale prendendo in considerazione tutti i canali di acquisizione di risorse umane che, soprattutto per le figure mediche e sanitarie, presentano diverse alternative rispetto all'assunzione con rapporto di lavoro dipendente.

Per queste ragioni l'oggettiva attuale impossibilità di coprire alcuni posti di dotazione organica con assunzioni a rapporto di lavoro subordinato, soprattutto per alcune discipline mediche, impone di prevedere anche contingenti con rapporti diversi che concorrono a soddisfare le medesime attività.

In tal senso il D.L. 19/2024, convertito con modificazioni con L. n. 56/2024, ha provveduto a ridefinire il limite

di spesa per i contratti flessibili previsto dall'art. 9, comma 28, del D.L. n. 98/2010, aumentando il predetto limite per il triennio 2024-2026, in attesa del rientro ad una situazione di fisiologica copertura dei posti di organico. In questo contesto, l'Azienda considera che il ricorso a tali forme di acquisizione di prestazioni mediche non costituisca un'integrazione o potenziamento della capacità produttiva delle unità operative interessate, né tanto meno un apporto di professionalità esterne in ambiti per i quali potrebbe essere impiegato personale dipendente dell'Azienda, bensì una possibile alternativa per fronteggiare le attuali carenze di posti di organico medico la cui copertura è autorizzata dalla regione del Veneto.

Il quadro complessivo nel quale registrare i fabbisogni richiede anche la loro trasposizione in termini economici, tenendo conto dei tetti di spesa previsti per alcune tipologie di reclutamento. A tal proposito si è ritenuto di effettuare una ricognizione completa e coerente dei fabbisogni per ciascuna area professionale e struttura aziendale, affinché si possa rilevare una correlazione diretta con le necessità organizzative e funzionali dell'azienda.

Il costo corrispondente per quanto attiene il personale dipendente è stato invece quantificato in termini di spesa sostenibile per ciascun macroprofilo, atteso che l'effettivo rispetto dei tetti annualmente fissati si realizza non in funzione dei posti teoricamente previsti, bensì delle effettive dinamiche del costo del personale, di fatto costantemente inferiori rispetto all'ipotesi di copertura dell'intero organico per le motivazioni più sotto dettagliate.

Il piano si completa con il valore economico – e la corrispondente quantificazione in FTE annui di non dipendenti – dell'attività assimilabile a quella della dirigenza medica e sanitaria, ma resa sia sotto forma di prestazioni aggiuntive che attraverso contratti di lavoro autonomo, oltre al convenzionamento tra aziende sanitarie ex art. 91 del CCNL dirigenza area sanità 23 gennaio 2024. In particolare va rilevato che di norma l'assunzione di SAI e la gran parte delle consulenze ex art. 91 risultano più efficaci rispetto al rapporto di dipendenza per far fronte a funzioni frammentate o che richiedono un impegno inferiore al monte ore di un dipendente.

Con nota prot. n. 63653/2019 è stato motivato il rilevante incremento riscontrato a partire dall'anno 2019 – previe specifiche autorizzazioni regionali - nell'utilizzo di forme di lavoro flessibile tra cui anche le convenzioni ex art. 91, precisando che il maggior ricorso a tale forma di acquisizione di prestazioni è anch'esso finalizzato a sopperire alla carenza di organico medico nelle discipline più critiche, la cui copertura è autorizzata dalla regione del Veneto.

Le prestazioni aggiuntive ex art. 89 del citato CCNL 23 gennaio 2024 e gli incarichi art. 7, comma 6, d. lgs. n. 165/2001 rappresentano invece, salvo casi particolari e marginali, una forma contrattuale alternativa ma non sostitutiva (se non temporaneamente ed eccezionalmente) del tradizionale rapporto di lavoro subordinato nei casi di vacanza di posti di organico. Per questo nel PTFP tale fabbisogno si aggiunge a quello ordinario comunque previsto nel medesimo piano per gli stessi profili. A tal proposito si ricorda che la Regione Veneto, in continuità con le annualità precedenti e in applicazione di quanto previsto dall'art. 1, comma 232, della legge n. 213/2023 (legge di bilancio 2024), ha destinato il finanziamento ivi previsto prioritariamente all'abbattimento delle liste di attesa e delle liste di galleggiamento attraverso specifici Piani Operativi Aziendali (POA) da redigere secondo le indicazioni della Cabina di Regia regionale.

Si forniscono ora di seguito alcune informazioni più dettagliate in merito alle modalità con cui sono state compilate le tabelle:

✓ Colonna A (dipendenti FTE annui): il fabbisogno è stato determinato a partire dal personale effettivamente in servizio, cui sono state aggiunte le assunzioni che si prevede di realizzare in relazione agli obiettivi di salute, ai LEA e agli standard codificati di personale, all'applicazione dell'atto aziendale con particolare riferimento alle ulteriori apicalità previste e non ancora coperte, nonché infine al piano di attuazione delle schede ospedaliere adottato con la sopra citata deliberazione n. 884/2019;
✓ Colonna B (non dipendenti FTE annui): il fabbisogno è stato determinato rapportando all'orario effettivamente reso dal personale con contratto di lavoro subordinato, l'attività acquisita tramite rapporti di lavoro diversi dalla dipendenza (colonne H, I, M, N, P e Q). Va peraltro rilevato come tale fabbisogno sia in larga misura sostitutivo dei posti di dotazione per i quali non si riesce a reclutare personale, pertanto non ad integrazione degli stessi;
✓ Colonna C (costo dipendenti bilancio sanitario): il costo è stato quantificato in termini di spesa che si prevede realmente di sostenere per ciascuna categoria di macroprofili, atteso che l'effettivo rispetto dei tetti di spesa si realizza non in funzione dei posti teoricamente previsti, bensì delle effettive dinamiche del costo del personale. Quest'ultimo sconta infatti, la citata carenza di medici di diverse specialità sul mercato del lavoro, la non contestualità nel turn over di alcune figure, la mancata sostituzione per altri profili, nonché la difficoltà di acquisire disponibilità ad incarichi a tempo determinato per professionisti particolarmente richiesti sul mercato del lavoro. Nelle previsioni di spesa vanno infine rilevate anche le contingenti - ma ricorrenti e stabili come fenomeno - riduzioni di costo per aspettative, maternità, ecc.;
✓ Colonna D (costo dipendenti bilancio sociale): è stato indicato il costo corrispondente alla dotazione organica di riferimento per l'area sociale, il cui costo è inserito nella parte sociale del bilancio aziendale;
✓ Colonne E ed F (costo prestazioni aggiuntive/costo prestazioni aggiuntive con specifico finanziamento): si precisa che, per l'anno 2024, l'importo di € 80.071,00 è stato scorporato dal "costo prestazioni aggiuntive" (col. E) e imputato al "costo prestazioni aggiuntive finanziate" (col. F). Inoltre, come da indicazioni in calce a tab. A, l'importo derivante dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.i. (Cd Fondo Balduzzi) è computato sia nei ruoli della dirigenza che del comparto. Per gli anni successivi (2025, 2026, 2027) si stima un costo per prestazioni aggiuntive nei limiti dei tetti indicati. Tra le prestazioni aggiuntive oggetto di specifico finanziamento, rilevano le prestazioni finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa;
✓ Colonna G (costo personale universitario): non presente in azienda u.l.s.s. n. 4;
✓ Colonna H (costo SAI): la previsione di costo, pari a € 2.622.465,41, rispetta il limite fissato dalla Direzione Generale dell'Area Sanità e Sociale a fronte delle autorizzazioni rilasciate;
✓ Colonna I (costo incarichi art. 7, comma 6, del d. lgs. n. 165/2001): è stato indicato il costo attualmente prevedibile per i contratti di lavoro autonomo a carico del bilancio aziendale e pertanto non dotati di apposito specifico finanziamento. Tali contratti prevedono normalmente un monte ore massimo di attività all'interno del quale le prestazioni vengono effettivamente concordate ed erogate in relazione al concreto fabbisogno ed alla disponibilità dei professionisti. La grave carenza di personale medico di alcune discipline dovuta alla perdurante indisponibilità sul mercato del lavoro di medici specialisti nonostante le procedure costantemente espletate direttamente o per il tramite di Azienda Zero comporta un'importante scopertura di posti della dotazione medica cui è conseguito negli anni un inevitabile e significativo trend incrementale della spesa sostenuta per contratti di lavoro autonomo e consulenze tramite convenzioni con altre ulss.

Il ricorso a queste forme di acquisizione di prestazioni mediche non costituisce un'integrazione o

potenziamento della capacità produttiva delle unità operative interessate, né tanto meno un apporto di professionalità esterne in ambiti per i quali potrebbe essere impiegato personale dipendente dell'Azienda; viene infatti utilizzato esclusivamente per far fronte a carenze di posti di organico medico la cui copertura è autorizzata dalla regione del Veneto. Tale strumento non è quindi mai utilizzato per bypassare vincoli di spesa relativi al personale dipendente o per conferire consulenze a soggetti che altrimenti non ne avrebbero titolo o di cui l'Azienda potrebbe evitare di avvalersi senza mettere a rischio i livelli minimi di prestazioni. L'attivazione di tali rapporti, sempre preceduta da apposita autorizzazione regionale, è strettamente connessa all'esigenza di far fronte a specifiche carenze di medici previsti nel piano triennale dei fabbisogni e alla garanzia dei LEA nonché alla riduzione delle liste d'attesa. Peraltro, proprio la necessità di abbattimento delle liste di attesa ha comportato un ulteriore incremento di contratti di lavoro autonomo, indispensabili, allo stato attuale, per conseguire un miglioramento della performance aziendale nel rispetto dei tempi di attesa. L'indispensabilità di tali contratti per il raggiungimento del predetto obiettivo è stata confermata, come si vedrà nel prosieguo, dagli interventi regionali nella definizione di un sistema tariffario diversificato sulla base delle criticità rilevate attraverso i piani operativi aziendali per il recupero delle liste d'attesa.

Inoltre, nel valutare l'impatto effettivo sul bilancio aziendale dell'incremento dei costi per contratti libero professionali e convenzioni passive ex art. 91del CCNL 23.01.2024, si deve necessariamente tener conto anche dei minori costi sostenuti dall'azienda in relazione ai posti d'organico medico autorizzati e vacanti per l'esito negativo delle procedure di reclutamento ordinario.

A supporto di quanto relazionato, si evidenzia che al 15 novembre 2024 i medici dipendenti risultano essere n. 287 a fronte di una dotazione organica aziendale di 453 unità mediche –, con una scopertura rispetto al fabbisogno di 166 medici, alla quale non può che corrispondere un aumento del personale non dipendente. Le cause sono molteplici. Una è da ricercare nel limitato numero di professionisti presenti sul mercato. Fino a qualche anno fa la carenza riguardava alcune discipline. Oggi, pur con incidenze diverse, è diffusa tra tutte le specialità. Un'altra causa è da ricercare nel fenomeno delle grandi dimissioni che sta investendo anche la sanità pubblica italiana e, in particolar modo, le aziende meno grandi quindi meno attrattive. E' significativo a tal proposito rilevare che tra le cessazioni di dirigenti medici intervenute nel periodo dal 2019 ad oggi, il 62% consegue a dimissioni. Infine, accanto al fenomeno delle grandi dimissioni, vi è quello degli ingressi notevolmente ridotti: nel medesimo periodo esaminato per le cessazioni, sono state effettuate 154 assunzioni, con uno scostamento negativo di 59 unità. L'esiguità dei professionisti e la ridotta attrattività della sanità pubblica determinano una scarsa partecipazione alle procedure selettive, con conseguente necessità di reclutare medici con altre forme contrattuali, tra le quali il lavoro autonomo, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e non pregiudicare i servizi evitando il rischio di incorrere in possibili interruzioni di pubblico servizio.

In tal senso la d.g.r.V. n. 877 del 30 luglio 2024 è intervenuta sulla scorta della deroga introdotta dall'art. 44 ter del D.L. n. 19/2024 in materia di limitazioni sul conferimento di incarichi e collaborazioni al personale della dirigenza medica e al personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e sociosanitario per ciascun anno del triennio 2024-2026 ha ridefinito in 12.565.543,00 € il limite di spesa precisando che tale limite riguarda tutte le fattispecie riconducibili a quelle di cui all'art. 9, comma 28, del D.L. 78/2010 ed in particolare include il costo sostenuto per contratti di collaborazione coordinata e continuativa, per incarichi di lavoro autonomo per la riduzione delle liste d'attesa, per convenzioni di consulenza tra aziende ex art. 91, comma 2, del CCNL 23 gennaio 2024, per contratti di somministrazione e per il reclutamento di personale a tempo determinato ad esclusione dei medici specializzandi ai sensi del D.L. 145/2018.

Peraltro, la carenza di medici che si riscontra sul mercato del lavoro si riflette inevitabilmente anche sull'andamento delle tariffe orarie chieste dai professionisti, in particolare se appartenenti alle discipline con meno offerta o in possesso di specifiche competenze ed esperienze che limitano ulteriormente il bacino di riferimento per le procedure di selezione aziendali. A tal proposito la Regione Veneto, nell'ambito degli interventi organizzativi finalizzati a far fronte alla carenza di personale sanitario al fine di garantire il servizio pubblico e tenuto conto della necessità di calmierare il mercato, evitare forme di concorrenza tra le Aziende ed Enti del SSR e, conseguentemente, di contenere la spesa, ha rilevato l'opportunità di uniformare i compensi riconoscibili ai libero professionisti. Su tale versante la Regione è più volte intervenuta nel corso dell'anno 2024 definendo la misura delle tariffe massime riconoscibili ai libero professionisti dapprima con d.g.r.V. n. 106/2024, che individuava tre diversi compensi a seconda del possesso dei requisiti previsi per l'accesso alla dirigenza e del servizio di destinazione, compensi successivamente uniformati con d.g.r.V. n. 580/2024. Ulteriori differenziazioni tariffarie sono state previste con d.g.r.V. n. 226/2024, n. 608/2024, n. 1061/2024 e n. 1062/2024 per le prestazioni rese in specifiche unità operative o specifici servizi e finalizzate al piano di recupero delle liste d'attesa.

Un cenno deve necessariamente essere fatto al decreto legge 30 marzo 2023, n. 34, recante "*Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisito di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali*", convertito dalla Legge n. 56/2023, che ha introdotto importanti limitazioni alla possibilità per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale di ricorrere all'affidamento a terzi di servizi medici ed infermieristici. La piena applicazione di questa nuova normativa, che peraltro riconosce formalmente la gravissima e generalizzata carenza di personale medico ed infermieristico, difficilmente potrà portare – quanto meno nel breve-medio periodo - ad un incremento delle assunzioni con rapporto di lavoro dipendente, bensì, più verosimilmente, ad un aumento del ricorso alla sottoscrizione di contratti libero professionali.

A fronte delle considerazioni esposte in merito agli effetti del D.L. 34/2023, nonché al progressivo ampliamento del ricorso agli incarichi libero professionali, si deve già prevedere un ulteriore incremento dei costi legati ai rapporti di lavoro autonomo, che potranno essere determinati in misura puntuale – anche con eventuali modifiche/aggiornamenti del piano – nel corso dell'anno 2024 quando la nuova normativa dispiegherà compiutamente i propri effetti.

✓ Colonna L (reclutamento di personale a tempo determinato (t. det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)): in questa colonna viene data separata evidenza dei costi sostenuti per le assunzioni con rapporto di lavoro a tempo determinato al netto delle assunzioni effettuate ai sensi dell'art. 1, comma 548-bis, della legge n. 145/30.12.2018 (c.d. legge di bilancio 2019), nonché delle assunzioni coperte da specifico finanziamento;
✓ Colonna M (costo somministrazione): anche nel corso del 2024 si è fatto ricorso a tale forma di reclutamento, in assenza di modalità di assunzione ordinaria. Relativamente al ricorso alla somministrazione per garantire il potenziamento dei servizi sanitari durante la stagione turistica o per la realizzazione di progettualità dotate di specifico finanziamento, non sono stati indicati importi e corrispondenti FTE annui, in continuità con i precedenti piani, in quanto come relazionato a tal proposito nel precedente PTFP 2022/2024 con nota prot. n. 69940/30.11.2021, rileva l'opportunità di non indicare ulteriori valori ipotetici di costo per la somministrazione, per le seguenti ragioni:

- evitare una duplicazione dei costi già previsti tra il personale dipendente a copertura dell'intero potenziamento estivo;
- non incrementare con reclutamenti dotati di finanziamento dedicato alla stagione estiva un aggregato di costo (contratti di lavoro autonomo, convenzioni ex art. 58 e somministrazione)

soggetto a limite di spesa, atteso che il prospetto del PTFP non consente attualmente di dare evidenza separata ai costi di somministrazione dotati di specifico finanziamento;

- ✓ Colonna N (costo attività di consulenza): è stato indicato il costo previsto per le convenzioni autorizzate dalla regione riferite a fabbisogni di attività tipicamente previsti per tali forme di convenzione, particolarmente efficaci nel garantire l'assolvimento di prestazioni che necessitano di un numero limitato di ore settimanali/mensili, o di una rilevante flessibilità dovendo corrispondere a bisogni variabili e non chiaramente prevedibili nel loro manifestarsi. Come rappresentato nella sopra citata relazione prot. n. 63653/2019, anche il ricorso a tale tipologia di prestazioni ha però subito un significativo incremento in quanto sono utilizzate per far fronte a gravi e croniche carenze di posti di organico medico autorizzati dalla regione del Veneto. Anche tali forme convenzionali, come i rapporti libero professionali, sono pertanto sostitutive di posti vacanti e non costituiscono un'integrazione o potenziamento della capacità produttiva delle unità operative interessate, né tanto meno un apporto di professionalità esterne in ambiti per i quali potrebbe essere impiegato personale dipendente dell'Azienda. Analogamente a quanto rappresentato per gli incarichi conferiti ai sensi dell'art. 7, comma 6, del d. lgs. n. 165/2001, alla piena applicazione della normativa introdotta dal D.L. 34/2023 conseguirà una maggior richiesta di consulenze, trattandosi dell'unica altra forma di acquisizione dall'esterno di prestazioni mediche in carenza di personale;
- ✓ Colonna P (costo incarichi art. 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001 – con specifico finanziamento): sono stati indicati gli importi relativi agli incarichi attualmente in essere e autorizzati. Tali incarichi vengono attivati a seguito dello stanziamento di specifici finanziamenti e della positiva conclusione del conseguente iter autorizzatorio previsto nei piani assunzione trimestrali, per cui non sono al momento prevedibili nuovi incarichi legati a finanziamenti che saranno assegnati negli 2025-2027;
- ✓ Colonna Q (costo non dipendenti bilancio sociale): sono stati indicati gli importi relativi agli incarichi ex art. 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001, attualmente in essere e autorizzati e dotati di specifico finanziamento a carico della parte sociale del bilancio aziendale. Tali incarichi vengono attivati a seguito dello stanziamento di specifici finanziamenti e della positiva conclusione del conseguente iter autorizzatorio previsto nei piani assunzione trimestrali, per cui non sono al momento prevedibili incarichi legati a finanziamenti che saranno assegnati negli 2025-2027;
- ✓ Colonna R (altre tipologie): negli ultimi anni si è dovuto fare ricorso alle esternalizzazioni come uno degli strumenti in grado di fronteggiare - seppur in misura parziale - la grave carenza di personale dipendente, medico in particolare, nonché l'inefficacia delle ordinarie procedure di reclutamento. Le considerazioni già espresse quale commento alla colonna I, relativa al lavoro autonomo, sono replicabili anche con riferimento a questa fattispecie. Non sono stati riportati dati di costo né corrispondenti FTE poiché queste fattispecie di esternalizzazioni presentano una significativa variabilità anche nel breve periodo essendo utilizzate per sopperire temporaneamente alle carenze di personale ed in ragione dell'inderogabile necessità di garantire la continuità dei servizi, continuando peraltro a esperire le procedure per l'assunzione di personale dipendente previsto in dotazione. Si rileva, inoltre, che le stringenti disposizioni contenute nel D.L. 34/2023 in materia di esternalizzazioni di servizi medici ed infermieristici renderanno dal 2024 il ricorso a tale strumento ancor più variabile con possibili riduzioni;

In conclusione, con il PTFP 2025-2027 si è ritenuto, in continuità con la metodologia seguita per la predisposizione dei precedenti piani, di individuare il fabbisogno complessivo di personale tenendo conto che gli organici devono necessariamente essere coerenti all'applicazione dell'atto aziendale, agli adeguamenti conseguenti al raggiungimento degli obiettivi di salute, alla garanzia dei LEA, all'accreditamento

istituzionale, al rispetto degli standard minimi codificati per il personale sanitario, nonché all'attuazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere, rilevando comunque che questa teorica analisi dei fabbisogni, troverebbe un limite non conciliabile con l'attuale tetto di spesa del personale.

Per quanto sopra esposto, si precisa che l'effettiva attuazione del Piano, qualora autorizzato, verrà comunque programmata e realizzata sulla scorta dei vincoli di spesa per il personale dipendente e delle concrete disponibilità del mercato del lavoro, oltre che in un orizzonte temporale pluriennale che, se necessario, andrà anche oltre il triennio per il quale è richiesta l'elaborazione del piano in oggetto.

Con riferimento alla possibilità per le regioni di incrementare i limiti di spesa di un ammontare non superiore alla riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati, come illustrato nelle relazioni accompagnatorie dei precedenti piani, le politiche aziendali hanno costantemente privilegiato la gestione diretta dei servizi sanitari, ricorrendo ad esternalizzazioni, al netto delle specifiche e del tutto peculiari esigenze sopra descritte legate alla contingente grave carenza di medici, solo nei casi in cui questa modalità presentava evidenti vantaggi in termini di efficienza – anche in virtù di economie di scala – o per le specifiche competenze/professionalità che gli operatori economici presenti sul mercato sono in grado di garantire. Per queste ragioni, anche a seguito di una nuova ricognizione dei servizi sanitari attualmente in appalto, si ritiene ancora di confermare tale modalità di gestione, non ricorrendo le condizioni sia organizzative che di economicità per avviare processi di reinternalizzazione degli stessi.

3.4 Formazione del personale

L'azienda Ulss 4 considera la formazione uno dei nodi cardine per lo sviluppo del capitale umano e la costruzione di una cultura aziendale orientata alla learning organization e riconosce l'importanza del concetto di apprendimento come processo vitale nelle organizzazioni e processo di generazione di realtà.

Infatti i processi di apprendimento dell'azienda e del soggetto nell'azienda costituiscono esperienze di significazione di pratiche, relazioni, saperi e conoscenze ai fini dell'adeguamento alle condizioni dell'ambiente esterno e interno, il concetto stesso di professionalità è un effetto dei processi di apprendimento in contesti lavorativi e diventa un fondamentale elemento di identità culturale e di integrazione sociale.

Tenuta in considerazione la recente Direttiva del Ministro della Pubblica Amministrazione "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti" del 14.01.2025 e la Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 23 marzo 2023 avente per oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", l'Azienda ULSS 4 ha aderito al programma Syllabus e tenuto conto delle aree di competenza da sviluppare ai fini del raggiungimento degli obiettivi PNRR di crescita del capitale umano nella Pubblica Amministrazione.

Per il raggiungimento degli obiettivi formativi specifici PNRR – M6 C2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario l'Azienda ha avviato i dipendenti alla frequenza del corso FAD organizzato dall'ISS ed implementato quanto previsto per lo sviluppo della Formazione Sul Campo - MODULO B pratico e MODULO C locale - PNRR M6 C2 Sub investimento 2.2 (b) "Corso di formazione in infezioni ospedaliere".

Con DDG 1245 del 23.12.2024 è stato approvato il Piano Formativo Aziendale (PFA) anno 2025, esso è stato pubblicato ed è visibile nell' albo online

https://www.aulss4.veneto.it/sites/default/files/albo_online/albo_online.html.

La costruzione del PFA coinvolge l'organizzazione a tutti i livelli nell'analisi del fabbisogno formativo attraverso un'attiva rete di referenti della formazione aziendali che intercettano le necessità di sviluppo delle competenze del personale operante nei dipartimenti e singole Unità Operative.

Il PFA 2025 si caratterizza per la programmazione di numerose iniziative rivolte sia a personale interno che in rapporto di convenzione ed esterno le quali si sviluppano sia attraverso metodologie formative tradizionali quale la formazione residenziale che metodologie più innovative come la formazione a distanza sincrona ed asincrona; particolare sviluppo ha avuto la formazione sul campo che è ben rappresentata nel PFA 2025 ed ha dimostrato negli anni di essere particolarmente efficace sia sul piano del coinvolgimento del personale che su quello dell'apprendimento riflessivo che favorisce lo sviluppo di competenze metacognitive parallelamente a quelle operative, comunicative e di problem solving.

Le aree tematiche sviluppate nel PFA rappresentano l'espressione della risposta ai fabbisogni formativi rilevati ed individuano anche le Unità Organizzative Aziendali coinvolte.

AREE TEMATICHE PFA 2024

AREA/OBIETTIVO	N° PROPOSTE	N ediz	Durata per ediz (ore)	Tot durata (ore)	Part. Per ed.	Totale part.r
AREA CARDIOVASCOLARE	1	1	36	36	20	20
AREA CLINICA INFERMIERISTICA	1	3	20	60	25	75
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	4	18	42	156	75	380
AREA CONSULTORIO/FAMIGLIA/SOCIALE	15	24	123	169	633	908
AREA CURE PALLIATIVE	3	6	29	53	120	195
AREA CURE PRIMARIE	2	2	11	11	95	95
AREA DELLE DIPENDENZE	11	13	70	82	320	365
AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	6	9	140	150	78	108
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	2	3	16	24	13	18
AREA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	2	2	46	46	65	65
AREA EMERGENZA ED URGENZA	15	70	164	587	283	1.139
AREA ETICA E DEONTOLOGICA	3	5	18	32	229	454
AREA FARMACEUTICA	2	2	7	7	125	125
AREA GENERALE DISTRETTUALE-TERRITORIO	5	11	74	132	145	320
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ECONOMICO FINANZIARIA	1	1	30	30	20	20
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ORGANIZZATIVA	9	12	127	195	348	408
AREA GIURIDICO - NORMATIVA	8	14	75	105	861	1.131
AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	3	3	32	32	135	135
AREA INFORMATICA	4	10	102	120	44	116
AREA MATERNO INFANTILE	8	12	78	127	164	223
AREA MEDICINA VETERINARIA	1	1	25	25	25	25
AREA METODOLOGICA	4	17	44	175	162	735
AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	1	2	8	16	25	50
AREA PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA E CURA	1	7	12	84	120	840

AREA/OBIETTIVO	N° PROPOSTE	N ediz	Durata per ediz (ore)	Tot durata (ore)	Part. Per ed.	Totale part.r
AREA PSICOPATOLOGIA DELLO SVILUPPO	2	2	16	16	72	72
AREA QUALITÀ E RISK MANAGEMENT	4	8	23	42	115	215
AREA RIABILITAZIONE	13	20	187	221	335	510
AREA SALUTE MENTALE	15	21	118	161	815	985
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	18	82	99	395	1.307	3.159
AREA SPECIALITÀ CHIRURGICHE	10	32	185	309	201	539
AREA SPECIALITÀ MEDICHE	4	5	80	130	175	200

AREA/OBIETTIVO	N° PROPOSTE	N ediz	Durata per ediz (ore)	Tot durata (ore)	Part. Per ed.	Totale part.r
AREA TRASVERSALE	7	27	160	238	605	2.120
- non definito	1	1	4	4	100	100
TOTALE	**186**	**446**	**2.201**	**3.970**	**7.895**	**15.850**

Per favorire la circolazione delle informazioni e la fruizione dei percorsi formativi l'Azienda ha acquisito nel 2022 un gestionale della formazione che permette a tutti i dipendenti, attraverso l'accesso al portale dedicato all'indirizzo

https://formazione.aulss4.veneto.it/jsp/index.jsp

la visione dei corsi disponibili in base al profilo del dipendente ed alla sede di servizio, il dipendente ha inoltre una specifica sezione del sito nel quale poter consultare il proprio dossier formativo.

Le priorità strategiche aziendali in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze del personale nel prossimo triennio saranno orientate da un lato a mantenere sia quanto richiesto dalla normativa in materia in ambito di sicurezza sul lavoro, gestione delle emergenze e pronto soccorso, sicurezza del paziente, privacy e anticorruzione sia le competenze cliniche e tecnico organizzative, dall'altro a sviluppare le capacità necessarie all'azienda per progredire, sostenere le innovazioni organizzative e sviluppare il capitale umano.

Tabella n° SVILUPPO DELLE COMPETENZE E ORIENTAMENTO GENERALE DEL PFA TRIENNIO 2023-2026

AREA TEMATICA	AREA COMPETENZE	TIPOLOGIA	PROFESSIONI COINVOLTE	UNITÀ ORGANIZZATIVE DIPARTIMENTI/STRUTTURE
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire i rapporti con l'utenza sia interna che esterna Lavorare in team Comunicare ed interagire efficacemente con altri soggetti	Sanitarie Amministrative	Trasversale
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	TECNICO OPERATIVE	Garantire la propria e altrui sicurezza nei luoghi di lavoro Esercitare il ruolo di dirigente e preposto alla sicurezza nei luoghi di lavoro Esercitare il ruolo di addetti alla squadra antincendio	tutte	Trasversale
AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire le procedure diagnostiche Lavorare in team Addestrare altro personale Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie	UOC Laboratorio
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire le procedure diagnostiche Lavorare in team Addestrare altro personale Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie	U.O.C. Radiologia
AREA MEDICINA VETERINARIA	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire i controlli sanità animale e sicurezza alimenti Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie	Dipartimento di prevenzione
AREA CARDIOVASCOLARE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire i casi clinici complessi in équipe multidisciplinare Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie	U.O.C. Cardiologia
AREA SOCIO SANITARIA	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Applicare disposizioni normative Gestire persone fragili Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie Sociali Socio sanitarie Amministrative	Direzione Servizi Socio sanitari
AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Promozione della salute e prevenzione fattori di rischio in particolare per le attività vaccinali Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie	Dipartimento di Prevenzione

AREA TEMATICA	AREA COMPETENZE	TIPOLOGIA	PROFESSIONI COINVOLTE	UNITÀ ORGANIZZATIVE DIPARTIMENTI/STRUTTURE
AREA CURE PRIMARIE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	Gestire persone fragili Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro Sviluppo modelli organizzativo gestionali, in particolare Case della Comunità, Infermiere di famiglia e miglioramento dell'integrazione fra i diversi servizi (COT-ADI-Cure palliative) Applicare i principi della transizione fra setting di cura e gestione della persona fragile	Sanitarie Sociali Socio sanitarie	Distretto
AREA EMERGENZA ED URGENZA	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire le situazioni di emergenza clinica in contesti sia ospedalieri che territoriali Lavorare in Team Integrazione dei processi con le diverse strutture ospedaliere e territoriali Applicazione e sviluppo di competenze nella gestione delle emergenze dovute a malattie infettive (PANFLU)	Sanitarie Sociosanitarie	Dipartimento Emergenza Urgenza e Area materno Infantile
AREA INFORMATICA	TECNICO OPERATIVE	Conoscere i sistemi operativi ed i software più comuni Utilizzare software specifici Applicare i principi della Cybersecurity e Data protection secondo quanto previsto dalla Direzione ICT, Agenda Digitale	trasversale	trasversale
AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	TRASVERSALI	Promuovere il benessere lavorativo fra i dipendenti	trasversale	trasversale
AREA SPECIALITA' MEDICHE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Sviluppo di competenze e conoscenze specifiche disciplinari di ciascuna professione disciplina in particolare nella gestione delle malattie infettive a rischio pandemico (PANFLU) ed applicazione PDTA Regionali in team multidisciplinare.	Sanitarie	Dipartimento di Medicina
AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Sviluppo di competenze e conoscenze specifiche disciplinari di ciascuna professione disciplina in particolare nel trattamento di patologie specifiche ed applicazione PDTA Regionali in team multidisciplinare	Sanitarie	Dipartimento di Chirurgia
AREA ETICA E DEONTOLOGICA	TRASVERSALI	Rispetto della applicazione del codice di comportamento e dei principi di etica pubblica Applicare i principi etici relativi alla parità di genere, inclusione e prevenzione della corruzione Applicare i principi della trasparenza	trasversale	trasversale
AREA METODOLOGICA	TRASVERSALI	Sviluppo di competenze in area formativa di progettazione, analisi fabbisogno e tutorship Capacità di istruire e formare altro personale Capacità di gestire l'inserimento dei neoassunti attraverso processi di mentoring	trasversale	trasversale

AREA TEMATICA	AREA COMPETENZE	TIPOLOGIA	PROFESSIONI COINVOLTE	UNITÀ ORGANIZZATIVE DIPARTIMENTI/STRUTTURE
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	sviluppare competenze atte a garantire la sicurezza del paziente comunicare in team analizzare, utilizzare ed interpretare informazioni legate ai processi della qualità elaborare e gestire procedure, analizzare e descrivere processi Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro	trasversale	trasversale
AREA GIURIDICO - NORMATIVA	TECNICO OPERATIVE	Gestire procedure ed adempimenti amministrativi nel rispetto della normativa vigente in materia Applicare correttamente i CCNL sanità Gestire gli appalti (RUP e DEC)	Amministrative Sanitarie Sociali	Amministrative Sanitarie Sociali
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ORGANIZZATIVA	TRASVERSALI	Gestire e motivare il personale Essere capaci di anticipare scenari futuri e pianificare le risorse Programmare e pianificare le attività Monitorare e valutare le attività ed i risultati Attuare capacità di Leadership	trasversale	trasversale
AREA MATERNO INFANTILE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire le emergenze in ambito pediatrico, ostetrico ginecologico ed in sala parto Prevenire e gestire il dolore nel bambino Promuovere l'allattamento al seno ed il rapporto madre-neonato Lavorare in team Migliorare i processi di lavoro	Sanitarie	Pediatria Ostetricia e Ginecologia
AREA DELLE DIPENDENZE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire le dipendenze in team multiprofessionale e multidisciplinare con particolare attenzione alla doppia diagnosi ed alle nuove dipendenze emergenti Lavorare in team	Sanitarie Sociali Sociosanitarie	SeRD Psichiatria Altre realtà del territorio
AREA RIABILITAZIONE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Sviluppare competenze tecniche avanzate nel trattamento riabilitativo Lavorare in team multiprofessionale e multidisciplinare Comunicare con competenza ed efficacia con l'utenza	Sanitarie	Dipartimento di riabilitazione
AREA SALUTE MENTALE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI	Gestire l'utenza con problemi di salute mentale in équipe multiprofessionale e multidisciplinare con particolare attenzione i disturbi emergenti Applicare nuove metodologie d'intervento Gestire le emergenze in ambito psichiatrico Comunicare efficacemente con l'utenza esterna ed interna Gestire le proprie emozioni Risolvere problemi e situazioni critiche Gestire il budget di salute mentale	Sanitarie Sociali Sociosanitarie	Psichiatria Pronto soccorso Altre realtà del territorio

AREA TEMATICA	AREA COMPETENZE	TIPOLOGIA	PROFESSIONI COINVOLTE	UNITÀ ORGANIZZATIVE DIPARTIMENTI/STRUTTURE
AREA TRASVERSALE	TECNICO OPERATIVE TRASVERSALI COMUNICATIVE	Applicare i principi per la prevenzione delle infezioni Correlate all'assistenza in Ospedale (PNRR M6 C1) Applicare quanto previsto dal decreto del direttore della direzione programmazione sanitaria n. 31 del 03 aprile 2023 - "Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta" Applicare le misure previste dal PanFlu 2021-2023 secondo le linee dettate dal Piano Nazionale di comunicazione del rischio Pandemico Applicare le competenze per l'attuazione delle transizioni amministrativa, digitale e ecologica Attuare misure di contrasto alla violenza sui luoghi di lavoro Assicurare la parità di genere e la medicina genere specifica Applicare i principi del lavoro agile	Sanitarie Sociali Sociosanitarie	Tutte le Unità Operative

Per sviluppare al meglio le strategie formative atte a favorire il mantenimento e miglioramento delle competenze del personale l'azienda si è dotata di una organizzazione e risorse interne ed ha individuato le tipologie di risorse esterne a cui attingere.

I. Organizzazione e risorse interne

L'Azienda ULSS 4 ha individuato nell'unità organizzativa "Ufficio Formazione, Aggiornamento e Ricerca" la principale risorsa che fa da volano e collettore delle diverse proposte formative derivanti dai fabbisogni formativi aziendali, inoltre è Provider ECM per la Regione Veneto e garantisce l'accreditamento dei corsi di formazione dedicati a tutte le professioni sanitarie delle dirigenza e del comparto.

L'Ufficio Formazione Aziendale (di seguito UFOR), è la struttura deputata all'analisi del fabbisogno formativo, alla progettazione, gestione e valutazione delle attività di formazione continua e di Educazione Continua in Medicina ai sensi di quanto previsto dalle norme in materia e ad ogni altra funzione che la Direzione Generale intenda opportuno assegnare.

Esso assicura la qualità didattica e metodologica dei percorsi attivati.

Per quanto concerne le attività connesse all'attività di Provider ECM per la Regione Veneto sono previste, oltre alle diverse funzioni organizzative, i seguenti livelli di responsabilità, i quali non sono necessariamente collocati all'interno dell'UFOR:

- Responsabile amministrativo contabile che garantisce l'affidabilità economico-finanziaria del Provider ECM, ovvero bilanci e documenti economici congrui agli obiettivi, alla numerosità dell'utenza ed alla tipologia di ECM che intende organizzare.
- Responsabile di segreteria che assicura tutte le attività di gestione amministrativa della formazione aziendale per quanto riguarda il processo di accreditamento ECM dall'inserimento fino alla rendicontazione finale, così come descritto dalla normativa vigente in materia di ECM.
- Responsabile del sistema informatico che supervisiona il sistema informativo informatizzato per la gestione/archiviazione dati di cui sono definite architetture, responsabilità e procedure e che include risorse tecnologiche e umane idonee alla gestione del sistema.
- Responsabile della qualità per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi predeterminati per i quali sono individuati criteri ed identificati indicatori di processo e di esito, che supervisiona le procedure per l'individuazione di margini di miglioramento dell'attività formativa e dell'organizzazione del servizio secondo i requisiti previsti dal Manuale Qualità.
- Responsabile della Formazione che gestisce l'organizzazione dell'UFOR e del processo formativo Aziendale.

Comitato Tecnico Scientifico,

composto da dipendenti di diverse professionalità aventi competenze in campo formativo, nominato con apposito atto deliberativo.

Dura in carica tre anni ed esercita le seguenti funzioni:

- validazione del Piano Formativo Aziendale annuale (PFA) predisposto dall'Ufficio Formazione Aziendale;

- formulazione di pareri sull'ammissibilità delle integrazioni al PFA (proposte formative extra-piano), successive alla sua deliberazione;
- conferma e/o individuazione dei Responsabili Scientifici di ogni evento formativo inserito nel PFA.

Referenti della formazione, sono operatori dipendenti dell'Azienda, proposti dalla direzione strategica e nominati con DDG i quali, in collaborazione con l'UFOR:

- rilevano il bisogno formativo dell'area di riferimento;
- coadiuvano il responsabile organizzativo e/o scientifico, per la programmazione e gestione del corso;
- favoriscono la circolazione delle informazioni sull'organizzazione e l'offerta formativa aziendale;
- garantiscono il raccordo con responsabili/coordinatori per la partecipazione del personale agli eventi previsti nel PFA.

Responsabile Scientifico dell'evento incaricato dal provider, è un esperto, in ragione di titoli di studio, nell'area di riferimento dell'evento formativo, designato dal Comitato Scientifico a cui è affidata la responsabilità del programma del singolo evento formativo.

Responsabile del progetto formativo, è un operatore dell'Azienda, incaricato dal Responsabile di Unità Operativa e può coincidere con il responsabile scientifico, il quale:

- formula proposte sulla base del fabbisogno formativo rilevato per l'area di appartenenza;
- concorre alla realizzazione dei corsi, direttamente o tramite i propri referenti organizzativi
- collabora alla valutazione dell'efficacia formativa degli eventi realizzati, assieme all'UFOR;
- si preoccupa di garantire l'adempimento delle esigenze logistiche ed organizzative;
- propone al Responsabile dell'Ufficio Formazione i docenti;
- propone il preventivo dei costi;
- redige, d'intesa con il Responsabile dell'Ufficio Formazione, la relazione finale.

L'azienda è dotata di spazi adeguati (aule) per lo svolgimento dell'attività formativa residenziale, garantisce la formazione sul campo attraverso il coinvolgimento del personale e delle unità operative, è dotata di una piattaforma informatica idonea alla erogazione di corsi di formazione a distanza sincroni ed asincroni.

II. Risorse esterne

L'azienda ricorre, ove non riesca a far fronte con risorse proprie, a risorse esterne sia in termini di spazi per la formazione che di formatori, attraverso convenzioni, affidamenti di incarichi, gare d'appalto ed altre forme.

III. Misure per l'accesso alla formazione qualificata

Diritto allo studio

Come noto, l'istituto del diritto allo studio è disciplinato dall'art. 62 del contratto collettivo nazionale di lavoro del personale del comparto stipulato in data 2 novembre 2022, che prevede:

"*1. Ai dipendenti sono concessi – anche in aggiunta alle attività formative programmate dall'Azienda o Ente – permessi retribuiti, nella misura massima individuale di 150 ore per ciascun anno solare e nel limite massimo, arrotondato all'unità superiore, del 3% del personale in servizio a tempo*

indeterminato presso ciascuna Azienda o Ente all'inizio di ogni anno.

2. I permessi di cui al comma 1 spettano anche ai lavoratori con rapporto di lavoro a tempo determinato di durata non inferiore a sei mesi continuativi, comprensivi anche di eventuali proroghe. Nell'ambito del medesimo limite percentuale già stabilito dal comma 1, essi sono concessi nella misura massima individuale di cui al medesimo comma 1, riproporzionata alla durata temporale, nell'anno solare di riferimento, del contratto a tempo determinato stipulato.

…

4. I permessi di cui al comma 1 sono concessi per la partecipazione a corsi, svolti anche in modalità telematica, destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari compreso ciclo di dottorato di ricerca qualora non svolto in congedo, di scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico nonché per sostenere i relativi esami.

...

6. Qualora il numero delle richieste superi il limite massimo del 3% di cui al comma 1, la concessione dei permessi avviene secondo il seguente ordine di priorità:

a) dipendenti che frequentino l'ultimo anno del corso di studi e, se studenti universitari o post-universitari, abbiano superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;

b) dipendenti che frequentino per la prima volta gli anni di corso precedenti l'ultimo e successivamente quelli che, nell'ordine, frequentino, sempre per la prima volta, gli anni ancora precedenti escluso il primo, ferma restando, per gli studenti universitari e post-universitari, la condizione di cui alla lettera a);

c) dipendenti ammessi a frequentare le attività didattiche, che non si trovino nelle condizioni di cui alle lettere a) e b) nonché i dipendenti di cui al comma 12.

7. Nell'ambito di ciascuna delle fattispecie di cui al comma 6, la precedenza è accordata, nell'ordine, ai dipendenti che frequentino corsi di studio della scuola media inferiore, della scuola media superiore, universitari o post-universitari o che frequentino i corsi di cui al comma 12.

8. Qualora a seguito dell'applicazione dei criteri indicati nei commi 6 e 7 sussista ancora parità di condizioni, sono ammessi al beneficio i dipendenti che non abbiano mai usufruito dei permessi relativi al diritto allo studio per lo stesso corso e, in caso di ulteriore parità, secondo l'ordine decrescente di età. Ulteriori condizioni che diano titolo a precedenza sono definite dalla contrattazione integrativa.

...

10. Nel caso in cui il conseguimento del titolo preveda l'esercizio di un tirocinio, l'azienda o ente potrà valutare con il dipendente, nel rispetto delle incompatibilità e delle esigenze di servizio, modalità di articolazione della prestazione lavorativa che facilitino il conseguimento del titolo stesso.

11. Per sostenere gli esami relativi ai corsi indicati nel comma 4 il dipendente in alternativa ai permessi previsti nel presente articolo può utilizzare, per il solo giorno della prova, anche i permessi

giornalieri retribuiti previsti appositamente dal presente CCNL per la partecipazione agli esami.

12. Ai lavoratori a con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, ai sensi del comma 1, iscritti a corsi universitari con lo specifico status di studente a tempo parziale, i permessi per motivi di studio sono concessi in misura ridotta, in proporzione al rapporto tra la durata ordinaria del corso di laurea rispetto a quella stabilita per il medesimo corso per lo studente a tempo parziale".

Pertanto l'azienda garantisce, con avviso emesso ogni anno, la possibilità di accedere a dette misure per il personale dipendente iscritto e che partecipa a corsi, destinati al conseguimento di titoli di studio universitari, post-universitari, di scuola di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, pareggiate o legalmente riconosciute, o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali o attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico.

Gli orientamenti applicativi della Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni hanno precisato, in particolare che:

- i permessi retribuiti di 150 ore possono essere utilizzati esclusivamente per la frequenza (anche solo telematica) delle lezioni dei corsi e per sostenere i relativi esami (quindi per il giorno dell'esame) e non anche per impegni diversi che il corso di studi può comportare, con la conseguenza che le 150 ore per il diritto allo studio non possono essere fruite anche per la partecipazione ai tirocini formativi ancorché necessari al conseguimento del titolo di studio;
- i permessi retribuiti di 150 ore possono essere fruiti solo per lezioni e corsi di studio il cui svolgimento sia previsto in concomitanza con l'orario di lavoro. Pertanto, per quanto riguarda la partecipazione ai corsi delle università telematiche, proprio la circostanza che il lavoratore non è tenuto a rispettare un orario di frequenza del corso in orari prestabiliti induce a ritenere che ciò possa avvenire anche al di fuori dell'orario di lavoro, con il conseguente venire meno di ogni necessità di fruizione dei permessi di cui si tratta.

Il beneficio del diritto allo studio può essere concesso entro il limite massimo consentito del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato all'inizio dell'anno, con arrotondamento all'unità superiore, pertanto, sulla base di un'adeguata la ripartizione tra i dipendenti dei vari ruoli, si concretizza come segue (es. anno 2022):

RUOLI DEL COMPARTO	PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO AL 01.01.2022	PERCENTUALE PREVISTA DEL 3%
Ruolo Sanitario	1.328	40
Ruolo Professionale	1	0
Ruolo Tecnico	571	17
Ruolo Amministrativo	254	8
TOTALE	**2.154**	**65**

In presenza di maggiori richieste, rispetto il sopra indicato contingente massimo consentito, l'amministrazione si riserva di formulare una graduatoria secondo i criteri stabiliti e nell'ordine previsto dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro, nonché ai sensi di quanto previsto dai provvedimenti n. 1209/02.11.2001, 611/07.07.2005 e 124/21.04.2008 (regolamento interno aziendale) limitatamente alle parti oggi applicabili.

Fondazione Scuola di Sanità pubblica, management delle aziende sociosanitarie

La Regione del Veneto da sempre colloca il settore della formazione tra le aree prioritarie di intervento per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi finalizzati al miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza e al mantenimento di adeguate capacità manageriali che favoriscano la sostenibilità del sistema.

Al fine di realizzare tali obiettivi, la Regione si è dotata della "Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, Management delle aziende socio-sanitarie e per l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti" (Fondazione S.S.P.), senza scopo di lucro, che collabora e coadiuva gli uffici regionali afferenti all'Area Sanità e Sociale nella progettazione, organizzazione ed erogazione delle iniziative e attività formative destinate ai dipendenti del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, il Piano socio sanitario regionale 2019-2023, approvato con la citata L.R. n. 48 del 2018, nel prendere atto del ruolo già assunto dalla Fondazione, come riconosciutole dalla Regione del Veneto e dall'intero SSSR, prevede quanto segue: "Fondazione Scuola di Sanità Pubblica (F.S.S.P.), ha l'obiettivo di sostenere e contribuire al miglioramento dei servizi sanitari e socio-sanitari, attraverso la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze del personale del SSSR, lo studio dei modelli organizzativi e gestionali, la ricerca e l'innovazione nei Sistemi Sanitari nazionali ed internazionali".

Nello specifico, sono state individuate le macro-aree formative per la determinazione dei Piani formativi annuali, tra le quali:

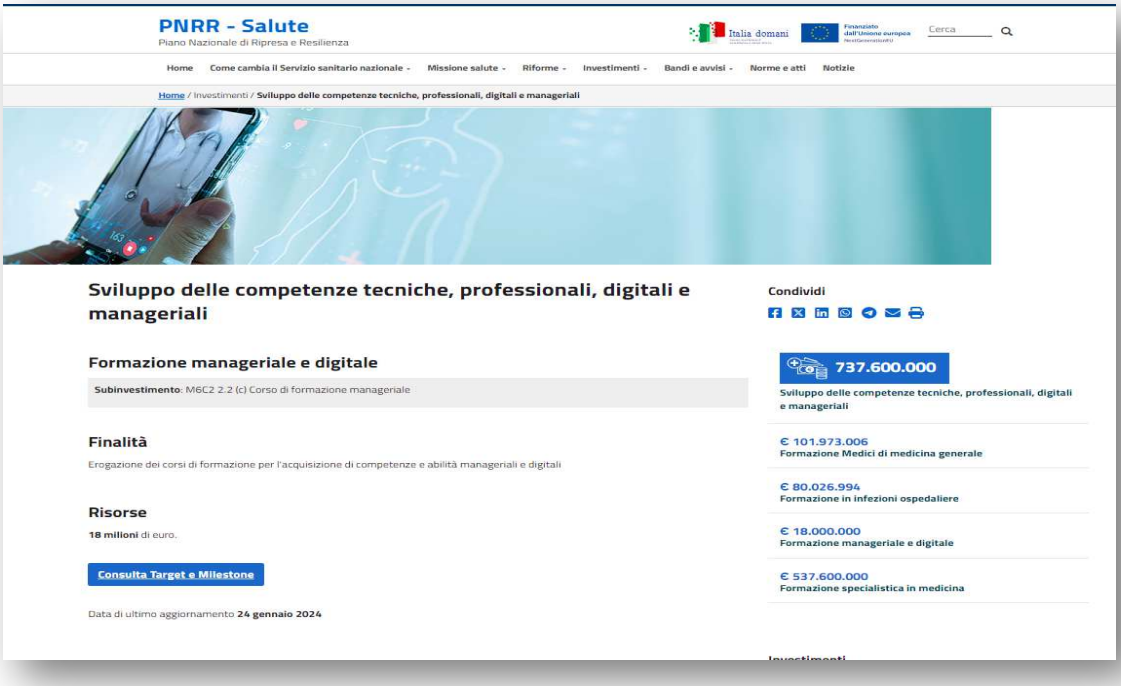
- sviluppo delle competenze tecniche-amministrative al fine di corrispondere agli adempimenti e obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di anticorruzione e trasparenza, in materia di appalti e contratti per lavori, beni e servizi, in materia di gestione del rischio e in materia di privacy;
- sviluppo delle competenze sanitarie specialistiche del personale sanitario;
- ambito dei trapianti;
- area dell'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento istituzionale;
- ricerca e innovazione;
- relazioni internazionali.

Gli ambiti di intervento sinteticamente indicati sono oggetto di programmazione di dettaglio e realizzazione annuale della relativa attività formativa da parte di Fondazione SSP, mediante l'elaborazione di singoli Piani formativi annuali nei quali viene definita puntualmente la proposta formativa.

PNRR - Missione M6, Componente 2.2c "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario" - sub misura: corso di formazione manageriale.

Nell'ambito del predetto PNRR Missione 6-Salute- componente M6C2: "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" è stato previsto, tra gli altri, l'investimento 2.2 c "Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Submisura: corso di formazione manageriale".

Il suddetto investimento consiste nell'attivazione e nell'erogazione di specifici corsi di formazione per l'acquisizione di competenze e abilità di management e digitali, rivolti a 4.500 manager e middle manager del Servizio sanitario nazionale. Come disposto dal Decreto del Ministero della Salute n. 29 marzo 2023, al fine di assicurare una piena armonizzazione dei corsi erogati a livello nazionale, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali (AGENAS), quale Organismo intermedio responsabile della realizzazione ed attuazione dell'intervento in argomento, provvederà ad attivare ed erogare un corso di formazione pilota, articolato in due edizioni, per un numero complessivo di 60 partecipanti, mentre le regioni e le province autonome, nella qualità di soggetti beneficiari del sub- investimento, provvederanno all'erogazione dei corsi di formazione manageriale, in relazione al fabbisogno formativo previsto per ogni regione e provincia autonoma, computato per la regione del Veneto in n. 337 partecipanti.



I corsi dovranno essere portati a termine entro il 31 marzo 2026 con una previsione di formazione di almeno del 50% dei partecipanti al 30 giugno 2025. I predetti corsi hanno lo scopo di fornire ai discenti le competenze manageriali utili alla realizzazione e alla gestione dei nuovi modelli assistenziali (in primis la riforma del territorio), nonché quelle relative alle innovazioni digitali e tecnologiche, al fine di affrontare la gestione del cambiamento e l'innovazione organizzativa in un'ottica sostenibile, flessibile e orientata al risultato.

Con nota protocollo n. 7427 del 11 luglio 2023, AGENAS ha definito i criteri di selezione dei partecipanti ai suddetti corsi di formazione manageriale. I requisiti specifici per l'ammissione ai corsi sono:

a) personale che ricopre ruoli apicali all'interno degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;

b) esperienza lavorativa qualificata nel Servizio Sanitario Regionale, attinente alla professionalità relativa al corso di formazione manageriale;

c) ricoprire un incarico di direzione/responsabilità/coordinamento dell'ente, dell'azienda, della struttura o dell'organismo ovvero di una delle sue articolazioni, a seguito di formale conferimento;

d) età anagrafica non superiore a quella prevista dalle vigenti norme per il collocamento a riposo obbligatorio, con una congrua aspettativa lavorativa.

Relativamente all'implementazione dell'intervento in argomento ciascuna Regione e Provincia Autonoma è tenuta a provvedere all'individuazione dell'Ente di formazione per l'erogazione dei corsi di formazione manageriale regionali, nel rispetto delle istruzioni tecniche e operative fornite dall'Unità di Missione per l'attuazione del PNRR del Ministero della Salute nonché delle indicazioni fornite da AGENAS.

A tal proposito, con la DGR 1074/2023, la regione Veneto ha individuato la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica- FSSP, quale ente di formazione incaricato all'erogazione e all'organizzazione dei predetti corsi.

Al riguardo, sono stati ripartiti i posti disponibili per ogni Azienda Sanitaria, secondo il criterio della numerosità delle strutture territoriali, ai sensi della DGR n. 136 del 15 febbraio 2022. I posti a disposizione per la nostra azienda sono 14 e i candidati sono stati già designati dalla direzione.

Collaborazione con la Fondazione Università Ca' Foscari in ambito di formazione specialistica universitaria.

A partire dall'a.a. 2021/2022 l'azienda ha sottoscritto un accordo di collaborazione con Fondazione Università Ca' Foscari - Ca' Foscari Challenge School (CFCS) per la organizzazione del Master in Economia e Management della Sanità – E.Ma.S. di 2° livello.

Il Master in Economia e Management della Sanità – E.Ma.S. mira a sviluppare conoscenze, competenze e abilità di progettazione, amministrazione e management delle attività racchiuse nel sistema sanitario e sociosanitario, indispensabili per assumere responsabilità organizzative di alto livello. Il percorso formativo, indirizzato sia a chi già opera nella sanità che ai candidati post-laurea, prepara specialisti abili a rivestire ruoli apicali nelle aziende sanitarie e sociosanitarie, nelle istituzioni di settore, nonché in aziende private operanti contesto sanitario. Come noto, in base a quanto sancito anche dall'atto aziendale, la formazione rappresenta per l'Azienda uno strumento strategico per l'aggiornamento e la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e il miglioramento dell'efficacia e efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni, nel perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. In quest'ottica, l'opportunità di collaborare con CFCS nel contesto di corsi di specializzazione universitaria ampiamente riconosciuti, con particolare focus sul Master E.Ma.S., rappresenta sicuramente una opzione che si pone in piena sintonia con la funzione strategica richiamata dall'atto aziendale, anche in considerazione del fatto che questo corso, in particolare, ha la capacità di essere rivolto in termini multidisciplinari a molte figure professionali presenti in azienda.

Anche il PSSR 2019-2023 promuove la collaborazione con l'Università che si attua anche nella formazione post laurea dei professionisti attraverso la progettazione congiunta e l'implementazione di master e/o corsi di perfezionamento indirizzati a professionisti in servizio presso enti e aziende del SSN, anche con riferimento a specifiche esigenze della programmazione socio sanitaria regionale.

Tra i contenuti dell'Accordo di collaborazione si rilevano:

- accoglienza per uno o più stage curricolari da parte degli studenti non occupati, previa valutazione dei profili degli stessi, o eventualmente segnalare altri enti o aziende interessati ad ospitare stage curriculari;
- consentire, nei limiti della propria ragionevole disponibilità, la partecipazione di propri dirigenti, dipendenti e/o collaboratori qualificati in qualità di relatori per docenze o testimonianze nell'ambito delle lezioni o dei convegni del Master;
- possibilità di frequenza al Master E.Ma.S. per dipendenti di ULSS 4 idonei;
- coinvolgere i dirigenti, dipendenti e/o collaboratori qualificati eventualmente individuati da ULSS 4 in qualità di relatori in attività di docenza / testimonianza nell'ambito del Master e/o di eventi correlati.

Sezione 4. Monitoraggio

4.1 Valore pubblico

Il "Rapporto sullo stato dell'equità della salute in Italia" del 2022 mette in luce l'importanza dei sistemi sanitari come agenti per il miglioramento non solo della qualità della salute, ma in generale per una migliore qualità di vita. Riportiamo una sintesi, tratta dal Rapporto già citato, dei vantaggi derivanti dall'esame degli impatti economici e sociali dei sistemi sanitari[12].

Per ciascun ambito indicato dal Rapporto è possibile un monitoraggio di medio termine, focalizzato su una serie di indicatori chiave e volto a restituire, per quanto di competenza dell'Azienda ULSS 4, il contributo fattivo della stessa alla costruzione di valore pubblico.

→ **Garantire un accesso equo alle cure.**

- Costruire la fiducia nella sicurezza e nella qualità dei servizi sanitari di base disponibili può ridurre i divari nell'accesso che derivano dal timore di ricevere cure di scarsa qualità o di contrarre infezioni associate all'assistenza sanitaria durante la pandemia e dopo, specialmente tra le persone che non hanno i mezzi finanziari per pagare i servizi sanitari privati. Per migliorare questa fiducia, a seguito della DGR 49/2022 sono stati avviati alcuni progetti regionali afferenti al sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del SSSR, che nell'annualità 2025 sono stabilmente integrati nella struttura organizzativa, diventando opportuni strumenti di monitoraggio (indagini PREMsH e PREMsT).
- Ottimizzare le possibilità di accesso al servizio, con una sufficiente flessibilità negli orari o nei turni di lavoro, in modo che i lavoratori possano accedere facilmente ai servizi di assistenza primaria.
- Migliorare la consapevolezza e l'accesso agli strumenti di prevenzione, in particolare per i servizi di Telemedicina, anche riducendo l'eventuale digital divide (spesso presente nelle fasce di popolazione più anziane) attraverso opportune azioni informative e formative.

→ **Aiutare a proteggere le persone dai fattori di rischio e dai comportamenti dannosi per la salute.**

- Continuare a promuovere la cultura della salute e della prevenzione, attraverso opportune campagne di sensibilizzazione sia presso gli utenti che presso i MMG/PLS.

→ **Valorizzare il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere.**

- Continuare e rafforzare le attività in collaborazione con le scuole, in particolare i Progetti di Prevenzione Territorio Scuola, confermando e valorizzando il trend crescente nell'utenza degli ultimi anni.

→ **Costruire la fiducia attraverso una comunicazione chiara e trasparente.**

- Mantenere l'aggiornamento costante di tutti i canali istituzionali con accesso diretto al pubblico (URP, sito web istituzionale, pagine social dedicate).

[12] Fonte: Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, 2019 (78).

Per quanto concerne inoltre la componente di valore pubblico legata alla vocazione turistica del territorio dell'AULSS 4, il contributo dell'azienda viene annualmente monitorato attraverso il report "Vacanze in Salute".

Per quanto riguarda infine le attività collegate con lo sviluppo del P.N.R.R., le progettualità sono collegate a specifici obiettivi anche per l'annualità 2025 e pertanto sono oggetto di costante monitoraggio presso la Regione.

4.2 Performance

A seguito della definizione da parte della Regione degli obiettivi regionali di salute e funzionamento per l'anno 2024, nonché della prosecuzione delle attività per il recupero delle liste di attesa e il rispetto delle tempistiche di erogazione dei servizi, tenuto conto della necessità di riequilibrare il rapporto tra domanda e offerta, si ritiene di impostare il monitoraggio, da un lato confermando la filiera delle responsabilità nella definizione degli obiettivi, identificando un elenco di obiettivi in grado di tenere conto della continuità sui temi strategici della programmazione regionale.

La contrattazione ha come obiettivo l'assegnazione degli obiettivi per l'anno e vedrà coinvolte tutte le articolazioni aziendali secondo il seguente schema di responsabilità:

Direttori di Area (Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Socio-Sanitari)	negoziano il budget delle Macro Strutture; negoziano il budget dei Dipartimenti e delle UOC/UOSD direttamente afferenti alla loro Direzione
Responsabili di Macro Struttura (Ospedale, Distretto Socio Sanitario, Dipartimento di Prevenzione)	negoziano il budget dei Dipartimenti afferenti alla loro Struttura ed il budget delle UOC/UOSD della loro Struttura non ricomprese in alcun Dipartimento
Direttori di Dipartimento	negoziano il budget delle UOC/UOSD afferenti al Dipartimento
Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (UOC/UOSD)	propongono gli obiettivi da raggiungere e le risorse necessarie, in sede di negoziazione del loro Budget; sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi loro assegnati, dell'analisi susseguente al monitoraggio nel corso dell'anno e dell'attivazione delle strategie necessarie per orientare l'attività verso gli obiettivi dati.

4.3 Prevenzione della Corruzione

Il monitoraggio e le azioni di risposta

Il processo di gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio viene effettuato dai medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio in stretta connessione con il RPCT ed eventualmente del sistema di programmazione e controllo e/o di IA.

Al fine di garantire la massima efficienza sarà confermata la modalità, introdotta nel 2016, di monitoraggio informatizzato attraverso il portale intranet aziendale.

A partire dal 2019, inoltre, come già accennato, sono state avviate azioni di auditing rispetto ai dati dichiarati in sede di monitoraggio dai singoli responsabili con il rilascio di conseguenti rilievi e raccomandazioni correttive.

Le attività di auditing nel corso del 2020 non sono state poste in essere per quanto attiene alle misure di prevenzione a causa dell'emergenza pandemica.

Relazione dell'attività svolta

Il RPCT entro il 31 gennaio 2025, come previsto da ANAC, il RPCT ha inoltrato alla direzione generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, pubblicata nel sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente.

Comunicazione

Il PTPC sarà pubblicato sul sito web dell'ULSS, nella sezione Amministrazione Trasparente.
Con la messa in produzione del nuovo portale, parte della comunicazione interna viene assorbita ora dal medesimo, soprattutto per quanto attiene agli atti di natura esterna all'azienda e che assumono valenza a carattere informativo generale.

Pianificazione Sezione rischi corruttivi e trasparenza

Nell'ottica di progressivo sviluppo ed implementazione del processo di programmazione, attuazione e sviluppo delle azioni di intervento indicate nel presente documento e fermo restando quanto stabilito dalla nuova organizzazione regionale ed aziendale anche in tema di strutture che espletano o afferiscono ai compiti del RPCT, l'ULSS promuove nell'arco del triennio di riferimento, le cadenze temporali riportate nella tabella seguente che si intende sostitutiva di quelle previste dai precedenti Piani triennali.

termini di attuazione	azioni previste
15 gennaio 2025	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 2° semestre
15 dicembre 2025	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale
31 gennaio 2025	aggiornamento sezione prevenzione di prevenzione della corruzione nel PIAO
30 aprile 2025 (salvo posticipo)	Verifica da parte dell'OIV, su proposta del RPCT degli adempimenti pubblicazione amministrazione trasparente
15 maggio 2025	Caricamento schede per il monitoraggio informatizzato misure prevenzione (vd. schede processi)
15 luglio 2025	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 1° semestre
31 luglio 2025	Programmazione ed esecuzione di 1 audit su misure di prevenzione in collaborazione con la funzione di IA (se previsto dal Piano audit)
15 dicembre 2025 (salvo posticipo)	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale
15 gennaio 2026	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 2° semestre
31 gennaio 2026	aggiornamento sezione prevenzione di prevenzione della corruzione nel PIAO
30 aprile 2026	Verifica da parte dell'OIV, su proposta del RPCT degli adempimenti pubblicazione amministrazione trasparente
15 maggio 2026	Caricamento schede per il monitoraggio informatizzato misure prevenzione (vd. schede processi)
15 luglio 2026	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 1° semestre
15 luglio 2026	Report monitoraggio informatizzato su 1° semestre misure prevenzione (vd. schede processi)
31 luglio 2026	Programmazione ed esecuzione di 1 audit su misure di prevenzione in collaborazione con la funzione di IA (da valutare anche alla luce del piano audit)
15 dicembre 2026 (salvo posticipo)	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale

15 gennaio 2027	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 2° semestre
15 dicembre 2027	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale
31 gennaio 2027	aggiornamento sezione prevenzione di prevenzione della corruzione nel PIAO
30 aprile 2027 (salvo posticipo)	Verifica da parte dell'OIV, su proposta del RPCT degli adempimenti pubblicazione amministrazione trasparente
15 maggio 2027	Caricamento schede per il monitoraggio informatizzato misure prevenzione (vd. schede processi)
15 luglio 2027	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 1° semestre
31 luglio 2027	Programmazione ed esecuzione di 1 audit su misure di prevenzione in collaborazione con la funzione di IA (se previsto dal Piano audit)
15 dicembre 2027 (salvo posticipo)	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale