

REGIONE DEL VENETO



ULSS5
POLESANA

PIAO

Piano Integrato di Attività
ed Organizzazione

2025
2027

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
1.1 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA	11
1.2 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA DISTRETTUALE	15
1.3 LIVELLO ESSENZIALE DI PREVENZIONE	22
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	25
2.1 VALORE PUBBLICO.....	26
2.1.1 GLI OBIETTIVI PER FAVORIRE LE PARI OPPORTUNITÀ E L'EQUILIBRIO DI GENERE: IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	34
2.2 PERFORMANCE.....	37
2.2.1 LE LINEE STRATEGICHE E GLI OBIETTIVI	37
2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	56
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	60
2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA...68	
2.3.2 LE AZIONI GENERALI	68
2.3.3 CONTESTO LOCALE ESTERNO	69
2.3.4 CONTESTO INTERNO.....	71
2.3.5 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO IN COLLABORAZIONE CON INTERNAL AUDITING.....71	
2.3.6 AREE DI RISCHIO SPECIFICHE.....	73
2.3.7 MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	75
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	101
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	102
3.1.1 ORGANIGRAMMA.....	102
3.1.2 I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA	102
3.1.3 AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE	103
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	105
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	108
3.3.1 RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE.....	108
3.3.2 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE	110
3.3.3 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	127
SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	131
4.1 MONITORAGGIO.....	132
4.1.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO.....	132

4.1.2 MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE.....	135
4.1.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	140
4.1.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	140

INTRODUZIONE

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

Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare, con il D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81 sono stati individuati gli adempimenti relativi ai documenti che confluiranno nel Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha definito il contenuto del Piano che deve comprendere, oltre alla scheda anagrafica dell'amministrazione, le seguenti sezioni:

- Valore pubblico, Performance e Anticorruzione;
- Organizzazione e Capitale umano;
- Monitoraggio.

A livello regionale la DGR 1717 del 30/12/2022 ha fornito le linee guida alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale per la predisposizione del PIAO.

All'interno dell'Azienda, la programmazione delle attività si sviluppa lungo linee strategiche diverse, ma correlate fra loro, che necessitano di una programmazione e una gestione complessiva e integrata. All'esigenza di omogeneità e integrazione risponde il PIAO, che racchiude in un unico strumento gli adempimenti in materia di performance, gestione delle risorse umane e prevenzione della corruzione. Il PIAO vuole rappresentare, quindi, una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione. Il PIAO è predisposto in collaborazione con tutti i servizi impegnati nella redazione dei documenti di programmazione, ha validità triennale e deve essere aggiornato e adottato ogni anno.

Il PIAO si articola in diverse sezioni che, pur avendo ambiti di applicazione specifici, sono strettamente interconnesse tra loro nella creazione di Valore pubblico.

La sezione "Valore pubblico" del PIAO e la "Performance" sono strettamente collegate, poiché una buona performance, in termini di efficienza, efficacia e qualità dei servizi offerti, è il principale mezzo attraverso il quale l'azienda sanitaria può generare valore per la collettività.

La pianificazione in ambito di anticorruzione e trasparenza è cruciale per garantire che le risorse pubbliche siano utilizzate nel miglior modo possibile per il benessere collettivo, contribuendo così a generare valore pubblico. Infatti la trasparenza permette ai cittadini di monitorare e valutare l'efficacia dell'operato dell'azienda, mentre le politiche anticorruzione proteggono l'intero sistema da abusi, garantendo che i servizi sanitari siano forniti in modo equo, efficiente, responsabile ed

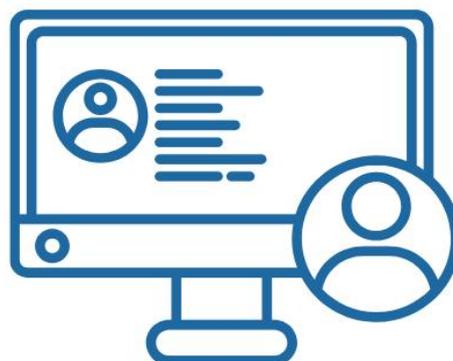
etico. Il rispetto di tali principi aumenta la fiducia dei cittadini e contribuisce anche a migliorare la qualità dei servizi sanitari.

Il capitale umano rappresenta il motore che consente all'Azienda sanitaria di realizzare gli obiettivi strategici definiti nel PIAO, creando così valore per l'intera comunità. La gestione del personale, la sua formazione continua, il suo benessere, la sua motivazione e l'allineamento delle competenze con le esigenze dell'azienda sono strumenti chiave per massimizzare l'impatto positivo sulla qualità dei servizi e sul valore pubblico complessivo.



Sezione 1.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE



ULSS 5 "POLESANA" - SCHEDA ANAGRAFICA

SEDE LEGALE
CODICE FISCALE
PEC
SITO WEB
DIRETTORE GENERALE

Viale Tre Martiri, 89 - Rovigo
01013470297
protocollo.aulss5@pecveneto.it
<https://www.aulss5.veneto.it/>
dott. Pietro Girardi



COMUNI

51



DISTRETTI

2



POPOLAZIONE E TERRITORIO - INDICATORI DEMOGRAFICI

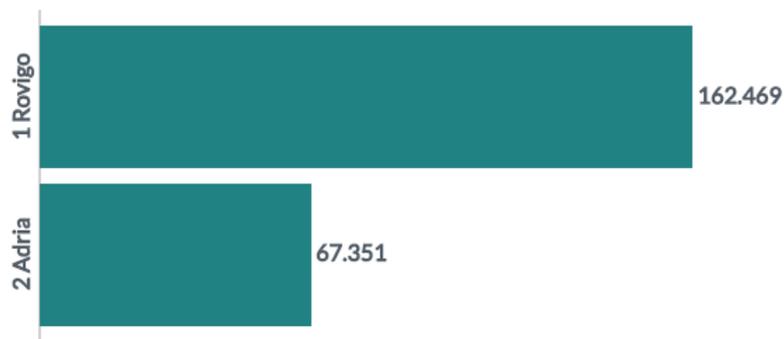
Fonte dati: ISTAT

Periodo di analisi: Popolazione al 01/01/2024 (indice di natalità al 31/12/2023)

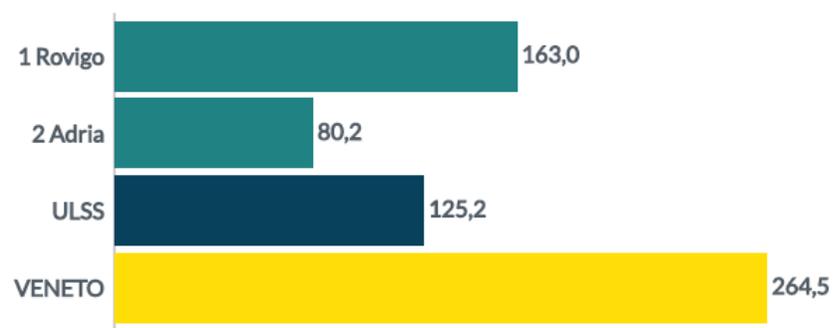


RESIDENTI IN ULSS

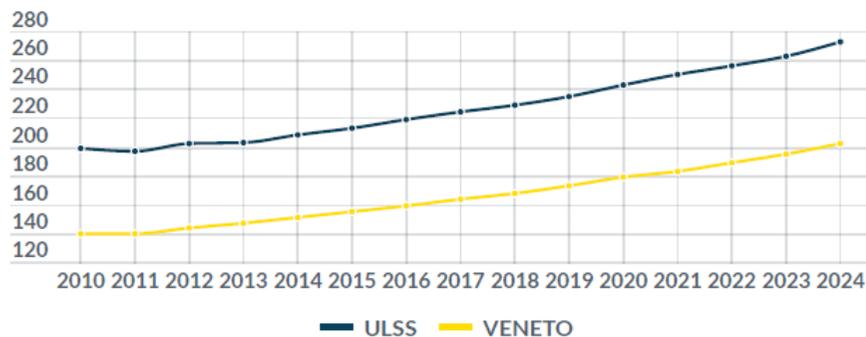
Numero di residenti, per distretto



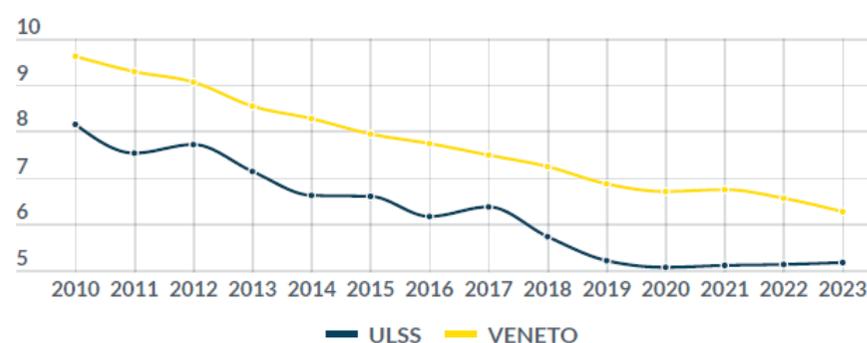
Densità abitativa (residenti/kmq)



Indice di vecchiaia



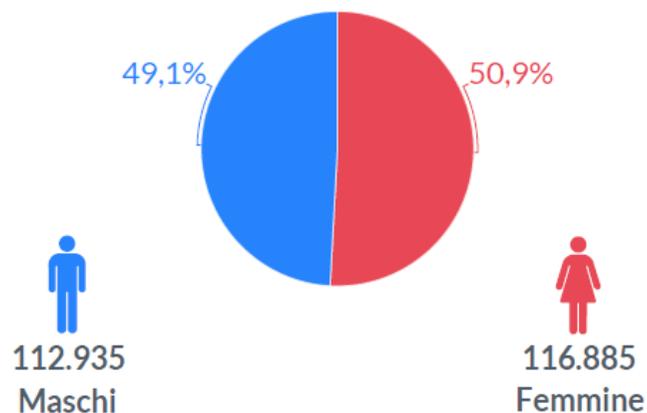
Indice di natalità



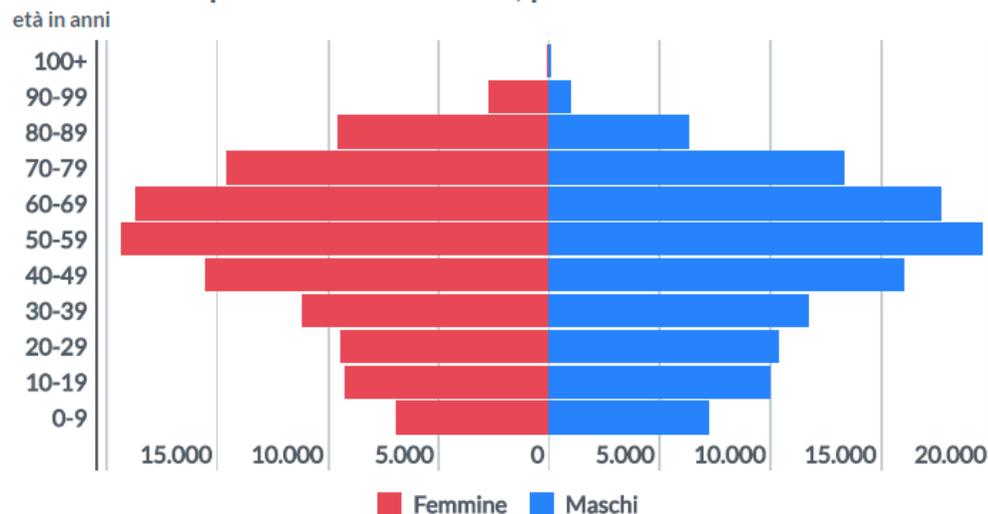
POPOLAZIONE RESIDENTE

Fonte dati: ISTAT
 Periodo di analisi: Popolazione al 01/01/2024

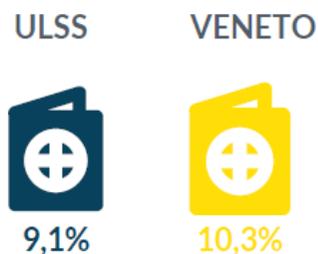
Distribuzione della popolazione residente, per sesso



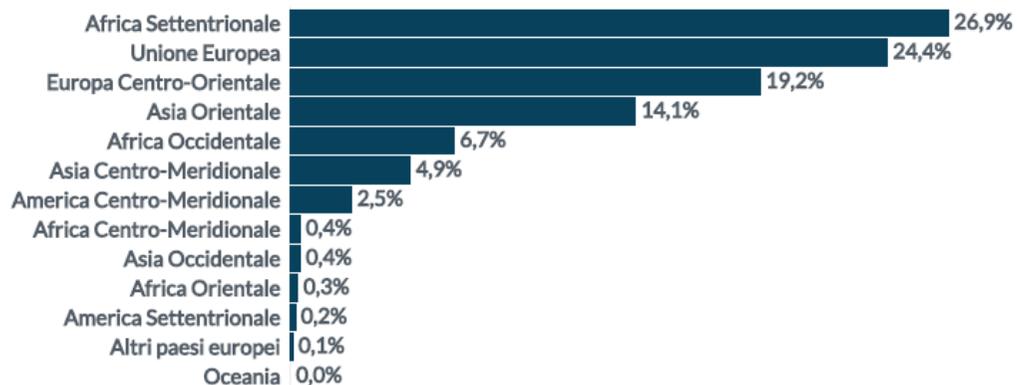
Popolazione residente, per sesso e classi di età



Proporzione (%) di residenti stranieri



Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine



POPOLAZIONE - ESENZIONI PER PATOLOGIA

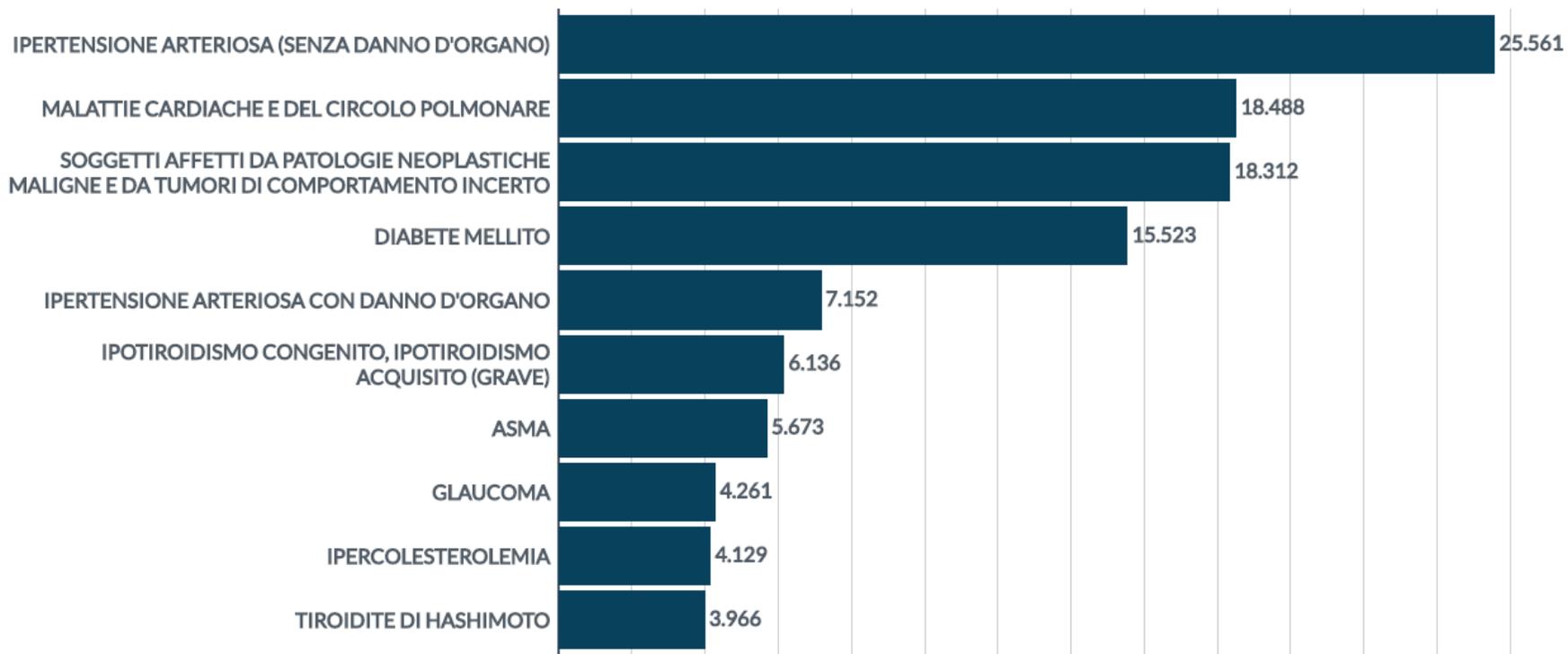
Fonte dati: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale
Periodo di analisi: Anno 2024



135.612

ESENZIONI ATTIVE PER PATOLOGIA

Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)



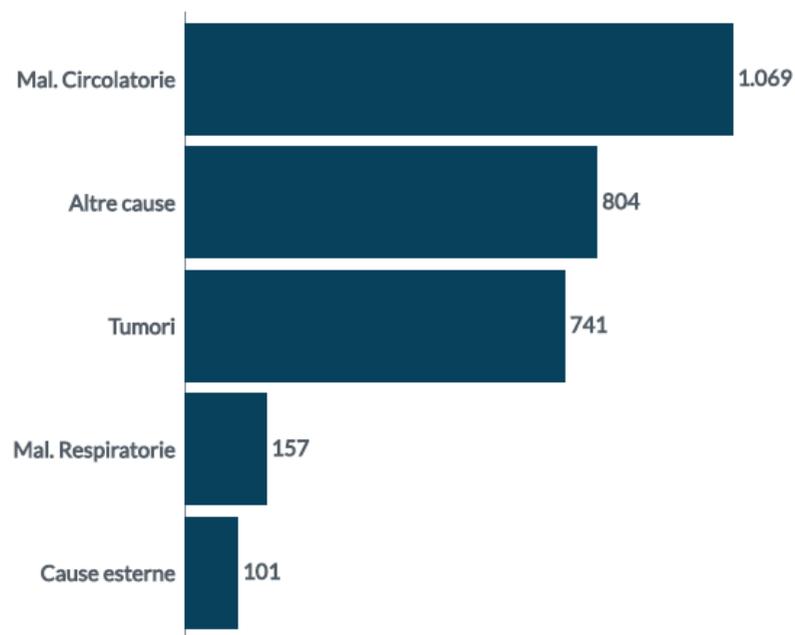
POPOLAZIONE - DECESSI E CAUSE DI MORTE

Fonte dati: Registro regionale di Mortalità
 Periodo di analisi: Anno 2023

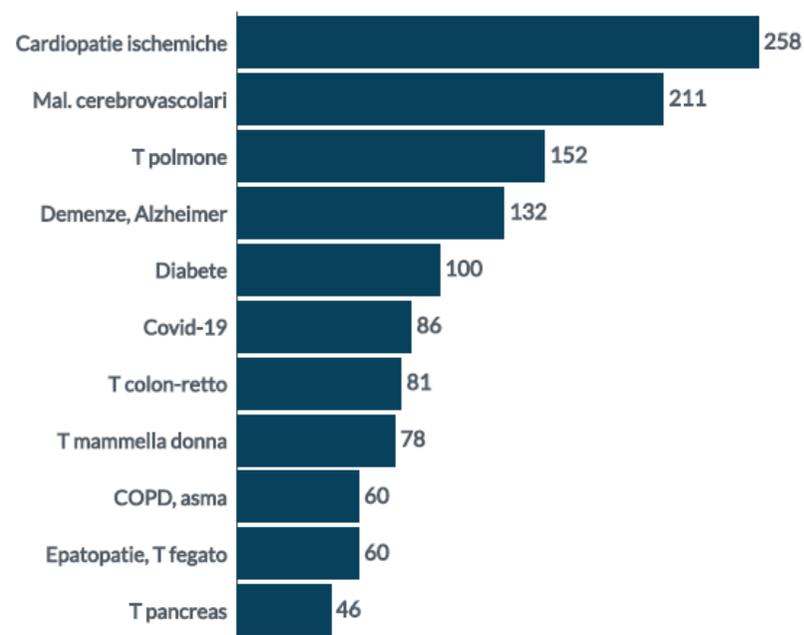


DECESSI

Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso



Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso



1.1 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le prestazioni del livello assistenza ospedaliera sono erogate dalle seguenti strutture:

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

ATTIVITÀ OSPEDALIERA - PRONTO SOCCORSO

Fonte dati: Flusso Pronto Soccorso (EMUR PS)

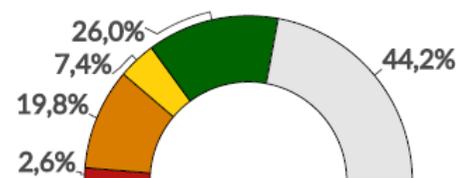
Periodo di analisi: Anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023 - 30/11/2024)

**ACCESSI IN
 PRONTO SOCCORSO**
 Anno 2024



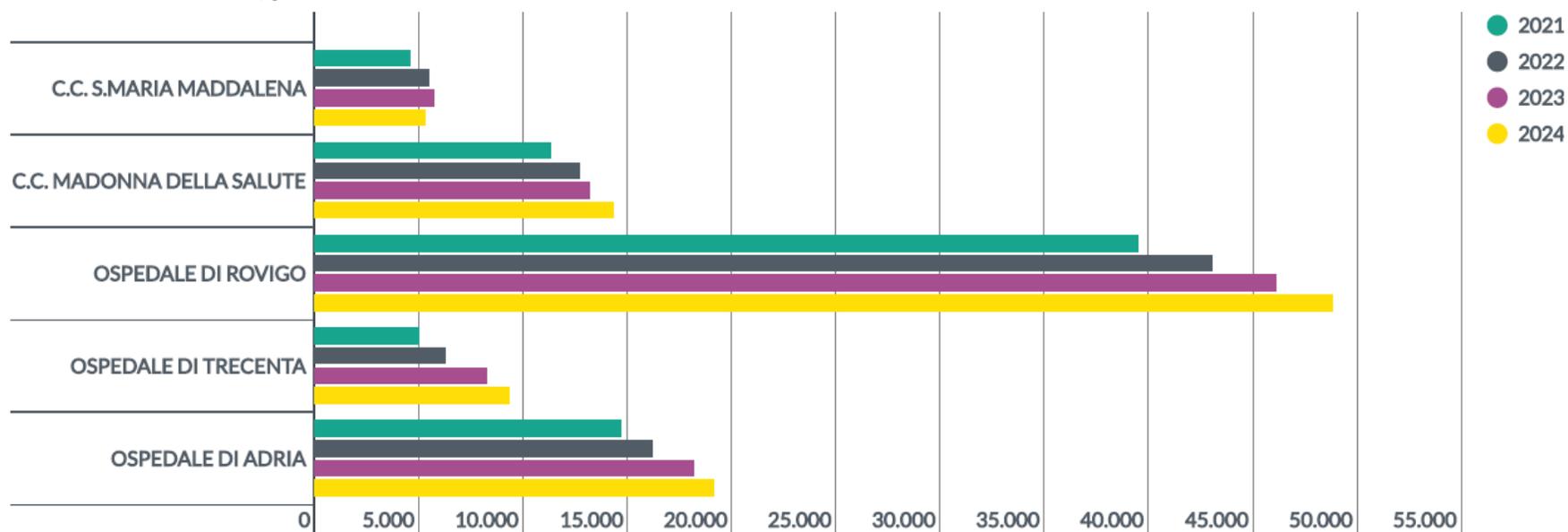
Distribuzione degli accessi, per triage di accesso

Anno 2024



● 1. Rosso ● 2. Arancione ● 3. Giallo ● 4. Verde ● 5. Bianco

Numero di accessi, per anno e struttura



ATTIVITÀ OSPEDALIERA - INTERVENTI

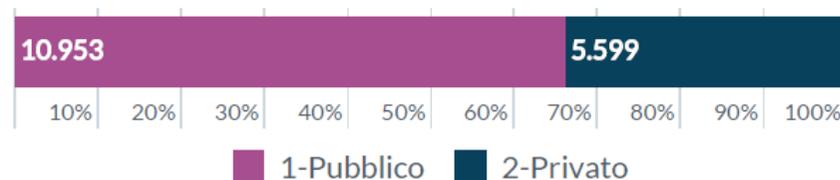
Fonte dati: Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
 Periodo di analisi: Anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023 - 30/11/2024)

**INTERVENTI
 ESEGUITI**
 dimissioni con DRG chirurgico
 Anno 2024

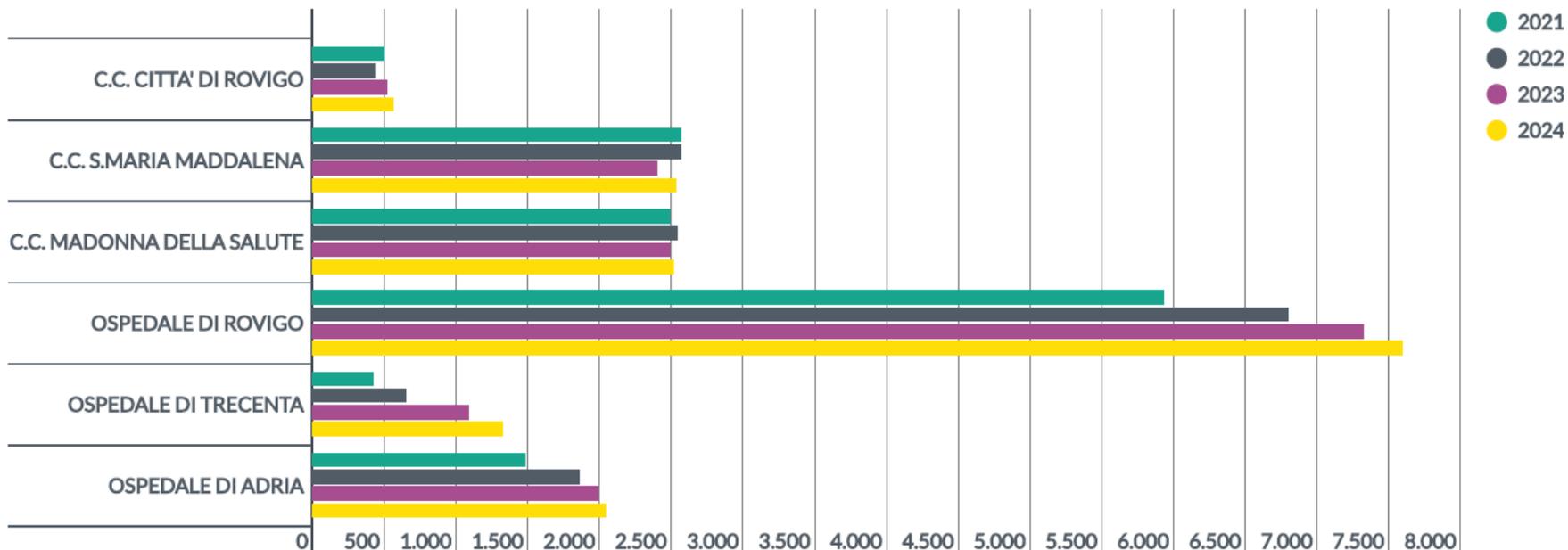


16.552

Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura
 Anno 2024



Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero



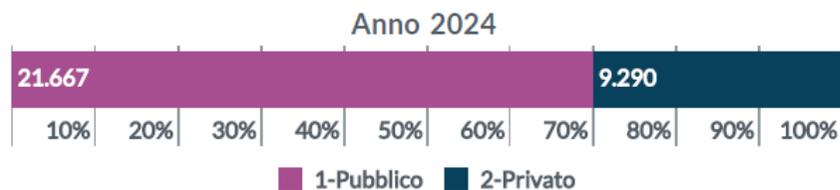
ATTIVITÀ OSPEDALIERA - RICOVERI

Fonte dati: Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)
 Periodo di analisi: Anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023 - 30/11/2024)

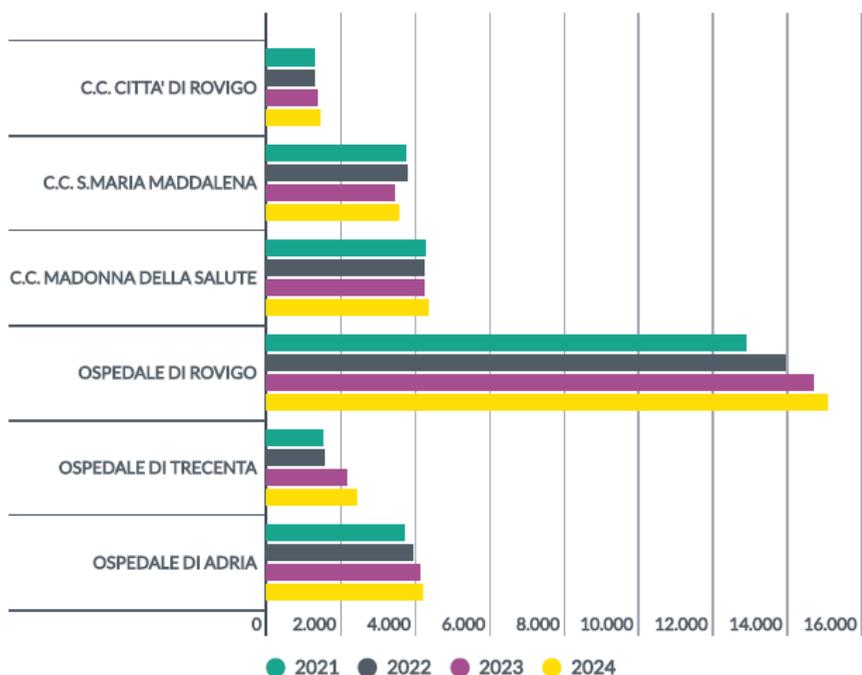
**RICOVERI
 OSPEDALIERI**
 Anno 2024


30.957

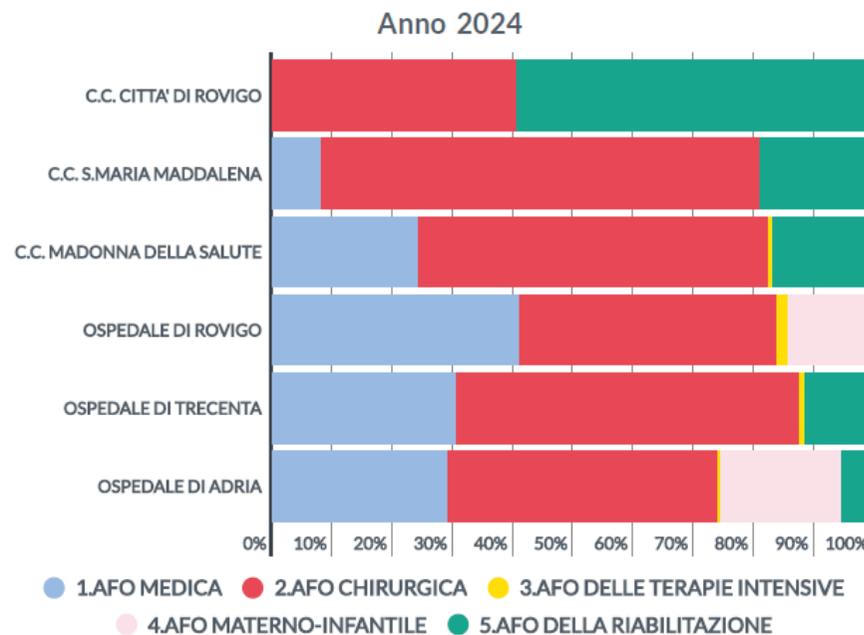
Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura



Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero



Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area



1.2 LIVELLO ESSENZIALE DI ASSISTENZA DISTRETTUALE

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

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	N. 2 Distretti: - Distretto 1 di Rovigo - Distretto 2 di Adria
Centrale Operativa Territoriale	N. 3 sedi
Strutture intermedie	N. 2 Ospedali di Comunità: - pubblico ODC - Ospedale S. Luca Trecenta ODC - Ospedale di Adria N. 1 Unità Riabilitativa Territoriale: - pubblico URT – Ospedale di Adria N. 2 Hospice: - privato convenzionato HOS - IPAB Casa Albergo per Anziani – Lendinara - pubblico HOS – Ospedale di Adria
Poliambulatori specialistici	N. 17 pubblici
	N. 7 privati accreditati
Strutture per infanzia, adolescenza, famiglia e consultori	N. 5 Consultori pubblici
	N. 8 Ambulatori Neuropsichiatria Infantile

Strutture per anziani	N. 22 Centri Servizi per un totale di 2.316 PL privati accreditati N. 1 Centro Diurno Anziani con 8 PL privato accreditato
Strutture per persone con disabilità	N. 11 Centri Diurni per Disabilità pubblici N. 3 Altre strutture private accreditate
Strutture per la salute mentale	N. 6 Centri Diurni assist.psich. pubblici N. 4 CSM pubblici N. 12 Comunità/Appartamenti pubblici N. 1 Altra struttura privata accreditata
Strutture per persone con dipendenze	N. 4 Strutture pubbliche N. 1 Struttura privata accreditata
Medici di Assistenza Primaria (MMG)	124
Pediatri di Libera Scelta convenzionati	18
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	N.9 sedi di continuità assistenziale (5 nel D1, 3 nel D2, 1 in carcere)
Farmacie convenzionate	94 (90 Farmacie + 2 Dispensari + 2 Succursali)

ATTIVITÀ TERRITORIALE - SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Fonte dati: Flusso specialistica ambulatoriale

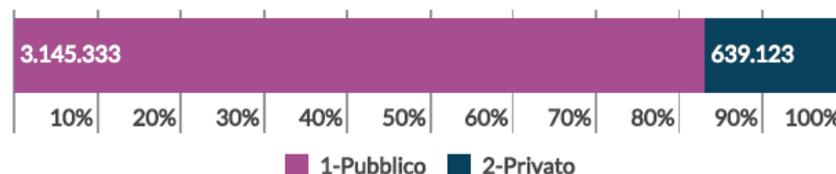
Periodo di analisi: Anni 2021-2024 (2024: 01/11/2023 - 31/10/2024)

**PRESTAZIONI
 AMBULATORIALI
 EROGATE**
 Anno 2024

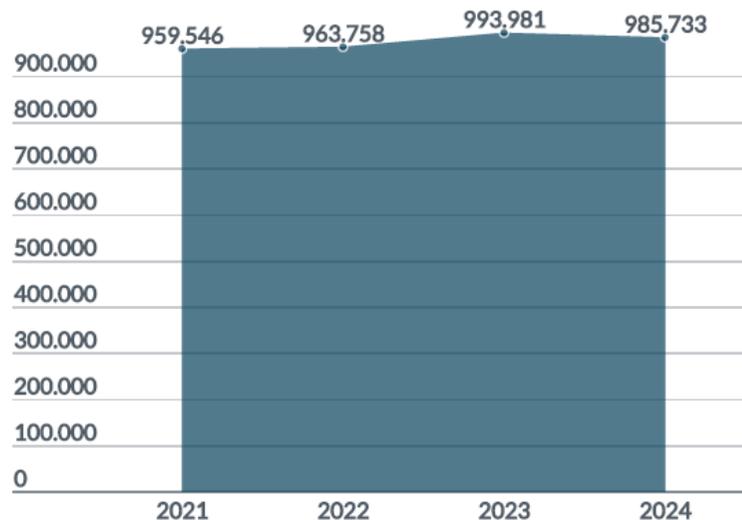


Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per tipologia di struttura di erogazione

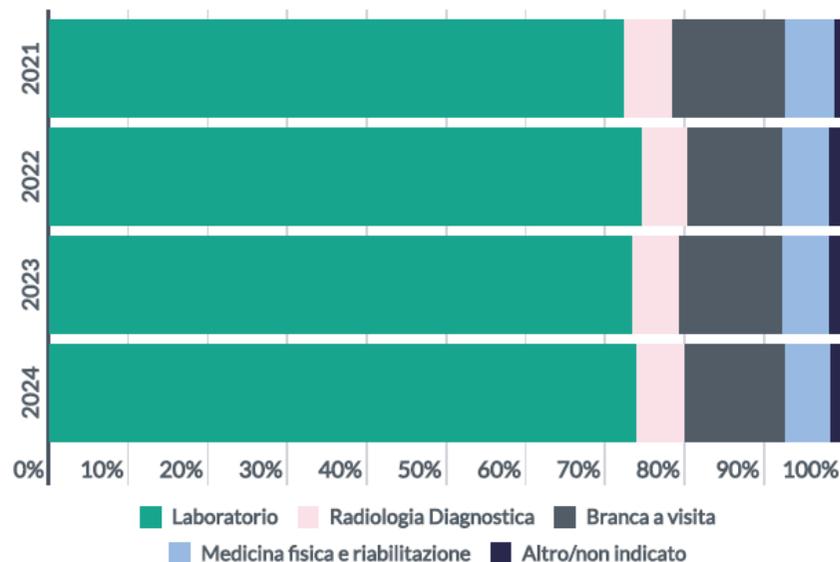
Anno 2024



Numero di visite specialistiche ambulatoriali, per anno (escluso laboratorio)



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



ATTIVITÀ TERRITORIALE - STRUTTURE INTERMEDIE

Fonte dati: Flusso ODC-URT (Ospedali Di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali); Flusso Hospice
 Periodo di analisi: Anni 2021-2024 (per 2024: ODC URT: 01/12/2023 - 30/11/2024; HOSPICE: 01/10/2023 - 30/09/2024)

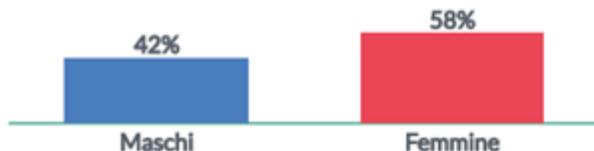
PAZIENTI IN ODC/URT

Anno 2024

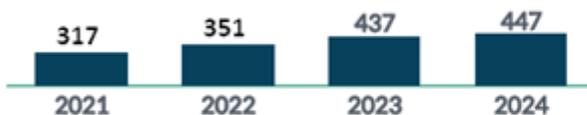


Distribuzione dei pazienti in ODC/URT, per sesso

Anno 2024

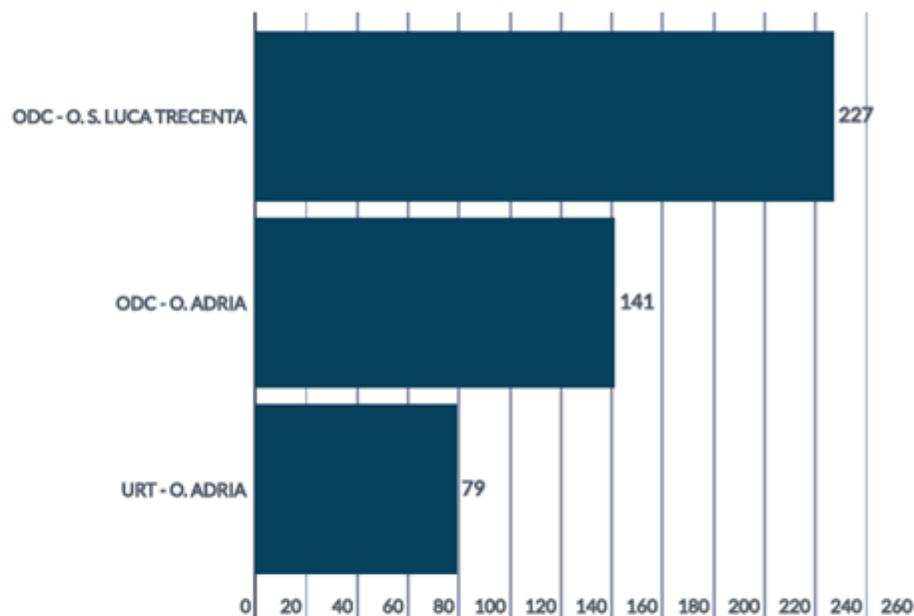


Pazienti in ODC/URT, per anno



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

Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2024

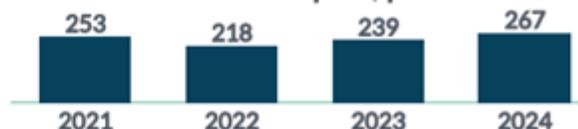


PAZIENTI IN HOSPICE

Anno 2024



Pazienti in Hospice, per anno



ATTIVITÀ TERRITORIALE - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Fonte dati: Flusso Assistenza e Cure Domiciliari - ADI

Periodo di analisi: Anni 2022-2024 (2024: 01/10/2023 - 30/09/2024)

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

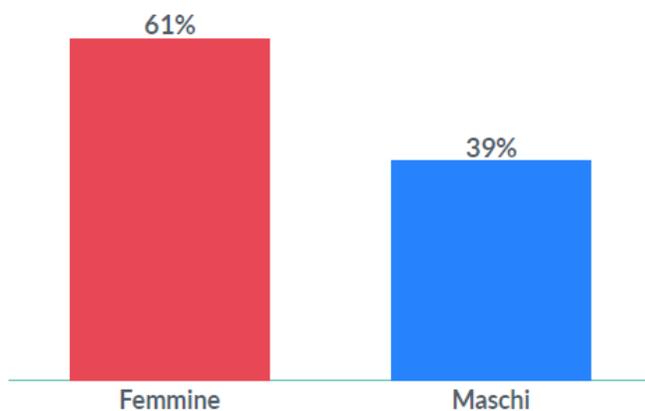
Anno 2024



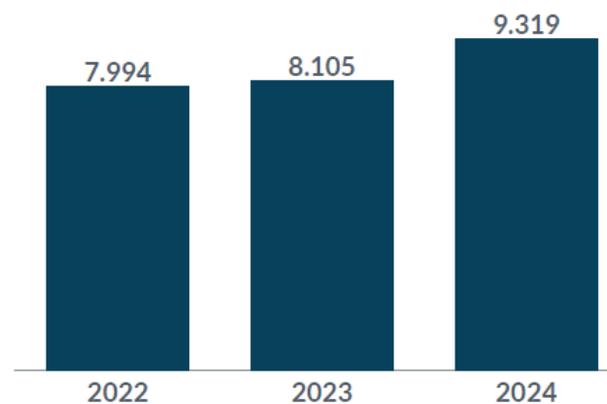
9.319

Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

Anno 2024



Numero di pazienti in ADI, per anno



ATTIVITÀ TERRITORIALE - SALUTE MENTALE

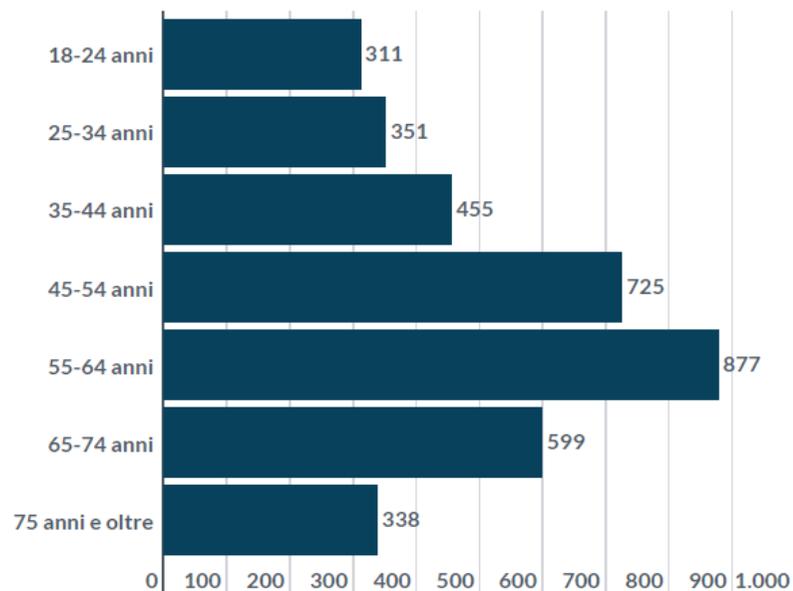
Fonte dati: Flusso Psichiatria Territoriale (SISM)
 Periodo di analisi: Anno 2024 (01/11/2023 - 31/10/2024)

**UTENTI CON ALMENO UN
 CONTATTO CON I SERVIZI
 DI SALUTE MENTALE**

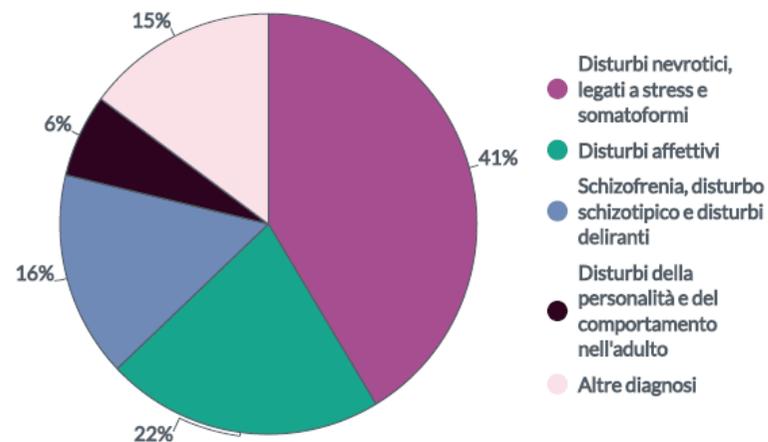
3.656



Numero di utenti con almeno un contatto con i servizi di salute mentale, per età



Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico



ATTIVITÀ TERRITORIALE - ASSISTENZA PRIMARIA

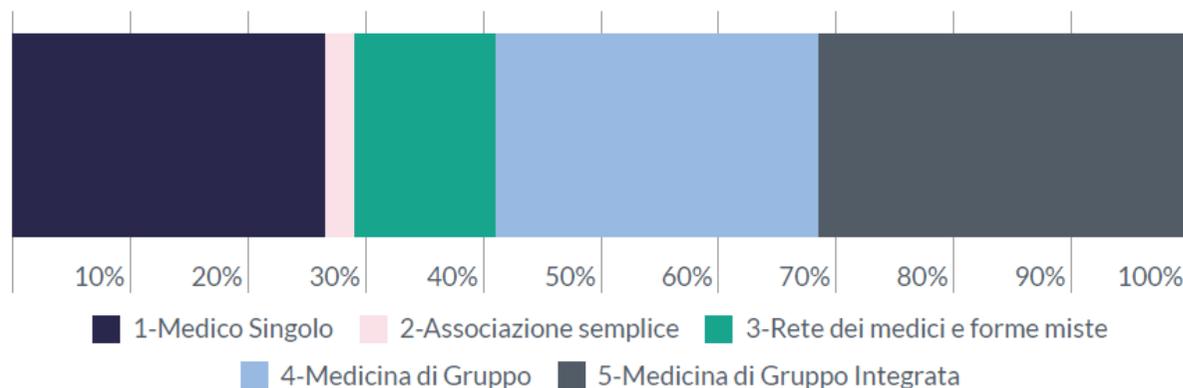
Fonte dati: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale
 Periodo di analisi: Anno 2024



124

**MEDICI DI MEDICINA
 GENERALE (MMG)**

Distribuzione dei Medici di Medicina Generale, per forma associativa

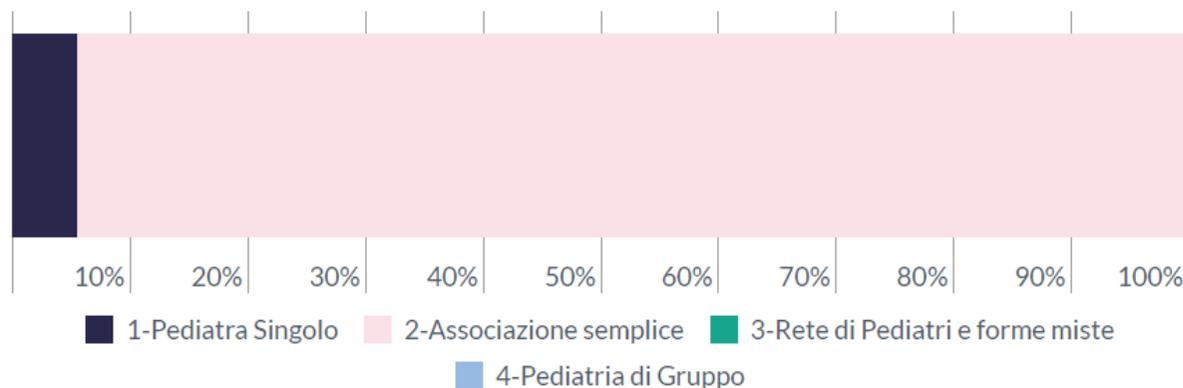


Distribuzione dei Pediatri di Libera Scelta, per forma associativa



18

**PEDIATRI DI
 LIBERA SCELTA (PLS)**



1.3 LIVELLO ESSENZIALE DI PREVENZIONE

Elenco delle strutture che erogano servizi sanitari e socio-sanitari dell'Azienda Ulss 5, ad esclusione dell'attività di vigilanza.

Servizi sanitarie e socio-sanitari	
Attività ambulatoriali	<p><u>Ambulatori vaccinali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo c/o Cittadella Socio Sanitaria - Sede di Trecenta c/o Ospedale Trecenta - Sede di Adria c/o Ospedale di Adria <p><u>Ambulatori viaggiatori internazionali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo c/o Cittadella Socio Sanitaria
	<p><u>Ambulatori nutrizionali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo c/o Cittadella Socio Sanitaria - Sede di Adria c/o Ospedale di Adria
	<p><u>Ambulatori di medicina dello sport:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo c/o Cittadella Socio Sanitaria - Sede di Trecenta c/o Ospedale Trecenta - Sede di Adria c/o Ospedale di Adria
	<p><u>Ambulatori di medicina legale:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo c/o Cittadella Socio Sanitaria - Sede di Badia Polesine c/o Punto Sanità - Sede di Castelmasse c/o Punto Sanità

	<ul style="list-style-type: none"> - Sede di Adria c/o Ospedale di Adria
<p>Attività dei Servizi Veterinari</p>	<p><u>Ambulatori di medicina del lavoro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo c/o Cittadella Socio Sanitaria - Sede di Adria c/o Ospedale di Adria
	<p><u>Canile sanitario</u> (libera professione su animali di proprietà):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Via Argine Zucca, 3/D loc. Fenil del Turco Anagrafe canina, rilascio passaporti, registrazione animali, identificazione cani e gatti.
	<p><u>c/o Cittadella Socio Sanitaria di Rovigo e Ospedale di Adria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anagrafe animali e allevamenti - Certificazioni export animali e certificazioni sanitarie/documenti in genere
	<p><u>N. 4 ambulatori veterinari:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede di Rovigo - Sede di Badia Polesine - Sede di Castelmassa - Sede di Taglio di Po

ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Fonte dati: per copertura screening: Sistema Informativo Screening; per copertura vaccinale: Anagrafe Vaccinale Regionale
 Periodo di analisi: copertura screening: 2024 (dato parziale 01/01-30/09); copertura vaccinale "Esavalente": 2024 (dato parziale 07/2024); copertura vaccinale "Influenza" e "HPV": 2023



Copertura screening (%)



64%

Mammella



69%

Colon-retto



65%

Cervice uterina

Copertura vaccinale (%)



95%

Esavalente*



55%

Influenza**



84%

Papilloma virus (HPV)



*ciclo base pediatrico

**influenza nell'anziano (65+ anni)



Sezione 2.

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE



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

2.1 VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

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

A livello internazionale si è aperto un dibattito che ha portato alla condivisione di una nuova definizione di salute, intesa come "capacità di adattamento e di autogestione di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive" (British Medical Journal, 2011), sottolineando in questo modo che lo stato di benessere e la qualità della vita sono strettamente connessi al contesto, che è diventato

sempre più mutevole e dinamico. In quest'ottica la salute è il risultato di un processo complesso che comporta una stretta connessione tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali.

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

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

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

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

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



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

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

Fonte: Istat Benessere e sostenibilità – Ottobre 2022

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

(a) 1 indicatore ripetuto in più Goal

(b) 4 indicatori ripetuti in più Goal

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

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

La nuova direttiva emanata lo scorso 14 gennaio 2025 dal Ministro per la Pubblica Amministrazione in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano segue i precedenti atti di indirizzo sul rafforzamento delle competenze (23 marzo 2023) e sulla misurazione e valutazione della performance (28 novembre 2023). *“Con questo nuovo atto di indirizzo vengono ribaditi i principi cardine della formazione, che costituisce una leva strategica per la crescita delle nostre persone e per le amministrazioni pubbliche”*.

La Direttiva mira a guidare le amministrazioni verso l'individuazione di soluzioni formative funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici e al perseguimento delle finalità sottese alla formazione dei dipendenti pubblici richieste dal PNRR e necessarie per il conseguimento dei suoi target.

Le priorità formative comprendono 5 principali aree di competenza: leadership e soft skills; competenze per la transizione amministrativa, digitale e ecologica; competenze relative a principi e valori delle amministrazioni (inclusione, etica, integrità, sicurezza e trasparenza).

La promozione della formazione costituisce, quindi, uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative, in modo da garantire, a partire dal 2025, il conseguimento dell'obiettivo di 40 ore di formazione annue per dipendente.

Per quanto attiene il sistema dell'offerta formativa la direttiva precisa che le Amministrazioni Pubbliche si avvalgono prioritariamente delle risorse messe a disposizione a titolo gratuito dal Dipartimento della Funzione Pubblica attraverso la piattaforma “Syllabus”.

L'Azienda Ulss 5 Polesana si avvale, altresì, dell'offerta formativa promossa dal Consorzio per la Ricerca Sanitaria CORIS, ente dedicato alla promozione e al sostegno della ricerca scientifica nel settore sanitario, a cui l'Azienda risulta consorziata. Tale ente ogni anno propone corsi di formazione sull'utilizzo di PubMed, sugli strumenti utili per pubblicare, sulla gestione del budget nei progetti di ricerca e sugli aspetti connessi alla privacy e alla gestione dei consensi informati, sulla comunicazione e public speaking in ambito scientifico/sanitario.

Analogamente la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e il Formez PA, nell'attuazione delle rispettive funzioni istituzionali, mettono a disposizione degli enti pubblici, percorsi formativi per lo sviluppo di competenze di livello avanzato e/o specialistiche.

Qualora le amministrazioni rilevino fabbisogni formativi su tematiche specifiche non presenti nell'offerta formativa sulla piattaforma Syllabus possono:

- a) accedere a finanziamenti del PNRR messi a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica per l'attuazione di percorsi formativi specifici connessi a finalità strategiche precipue dei singoli enti;
- b) avvalersi dei corsi di formazione erogati dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione;
- c) promuovere l'iscrizione a condizioni agevolate dei propri dipendenti presso le Università aderenti all'iniziativa “PA 110 e lode”;
- d) utilizzare altre risorse dedicate e/o proprie risorse finanziarie.

Al fine di promuovere lo sviluppo delle professionalità dell'Azienda Ulss 5 Polesana, nel corso del 2023, tutto il personale dipendente è stato profilato nella piattaforma Syllabus in modo da poter

avviare l'attività formativa. Nel corso del 2024 gli utenti abilitati risultano n. 3361, di cui n. 1068 hanno avuto accesso alla Piattaforma e fruito a vario titolo della formazione proposta.

Il valore pubblico di un'azienda sanitaria viene realizzato in maniera più immediata dagli obiettivi che riguardano in modo diretto le attività di natura sanitaria e socio-sanitaria e che vanno ad impattare in senso migliorativo sulla salute dei cittadini, ma anche con obiettivi più generali che impattano sul benessere e sulla qualità della vita nel suo complesso. In questo senso, anche gli obiettivi non strettamente connessi alla salute, che puntano all'innovazione digitale, alla semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa, hanno sicuramente un impatto sul valore pubblico per tutti i cittadini, con una prospettiva anche a lungo termine.

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

L'esperienza dei pazienti è riconosciuta come una misura fondamentale della qualità dei servizi sanitari erogati.

L'Azienda a partire dal 2023 ha aderito alla Campagna regionale "La tua voce per una sanità migliore".

Tale iniziativa racchiude un insieme di progetti che hanno la finalità di valorizzare il contributo, facilitandone la partecipazione, dei 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.

La Regione Veneto, tramite l'Osservatorio Permanente di Azienda Zero ed in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 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.

I progetti si propongono di raggiungere più obiettivi:

- consolidare un programma regionale di rilevazione, analisi e valutazione dell'esperienza e della soddisfazione degli utenti del Servizio Socio Sanitario Regionale (SSSR);
- definire e consolidare strumenti di rilevazione di aspetti dell'assistenza che influiscono in misura importante sulla percezione che gli utenti hanno della qualità del servizio;
- consolidare un sistema condiviso e diffuso di gestione delle segnalazioni degli utenti dei servizi sanitari e socio sanitari, in forma di reclamo, suggerimento o apprezzamento-elogio.

Per quanto riguarda la partecipazione attiva della cittadinanza, l'Azienda Ulss 5 Polesana ha aderito alla campagna nel 2023 con l'avvio di due progetti denominati PREMs Ospedale e PARIs (successivamente denominato PREMs Territorio e Comunità).

La prima indagine **PREMs Ospedale** ha la finalità di conoscere il punto di vista dei pazienti che hanno avuto un episodio di cura (ricovero ordinario) presso i presidi ospedalieri aziendali (Rovigo, Adria e Trecenta), dal momento iniziale dell'accesso alla struttura sanitaria, al ricovero, fino a quello finale della dimissione.

La partecipazione è volontaria e consiste nella compilazione di un questionario on-line che viene inviato tramite indirizzo mail e/o numero di cellulare dopo avvenuta adesione all'indagine.

I risultati dell'indagine sono stati oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi di miglioramento. Le azioni di miglioramento messe in atto sono le seguenti:

- a) La Carta dei Diritti e dei Doveri del Cittadino in ambito Socio-Sanitario.

L'Azienda Ulss 5 Polesana ha deciso di produrre il documento denominato "La Carta dei Diritti e dei Doveri del Cittadino in ambito Socio-Sanitario" al fine di garantire ai propri assistiti il principio del diritto alla salute sancito dalla Costituzione, i diritti specifici contenuti nelle leggi nazionali e regionali e sottinteso "comune senso etico", ma al tempo stesso sancire l'importanza di comportamenti responsabili anche da parte degli Assistiti e dei loro Familiari.

- b) Percorso formativo sulla revisione dei documenti istituzionali.

È nata d'obbligo dunque la necessità di organizzare un percorso di formazione sul campo per tutte le UO sia Ospedaliere che Territoriali.

- c) Organizzazione di incontri a livello dipartimentale per aumentare l'adesione all'indagine e per far crescere la cultura dell'importanza della Customer Satisfaction.

La seconda indagine **PREMs Territorio e Comunità**, partita a novembre 2023, è anch'essa un progetto Ministeriale di cui la Regione Veneto fa parte e prevede la realizzazione di un'indagine sulle cure territoriali ad assistiti e professionisti sanitari.

Questa indagine riguarda l'esperienza e gli esiti delle cure primarie e ha la finalità di conoscere il punto di vista dei pazienti che hanno avuto un episodio di visita ambulatoriale presso una struttura ambulatoriale dell'Azienda Ulss 5 Polesana: prima visita e/o controllo negli ambulatori specialistici: di Pneumologia, Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia.

I risultati dell'indagine hanno permesso di pianificare delle azioni di miglioramento:

- a) Potenziare la gestione dell'indagine PREMs T all'interno dell'Ulss 5 Polesana, attraverso il miglioramento dell'organizzazione interna.

Al fine di aumentare il numero degli operatori che conoscono l'indagine regionale e che utilizzino quotidianamente le attività di reclutamento facendole diventare "prassi di competenza acquisita", si è costituito un gruppo di lavoro tecnico multi professionale che periodicamente analizza lo stato dell'arte dell'indagine e individua in itinere le problematiche e ne trova la modalità di miglioramento.

- b) Costituzione di un gruppo di lavoro per il miglioramento delle liste di attesa per le visite ambulatoriali.

La Direzione strategica ha avviato la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale con il compito di supportare quotidianamente la direzione nell'erogazione del LEA Assistenza specialistica ambulatoriale.

- c) Migliorare la gestione dell'indagine PREMs T all'interno dell'Ulss 5 Polesana, attraverso il miglioramento dell'organizzazione interna.

Come per il PREMs H anche per l'indagine PREMs T è stato deciso di costituire un gruppo di lavoro con più competenze professionali per tentare di migliorare sia il recepimento dell'importanza dell'indagine da parte degli operatori, che l'adesione della cittadinanza all'indagine stessa.

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

Il Piano delle Azioni Positive della Regione Veneto 2024-2026 mira a monitorare le azioni finalizzate a garantire la parità e l'equità nella gestione del personale e nello sviluppo di carriera, nonché tutte quelle azioni formative utili anche a sostenere l'empowerment femminile e in generale la motivazione e l'alta professionalità di tutto il personale regionale nel raggiungimento di elevati livelli di performance lavorativa sia in termini di efficacia che di efficienza.

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

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

Rispetto alle suddette aree strategiche, l'Azienda Ulss 5 Polesana, attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2025, propone tutte le attività formative in grado di garantire la formazione prevista da adempimenti normativi in tema di sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs 81/2008), nonché eventi formativi che individuano le strategie poste in essere a livello aziendale per promuovere il benessere lavorativo e la tutela della salute, come si evidenzia nella sottostante tabella.

TITOLO EVENTO FORMATIVO	PROFESSIONISTI COINVOLTI
aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle aziende sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione	tutte le professioni
la gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore del dipartimento salute mentale	tutte le professioni
comunicazione, leadership, gestione dei conflitti all'interno dell'equipe multiprofessionale	tutte le professioni
la gestione dei conflitti interpersonali attraverso la tecnica della gentilezza	tutte le professioni
balint e burnout: strategie di prevenzione, comunicazione-relazione ed elaborazione	tutte le professioni
la comunicazione interna ed esterna come strumento di miglioramento del clima organizzativo e di efficacia delle prestazioni	tutte le professioni

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

Per l'anno 2025 è prevista una collaborazione tra la UOSD Psicologia ospedaliera e benessere organizzativo aziendale, la UOS Salute e Sicurezza sul lavoro, l'RSPP, e il CUG al fine di pianificare interventi legati alla valutazione dello stress lavoro correlato, che tengano conto anche degli aspetti di tutela della salute e sicurezza sul luogo di lavoro, alla promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo.

Le iniziative proposte per il triennio 2025-2027 riguardano le seguenti aree e sono riassunte nella tabella che segue:

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

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

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

Area	Titolo	Descrizione	Intervento	Destinatari
Benessere lavorativo e la gestione dello stress lavoro correlato	A spasso tra noi	Promuovere un corretto stile di vita	Passeggiate all'aria aperta da svolgersi sul territorio Polesano	Tutti i dipendenti
	Favorire la collaborazione tra dipendenti e il senso di appartenenza	Promuovere la cura degli spazi anche all'esterno delle strutture sanitarie a favore della collaborazione, dell'ambiente e senso di appartenenza	Pulizia degli spazi esterni	Tutti i dipendenti
	Uniformare le informazioni all'esterno dei reparti	Migliorare il decoro e la accessibilità ai servizi	Realizzazione e affissione nuovi cartelli all'esterno di ogni reparto dell'Ospedale di Rovigo, Adria e Trecenta	Tutti i dipendenti e gli utenti delle strutture sanitarie
	Supporto psicologico	Garantire il supporto psicologico ai dipendenti che lo richiedono	Interventi di supporto psicologico individuale, di gruppo	Tutti i dipendenti
	La gestione dei conflitti interpersonali attraverso la tecnica della gentilezza	La formazione alla gestione delle relazioni conflittuali e l'individuazione di adeguate strategie di coping	Programmazione di corsi di formazione	Tutti i dipendenti
	Comunicazione Interna: Newsletter e Focus tematici	Prosegue l'attività della comunicazione settimanale tramite la newsletter con l'inserimento di focus tematici di interesse socio-sanitario	Verranno redatti 12 approfondimenti tramite Focus tematici	Tutti i dipendenti
	Comunicazione Interna: C'è posto per te: approfondiamo i focus tematici di interesse socio sanitario	Incontri con il personale su tematiche specifiche	Verranno proposti 3 incontri durante l'anno	Tutti i dipendenti
	Age management: Alfabetizzazione informatica	Far acquisire conoscenze e competenze informatiche per l'utilizzo degli strumenti digitali	Verranno proposti video tutorial (in)formativi sui principali applicativi e utilizzo mail aziendali	Tutti i dipendenti

<p>Rispetto dell'ambiente come obiettivo nelle procedure aziendali.</p>	<p>Corretta gestione e differenziazione dei rifiuti</p>	<p>Interventi di tipo organizzativo, formativo e operativo che consentano una corretta separazione dei rifiuti</p>	<p>Corretta identificazione delle varie tipologie di rifiuti e messa a disposizione di punti di raccolta differenziata che permetta una totale distinzione dei rifiuti sanitari da quelli urbani e una corretta differenziazione di questi ultimi</p>	<p>Tutti i dipendenti</p>
<p>Rapporto con l'utenza e la gestione delle manifestazioni aggressive</p>	<p>La formazione degli operatori per la gestione delle manifestazioni di aggressività da parte dell'utenza</p>	<p>Adesione al progetto regionale di formazione con la programmazione di corsi sul tema.</p>	<p>Programmazione di corsi destinati a tutto il personale sul tema delle aggressioni.</p>	<p>Tutti i dipendenti</p>

2.2 PERFORMANCE

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico. Nella prima parte vengono esplicitate le linee strategiche del triennio 2025-2027 e nella seconda parte viene descritto il Ciclo di gestione della performance per l'anno 2025.

2.2.1 LE LINEE STRATEGICHE E GLI OBIETTIVI

Le linee strategiche di un'azienda sanitaria rappresentano gli orientamenti nel lungo periodo, che definiscono gli obiettivi e le priorità per generare valore pubblico. Tali linee strategiche risultano fondamentali per garantire efficienza e qualità dei servizi offerti, sostenibilità economica, innovazione tecnologica, attenzione al paziente, formazione e crescita del personale, in un'ottica di integrazione tra tutti i diversi ambiti coinvolti.

In particolare l'Azienda Ulss 5 Polesana per il triennio 2025-2027 intende perseguire le linee di indirizzo strategico di seguito descritte, in coerenza con gli obiettivi definiti annualmente a livello regionale e che per il 2025 sono indicati nella DGR n. 1557 del 30/12/2024 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025":

- a) Efficacia, appropriatezza, qualità delle prestazioni**
- b) Efficienza e sostenibilità economica**
- c) Innovazione e reingegnerizzazione dei processi**
- d) Accessibilità digitale e prossimità al cittadino**

Per ciascuna linea strategica sono stati definitivi degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- obiettivi definitivi dall'Azienda nell'ambito della propria autonomia (tipo obiettivo "A");
- obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con la DGR n. 1557 del 30/12/2024 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025". (tipo obiettivo "R").

Questi ultimi sono parte integrante e imprescindibile della programmazione aziendale e in questo documento si evidenzia come ogni obiettivo regionale si collega ad un obiettivo strategico indicato dall'Azienda.

a) Efficacia, appropriatezza, qualità delle prestazioni

Con tale linea strategica l'azienda Ulss 5 Polesana intende orientarsi verso il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie per garantire che i servizi erogati siano efficaci, appropriati e di alta qualità. Gli obiettivi definiti all'interno di questa linea strategica risultano pertanto fondamentali per rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti e per promuovere la salute della popolazione residente.

Il rispetto degli standard qualitativi e quantitativi per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti a livello nazionale viene monitorato tramite gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), del Programma Nazionale Esiti (PNE) e gli indicatori sviluppati dalla Scuola S. Anna di Pisa nell'ambito del progetto Bersaglio, a cui la Regione Veneto partecipa da anni.

Per l'area della prevenzione, le principali attività su cui l'Ulss 5 si concentrerà, anche nel corso del triennio 2025-2027, riguardano il mantenimento della copertura degli screening oncologici e dei tassi di copertura vaccinale della popolazione, mantenendo costante l'attenzione anche nell'ambito della salute animale, dell'igiene degli alimenti e della sicurezza degli ambienti di lavoro.

Nell'area dell'assistenza distrettuale ci si concentrerà maggiormente sugli indicatori che misurano l'efficacia dei percorsi di gestione dei pazienti con malattie croniche e di quelli con patologie psichiatriche e della rete di assistenza delle cure palliative. Inoltre proseguirà l'attenzione sugli indicatori di qualità ed esito delle cure che hanno raggiunto buoni livelli di performance negli anni precedenti, come l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza residenziale, le ospedalizzazioni evitabili, l'efficienza e la tempestività con cui i servizi di emergenza territoriale rispondono alle necessità della popolazione.

Nell'area dell'assistenza ospedaliera continuerà il monitoraggio degli indicatori di qualità delle cure, con possibili azioni correttive, focalizzandosi in particolare negli ambiti chirurgico, oncologico, ostetrico e neurologico. Particolare attenzione sarà dedicata al rispetto dei principali PDTA oncologici e per lo scompenso cardiaco, migliorando la qualità delle cure e la continuità assistenziale attraverso il coordinamento tra i diversi professionisti sanitari e l'integrazione dei vari livelli di assistenza (ospedaliera, territoriale e domiciliare).

L'Azienda lavorerà anche per mettere in atto strategie e azioni per prevenire e contrastare l'antimicrobico resistenza, attraverso un approccio multi-disciplinare e una gestione integrata tra i diversi soggetti coinvolti. Inoltre si impegnerà a migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci in base alle necessità del paziente e nel rispetto delle linee guida terapeutiche, cercando di massimizzare i benefici per il paziente, riducendo i rischi avversi e ottimizzando così anche la gestione delle risorse.

b) Efficienza e sostenibilità economica

Per un'azienda sanitaria risulta fondamentale una gestione ottimale delle risorse economiche, umane e materiali, al fine di garantire i migliori risultati in termini di salute e qualità delle cure, senza compromettere la stabilità finanziaria dell'azienda stessa e riducendo gli sprechi.

Per massimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, ottimizzare i costi e garantire sostenibilità finanziaria nel lungo periodo è necessario che l'azienda lavori in un'ottica di miglioramento dei processi, di innovazione tecnologica, di ottimizzazione delle risorse umane, di analisi e monitoraggio costante dei costi.

Tutti gli obiettivi presenti in questa linea strategica tendono a muoversi in questa direzione.

Nel prossimo triennio l'Azienda Ulss 5 si attiverà per migliorare l'**efficientamento energetico**, con l'obiettivo di ridurre il consumo di energia, migliorare l'efficienza dei sistemi energetici e ottimizzare l'uso delle risorse, per ottenere risparmi economici e una maggiore sostenibilità ambientale.

In particolare all'interno del progetto di adeguamento sismico del corpo M dell'ospedale di Rovigo è prevista la riqualificazione energetica delle facciate, con la realizzazione del cappotto e la sostituzione dei serramenti. La gara per l'affidamento dei lavori verrà conclusa nel corso del 2025 e la realizzazione è prevista nel 2026.

È stata inoltre presentata una proposta di rifacimento del parcheggio del P.O. di Rovigo che prevede di realizzare delle pensiline coperte sulle quali installare dei pannelli fotovoltaici.

Anche tutti gli interventi già conclusi o avviati previsti dal PNRR sono "green tag", poiché garantiscono standard elevati di efficienza energetica e di sostenibilità ambientale ed economica. Il PNRR promuove, infatti, la realizzazione o la ristrutturazione degli edifici con tecnologie ad alta efficienza energetica, come il miglioramento dell'isolamento, l'installazione di impianti fotovoltaici e l'adozione di soluzioni per il riscaldamento e la climatizzazione a basso impatto ambientale.

c) Innovazione e reingegnerizzazione dei processi

Con tale obiettivo strategico l'Azienda mira all'implementazione di nuove tecnologie, ma anche a ripensare i processi, introducendo nuove metodologie o approcci organizzativi, con il fine di migliorare la qualità, l'efficienza e l'accesso ai servizi sanitari. Questa strategia contribuisce a modificare e adattare la propria organizzazione in funzione di nuove possibili esigenze, rendendo i processi più agili e attenti al paziente.

L'Azienda nel corso del triennio 2025-2027 proseguirà il suo percorso di **specializzazione** delle attività ospedaliere, focalizzando risorse e competenze in aree di cura specifiche per ciascun presidio. La specializzazione consente, infatti, ai professionisti sanitari di sviluppare competenze più approfondite e di migliorare le performance nelle rispettive aree di attività, favorendo una maggiore efficienza nell'erogazione delle cure. In particolare ad Adria sarà trasferito il Centro per l'ipertensione con un rafforzamento dell'attività cardiologica; ci sarà inoltre il potenziamento di

chirurgia e riabilitazione, soprattutto cardiologica. A Trecenta, invece, sarà potenziata la riabilitazione ortopedica e soprattutto neurochirurgica e sarà dato ulteriore supporto alla chirurgia per mantenere elevati i livelli raggiunti nel corso del 2024. In quest'ottica è prevista anche una eventuale riorganizzazione logistica dei servizi/reparti all'interno degli ospedali o dell'allocazione territoriale.

A partire dal 2025 inizia il percorso di ammodernamento della **centrale di sterilizzazione** dell'ospedale di Rovigo, per il quale è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato a definire le azioni da mettere in atto per rendere più efficiente il servizio.

Prosegue anche per l'anno 2025 l'attenzione particolare alla gestione delle **liste d'attesa**, considerando non solo il tempo di erogazione delle prestazioni, ma anche l'approccio più ampio alla presa in carico del paziente. L'Azienda continuerà a seguire il paziente nell'intero percorso di cura, assumendosi la responsabilità di assisterlo non solo durante la fase acuta, ma anche nelle fasi di controllo e monitoraggio successivo.

Al fine di dare risposta in tempi consoni alle richieste dei cittadini, l'Azienda punterà molto sulla **corretta prescrizione** delle visite specialistiche/prestazioni diagnostiche, con l'obiettivo di garantire che vengano prescritte all'interno di protocolli validati. L'attivazione di percorsi formativi dedicati ai MMG/PLS e soprattutto un dialogo più stretto con gli specialisti saranno quindi essenziali per ottimizzare la gestione delle risorse e garantire una presa in carico del paziente adeguata e tempestiva. In questo modo, infatti, si favorisce un utilizzo più mirato delle prestazioni, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i tempi di attesa.

d) Accessibilità digitale e prossimità al cittadino

Nella creazione di valore pubblico risulta particolarmente importante facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari, sia che si tratti di accessibilità fisica, che digitale. Questa strategia è fondamentale per rendere il sistema sanitario più inclusivo, moderno e in grado di rispondere alle esigenze di un numero crescente di pazienti. Ciò può avvenire attraverso l'integrazione di tecnologie digitali avanzate, come ad esempio l'implementazione di piattaforme digitali per l'accesso ai servizi o la digitalizzazione dei dati sanitari.

Inoltre per garantire prossimità ai cittadini è necessario che l'Azienda cerchi di avvicinare i servizi sanitari ai bisogni concreti dei cittadini stessi, migliorando l'accessibilità, la qualità dell'assistenza e l'esperienza complessiva del paziente, facendo in modo che l'accesso ai servizi sia il più possibile rapido, diretto e personalizzato. In quest'ottica assume particolare rilievo lo sviluppo della **telemedicina**, dell'assistenza territoriale e dell'offerta di servizi socio-sanitari.

Con il decreto n. 77 del 23 maggio 2022, il Ministero della Salute ha approvato il Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, con lo scopo di uniformare e migliorare l'assistenza sanitaria a livello locale. Si tratta di una riforma importante per l'assistenza sanitaria territoriale che comporta la necessità di:

- adottare nuovi modelli organizzativi, creando reti integrate di servizi che garantiscano al paziente un'assistenza continua e coordinata;

- utilizzare nuove tecnologie per la gestione elettronica dei dati e il monitoraggio da remoto, come la telemedicina, in modo da rendere i servizi più accessibili ed efficienti;
- collaborare con i medici di famiglia e i professionisti delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, puntando sulla medicina di prossimità e sulla cura integrata dei pazienti;
- investire nella creazione e nella realizzazione di strutture che garantiscano un miglior accesso alle cure e il rafforzamento dell'assistenza territoriale, nel rispetto degli obiettivi previsti dal PNRR.

Il DM 77 rappresenta quindi una tappa fondamentale verso una sanità più efficiente, integrata e accessibile.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nell'ambito della Missione 6 Salute - Componente 1, si concentra sulla riforma e sul potenziamento delle reti di prossimità, delle strutture sanitarie territoriali e della telemedicina per migliorare l'assistenza sanitaria a livello locale. L'obiettivo è quello di favorire una maggiore accessibilità ai servizi, riducendo il carico sugli ospedali e favorendo la cura del paziente sul territorio, più vicino al suo ambiente di vita. Ciò deve avvenire attraverso la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei e l'identificazione di strutture dedicate.

L'Azienda lavorerà nel triennio sia alla realizzazione/completamento degli interventi di edilizia previsti dal PNRR sia all'implementazione di nuovi assetti organizzativi, nel rispetto delle linee guida nazionali e regionali. L'importanza strategica e la complessità di una tale riorganizzazione richiederà uno sforzo a tutto il personale e a tutti i livelli di organizzazione.

All'interno dell'Azienda le opere di **edilizia previste dal PNRR** sono in linea con la programmazione e la data di fine lavori è prevista per marzo 2026. In particolare, oltre agli Ospedali di Comunità a Rovigo, Adria e Trecenta, sono in stato di avanzamento le Case della Comunità di Adria, Badia, Castelmassa, Porto Tolle e Rovigo, all'interno della cittadella sociosanitaria. Nel corso dell'anno 2025 verranno sviluppati i modelli organizzativi necessari al funzionamento delle Case della Comunità.

In vista dell'avvio di queste strutture assume particolare importanza la valorizzazione della **professionalità infermieristica**, che rappresenta una delle sfide chiave per garantire un'assistenza sanitaria più vicina al cittadino, centrata sulla persona e sostenibile nel lungo periodo.

In quest'ottica sarà necessaria l'adozione di **nuovi modelli organizzativi** aderenti alle linee guida regionali e la costante partecipazione ai Gruppi di Lavoro e alla formazione per lo sviluppo dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77.

Per migliorare l'accessibilità di cittadini e utenti, è previsto il riposizionamento della **fermata dell'autobus** vicino all'ingresso dell'ospedale; l'Azienda ha già preso accordi con il Comune e con la società di trasporti per provvedere allo spostamento nel corso del 2025.

Efficacia, appropriatezza, qualità delle prestazioni

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
A.01	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	25.A.P.01.1	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale	R
		25.A.D.01.1	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale	R
		25.A.O.01.1	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale	R
A.02	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	25.A.P.02.1	Obiettivo di mantenimento - Prevenzione	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	R
			P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)				R
			P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)				R
			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.				R
			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				R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
			P14C - Indicatore composito sugli stili di vita				R
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto				R
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella				R
			P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina				R
			P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza				R
			P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon				R
			P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella				R
		25.A.D.02.1	Obiettivo di mantenimento - Distretto	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	R
			A0.2_RV - Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti				R
			D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA				R
			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				R
			D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso				R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
			D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B				R
			D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)				R
			D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche				R
			D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore				R
			D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)				R
		25.A.O.02.1	Obiettivo di mantenimento - Ospedale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	R
			H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella				R
			H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario				R
			H05Z - Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni				R
			H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario				R
			H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno				R
			H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)				R
			PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti				R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
			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				R
			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)				R
			PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)				R
			Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)				R
			Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)				R
			H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche				R
Q.02	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	25.Q.P.02.1	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come da vademecum)	Mantenimento	Mantenimento	R
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	25.Q.S.10.1	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Si (come da vademecum)	Mantenimento	Mantenimento	R
		25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si (come da vademecum)	Mantenimento	Mantenimento	R

Efficienza e sostenibilità economica

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
E.01	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	R
		25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di elegibilità RATEC	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di elegibilità RATEC	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di elegibilità RATEC	R
		25.E.S.01.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	R
		25.E.S.01.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	R
E.02	Sostenibilità dei costi dell'area di	25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si (come da vademecum)	Mantenimento	Mantenimento	R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
	gestione del personale						
E.03	Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	<0	<0	R
		25.E.S.03.3	Indice di distanza dalla best performance	Si (come da vademecum)	Miglioramento/Mantenimento	Miglioramento/Mantenimento	R
		25.E.S.03_(1)	Efficientamento energetico nella realizzazione degli interventi programmati	Si	Si	Si	A
E.04	Gestione degli investimenti	25.E.S.04.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si (come da vademecum)	Miglioramento/Mantenimento	Miglioramento/Mantenimento	R
E.05	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.E.S.05.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100 %	100 %	100 %	R
		25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	0,9	0,9	0,9	R
		25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	Si	Si	R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
		25.E.S.05_(1)	Ridurre il residuo ferie con particolare attenzione alle criticità	Riduzione	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.E.S.05_(2)	Tempestiva registrazione in NFS dei beni in conto deposito	Ritardo di registrazione pari a zero	Mantenimento	Mantenimento	A
Q.07	Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	25.Q.D.07.1	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.D.07.2	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	Si (come da vademecum)	Si	Si	R

Innovazione e reingegnerizzazione dei processi

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
S.01	Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	>90%	>90%	R
		25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Rispetto delle indicazioni della cabina di Regia	Rispetto delle indicazioni della cabina di Regia	R
		25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Rispetto delle indicazioni della cabina di Regia	Rispetto delle indicazioni della cabina di Regia	R
		25.S.O.01.4	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	Rispetto delle soglie come da vademecum	Rispetto delle soglie	Rispetto delle soglie	R
		25.S.O.01.5	% 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"	>90% e come da Vademecum	>90%	>90%	R
S.04	Perseguimento interventi strategici di informatica	25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
S.06	Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di	25.S.S.06.1	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	Si (come da vademecum)	Si	Si	R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
	personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)						
Q.01	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	25.Q.P.01.1	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
Q.04	Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	25.Q.P.04.1	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	1	1	1	R
Q.05	Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	1	1	1	R
		25.Q.O.05.2	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.O.05.3	Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Si (come da vademecum)	Si	Si	R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
		25.Q.O.05.4	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	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
Q.08	Miglioramento efficienza dei processi di supporto	25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma	R
		25.Q.S.08.3	Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	1	1	1	R
		25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.S.08_(1)	Percorso di prenotazione e pre-appuntamenti: implementazione dell'algoritmo di gestione delle prenotazioni, all. A Decreto Reg. 19 del 5/08/2024	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.S.08_(2)	Attivazione di un punto unico di accettazione in ogni P.O. dell'azienda per facilitare l'accesso degli utenti ai poliambulatori	Si (Ospedale di Adria)	Si (Ospedale di Trecenta)	Si (Ospedale di Rovigo)	A
		25.Q.S.08_(3)	Applicazione della Direttiva Ministro P.A. 14/01/2025: assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative	40 ore annue per dipendente	Mantenimento	Mantenimento	A

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
		25.Q.S.08_(4)	Ausili monouso assorbenza: registrare tempestivamente nel mese di competenza le fatture ricevute dalle ditte	Ritardo di registrazione pari a zero	Mantenimento	Mantenimento	A
Q.09	Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti	>70% dei sinistri aperti	>70% dei sinistri aperti	R
Q.11	Promozione dei processi per la ricerca	25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
Q.12	Adeguamento centrale di sterilizzazione presso il P.O. di Rovigo	25.Q.S.12_(1)	Verifica strutturale dell'impianto	Tempistiche da cronoprogramma			A
		25.Q.S.12_(2)	Revisione delle classi di priorità degli interventi, unica per i tre ospedali	Tempistiche da cronoprogramma			A
		25.Q.S.12_(3)	Censimento con eventuale dimissione delle attrezzature non più utilizzabili	Tempistiche da cronoprogramma			A
		25.Q.S.12_(4)	Ottimizzazione dei kit in possesso dell'azienda	Tempistiche da cronoprogramma			A
		25.Q.S.12_(5)	Acquisizione di nuovo strumentario	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma		A
		25.Q.S.12_(6)	Adeguamento dei processi organizzativi della centrale	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma		A
Q.13	Miglioramento della mortalità evitabile e prevenibile	25.Q.P.13_(1)	Ripresa dello screening cardiovascolare	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.P.13_(2)	Approfondimento degli indicatori di mortalità della provincia in relazione alle patologie prevalenti nel territorio	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.P.13_(3)	Interventi di prevenzione		Si	Si	A

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
Q.14	Promozione del benessere organizzativo	25.Q.S.14_(1)	Effettuare almeno un incontro mensile con il personale (dirigenti e comparto) della Unità Operativa al fine di migliorare il clima interno	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.S.14_(2)	Effettuare una riunione quindicinale con gli incarichi di funzione per condividere gli obiettivi, analizzare le criticità e verificare l'andamento dell'unità operativa	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.S.14_(3)	Age management: videotutorial informativi sui principali applicativi e corretto uso della mail, del protocollo	Si			A
		25.Q.S.14_(4)	Comunicazione Interna: Newsletter e Focus tematici	Si	Si	Si	A
		25.Q.S.14_(5)	Comunicazione Interna: C'è posto per te: approfondiamo i focus tematici di interesse socio sanitario	Si	Si	Si	A
		25.Q.S.14_(6)	La gestione dei conflitti interpersonali attraverso la tecnica della gentilezza: programmazione di corsi di formazione	Si			A
Q.15	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	25.Q.D.15_(1)	Partecipazione alla formazione sul campo da parte di MMG/PLS	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.D.15_(2)	Partecipazione alla formazione frontale da parte di MMG/PLS	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.D.15_(3)	Disponibilità da parte degli specialisti ospedalieri a tenere corsi di formazione sul campo, al fine di fornire indicazioni utili alla corretta prescrizione per la specialistica ambulatoriale	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A
		25.Q.D.15_(4)	Disponibilità da parte degli specialisti ospedalieri a tenere corsi di formazione frontale, al fine di fornire indicazioni utili alla corretta prescrizione per la specialistica ambulatoriale	si/no	Mantenimento	Mantenimento	A

Accessibilità digitale e prossimità al cittadino

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
S.03	Perseguimento PNRR Missione 6	25.S.D.03.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)	Si		R
		25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Si	Si	R
S.05	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	25.S.D.05.1	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.S.D.05.2	PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.S.D.05_(1)	Analisi dell'implementazione del percorso per la segnalazione delle persone in dimissione protetta	Si			A
Q.03	Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	25.Q.P.03.1	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	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
Q.06	Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	25.Q.O.06.1	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.D.06.2	Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.O.06.3	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)	Si (come da vademecum)	Si	Si	R

Codice obiettivo	OBIETTIVO OPERATIVO	Codice indicatore	INDICATORE	SOGLIA 2025	SOGLIA 2026	SOGLIA 2027	TIPO
		25.Q.S.06.4	Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Si (come da vademecum)	Si	Si	R
		25.Q.D.06_(1)	Team Accessi Vascolari Territoriale - presa in carico di assistiti a domicilio o residenti presso le strutture residenziali extra ospedaliere, con bisogno di continuità terapeutica infusiva: creazione di un protocollo unico	Si			A

2.2.2 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda i meccanismi incentivanti contrattuali, è previsto che i singoli obiettivi di budget delle unità operative siano pesati e che l'erogazione degli incentivi connessi avvenga solo a seguito delle valutazioni effettuate dai responsabili di struttura/processo.

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

- il piano triennale della performance ricompreso nel PIAO;
- il documento annuale delle direttive di budget, con cui si esplicita il focus sugli obiettivi aziendali e che rappresenta lo strumento di programmazione annuale, anch'esso ricompreso nel PIAO;

- il budget annuale, quale strumento operativo costituito dalle schede di budget con cui si definisce l'attività di programmazione, monitoraggio e verifica delle attività e dei costi delle unità operative;
- il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- la relazione annuale sulla performance.

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

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

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

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

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

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

- contribuire con la direzione aziendale a definire le schede di budget con gli obiettivi specifici;
- illustrare a tutto il personale della struttura gli obiettivi di budget contenuti nella scheda;
- perseguire gli obiettivi specifici indicati nelle rispettive schede di budget;
- contribuire a fornire i dati di attività per il monitoraggio periodico e finale (dati specifici);
- fare il monitoraggio periodico e attivare eventuali interventi correttivi;

- predisporre le conseguenti valutazioni periodiche e finali, a seconda dei livelli di responsabilità indicati nell'Atto aziendale.

La **UOC gestione risorse umane** ha il compito di definire gli accordi integrativi aziendali in materia con le OO.SS. e di erogare gli incentivi sulla base delle valutazioni effettuate.

La performance viene misurata su tre livelli:

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

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

Tempistica del Ciclo della performance relativo all'anno 2025

<i>fase</i>	<i>attività</i>	<i>strumenti</i>	<i>tempistica</i>
Pianificazione/ Programmazione	Individuazione degli obiettivi aziendali da raggiungere	Piano integrato di attività e organizzazione PIAO: piano della performance 2025-2027 e documento di direttive aziendali per la definizione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del budget 2025	31 gennaio 2025
Formulazione del budget	Assegnazione alle articolazioni aziendali degli obiettivi da raggiungere e allocazione delle risorse	Schede di budget 2025 delle singole articolazioni	febbraio/marzo 2025
Svolgimento delle attività e monitoraggio	Monitoraggio in corso d'anno e attivazione di eventuali interventi correttivi	<ul style="list-style-type: none"> – Report periodici messi a disposizione delle articolazioni aziendali dalla UOC controllo di gestione (dati generali e trasversali) – Documenti di monitoraggio prodotti dalle singole articolazioni aziendali (dati specifici) 	mensile e/o trimestrale, a seconda degli indicatori
	Valutazioni intermedie della performance organizzativa	Misurazione degli obiettivi e relazioni dei valutatori	quadrimestrale: 1° quadrim. al 30/04/2025 2° quadrim. al 31/08/2025 3° quadrim. al 31/12/2025
Valutazione dei risultati ottenuti	Valutazione finale annuale della performance organizzativa	Misurazione degli obiettivi e relazioni dei valutatori	giugno 2026
	Valutazione annuale della performance individuale	Schede di valutazione individuale (a cura del superiore gerarchico)	marzo/maggio 2026
Chiusura del ciclo	Chiusura del ciclo della performance	Relazione sulla performance	giugno 2026
Supervisione del Ciclo della performance	Promozione, garanzia, monitoraggio, validazione e controllo della correttezza dei processi	Atti dell'OIV	tempistiche previste da normative nazionali e regionali

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il PTPCT rappresenta il documento programmatico adottato dall’Azienda Sanitaria ULSS 5 Polesana in attuazione della Legge n. 190 del 06 novembre 2012 ed è finalizzato a definire la programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla normativa, in particolare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano ha per l'Amministrazione il duplice scopo:

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

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

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

Il Piano è stato redatto in linea con i principi fondamentali del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ANAC, e si colloca in continuità con i precedenti e il progressivo allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2019 che costituisce atto di indirizzo per le Pubbliche Amministrazioni. Il PNA 2019 riassume in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni di carattere generale ricomprese nei precedenti PNA, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo. Esso definisce i principi, i contenuti e le modalità di costruzione dei Piani triennali aziendali, approfondisce il ruolo del RPCT e individua le misure di prevenzione della corruzione di carattere generale, oltre a dedicare un approfondimento agli enti di diritto privato. In tale Piano l'ANAC ha sviluppato nelle sezioni fondamentali l'analisi del rischio dei processi aziendali in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo, la programmazione delle misure di gestione del rischio e la conseguente programmazione delle misure di prevenzione.

L'ANAC con delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha pubblicato 3 nuovi schemi relativi: alla trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, agli obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e a quelli concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. La delibera, inoltre, ha reso disponibili ulteriori dieci schemi 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.

Con la medesima delibera, ANAC ha ritenuto di concedere alle amministrazioni/enti un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni dell'Amministrazione Trasparente dei propri siti rispetto ai predetti schemi.

Gli attori e le loro principali competenze

In materia di prevenzione e lotta ai fenomeni corruttivi, la normativa vigente individua e definisce i diversi attori che sono chiamati ad espletare la propria azione, ciascuno nell'ambito del proprio ruolo, caratterizzato da specifiche competenze e responsabilità.

I soggetti individuati e coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda Ulss 5 sono:

- il Direttore Generale, assieme al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e al Direttore dei Servizi Socio-Sanitari,
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante,
- il Responsabile dell'Ufficio Internal auditing
- il Responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari,
- l'Organismo indipendente di valutazione,
- i Referenti aziendali del RPCT,
- i Dirigenti,
- il Direttore delle Risorse Umane,
- i dipendenti dell'Azienda sanitaria Polesana,
- i collaboratori esterni,
- gli stakeholders.

Direttore Generale:

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

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

L'Azienda, a seguito della quiescenza dal 31/07/2023 del precedente dirigente con l'incarico di RPCT dal 2018, ha nominato il nuovo RPCT con delibera del D.G. n. 1333 del 4/10/2023.

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

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

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

Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

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

Responsabile dell'Ufficio Internal Audit

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

L'Azienda ULSS 5 Polesana con delibera del Direttore Generale n. 791 del 26 giugno 2024 ha approvato l'aggiornamento della mappatura dei processi aziendali ed ha individuato i responsabili di processo, approvando anche il Piano di Audit aziendale in conformità a quanto previsto dalle linee guida regionali.

Ne deriva la necessità di un raccordo con le azioni che devono essere svolte in collaborazione con il RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio di frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto.

Responsabile dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

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

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

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

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

Esso svolge le seguenti funzioni:

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

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

Referenti aziendali del RPCT

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

È dovere di tutti i referenti e di tutti i dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1 ter, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n.

165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso. La violazione di tali doveri è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

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

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

- proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo (ad esempio, creare le condizioni interne all'organizzazione per l'intercambiabilità delle funzioni e delle attività fra gli operatori assegnati...);
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure di verifica e di controllo nei settori in cui è più elevato il rischio corruzione;
- qualora emergesse un effettivo e concreto rischio corruzione, avanzare proposte per la rotazione del personale soggetto a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta di natura corruttiva; al riguardo occorre evitare che possano consolidarsi delle rischiose posizioni "di privilegio" nella gestione diretta di certe attività correlate alla circostanza che lo stesso funzionario si occupi personalmente per lungo tempo dello stesso tipo di procedimenti e si relazioni sempre con gli stessi utenti;
- collaborare attivamente alla realizzazione del processo di valutazione del rischio;
- adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conoscere e rispettare le prescrizioni contenute nel PTPC;
- adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (di cui ai commi 49 e 50 della Legge n. 190), così come disciplinato dal D.Lgs. 39/2013 anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001); il principio delle incompatibilità va considerato, non solo nel senso strettamente giuridico, ma in senso generale ed esteso, contestuale alle singole organizzazioni, secondo ragioni di opportunità e di buon funzionamento dei servizi;
- sovrintendono al controllo tempestivo in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali; ed in attuazione dell'art. 1, comma 9, lett. d) della legge n. 190/2012, che definisce le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione del procedimento e lettera e) della medesima legge, che definisce le modalità di monitoraggio

dei rapporti tra l'Amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione;

- adottare misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, così come modificate dal comma 42 della Legge n. 190;
- individuare forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance;
- prevedere forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica;
- relazionare annualmente sul rispetto degli obblighi di trasparenza e pubblicazione, per la parte di propria competenza.

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

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

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

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

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

- proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di vicende di possibile esposizione al rischio corruttivo;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure nei settori in cui è più elevato il rischio corruzione;
- collaborare attivamente alla realizzazione del processo di valutazione del rischio;
- individuare, anche nell'ambito dell'attività sanitaria, nella gestione dei beni, nel trattamento e nei rapporti con i pazienti e nella gestione organizzativa, quegli aspetti collegati a comportamenti di inadeguata correttezza, inosservanza di regole, discriminazione, o scarsa eticità ed i relativi strumenti per affrontarli;

- individuare forme di integrazione e di coordinamento con il Piano triennale della performance;
- prevedere forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica;
- relazionare annualmente sul rispetto degli obblighi di trasparenza e pubblicazione, per la parte di propria competenza.

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

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

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

Dipendenti: responsabilità e sanzioni

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

Stakeholders

Le attività che vengono svolte dall'Azienda ULSS, per peculiarità e ampiezza di intervento, comportano necessariamente un riflesso su tutti i soggetti, sia pubblici che privati, che sono presenti sul territorio di competenza dell'Azienda.

2.3.1 OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA

Il Piano contiene anche le azioni strategiche e programmatiche in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, nell'ambito delle priorità amministrative e delle connesse linee strategiche individuate dalla Delibera di Giunta Regionale con la quale la Regione ha assegnato gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2025, dove al punto E05 - Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi - viene ripresentata anche per quest'anno la necessità di realizzare interventi volti a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza dell'azione amministrativa, anche attraverso l'attuazione di misure di prevenzione e repressione della corruzione.

Le azioni da perseguire sono le seguenti:

Obiettivi regionali

- Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente
- Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza

Obiettivi aziendali

- adeguare la sezione trasparenza del sito, con le indicazioni riportate negli allegati alla Delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024 per quanto riguarda le disposizioni sui 3 nuovi schemi relativi:
 - alla trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche,
 - agli obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni,
 - agli obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione,
- promuovere una maggior sensibilità sui dipendenti e collaboratori, relativamente a comportamenti che possono impattare sui conflitti di interesse, al fine di prevenire anziché dover gestire eventuali conflitti di interesse,
- promuovere una maggior consapevolezza dei principi della trasparenza,
- monitorare le misure di prevenzione del rischio di corruzione da parte del RPCT e dell'Ufficio internal auditing.

Tutti i servizi e unità dell'Azienda Ulss 5 saranno coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi sopra riportati.

2.3.2 LE AZIONI GENERALI

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

- la trasparenza;

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

2.3.3 CONTESTO LOCALE ESTERNO

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

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

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

Il Veneto si conferma la quarta regione italiana per produzione di ricchezza, dopo Lombardia, Lazio ed Emilia; la sua situazione economica è favorita da una fitta e funzionale rete infrastrutturale, in fase di ristrutturazione ed ulteriore ammodernamento, che consente una veloce movimentazione di mezzi e passeggeri. Il Veneto è una regione a vocazione fortemente industriale, in cui il manifatturiero è una dorsale importante sia in termini di forza lavoro, sia in termini di produzione di ricchezza e scambi internazionali di merci. È tuttavia il terziario che produce la quota maggiore di ricchezza.

Se da una parte tali importanti infrastrutture costituiscono uno dei presupposti per la competitività economica, dall'altra possono cadere nelle mire delle organizzazioni criminali, sia per lo sviluppo di traffici criminali transnazionali, sia per il riciclaggio, realizzato attraverso l'infiltrazione negli appalti connessi alla realizzazione ed alla manutenzione delle opere pubbliche. Infatti, l'utilizzo di tecniche elusive delle imposte, finalizzate al riciclaggio o all'auto riciclaggio è stato un elemento comune a molte delle più recenti indagini antimafia condotte in tali territori.

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

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

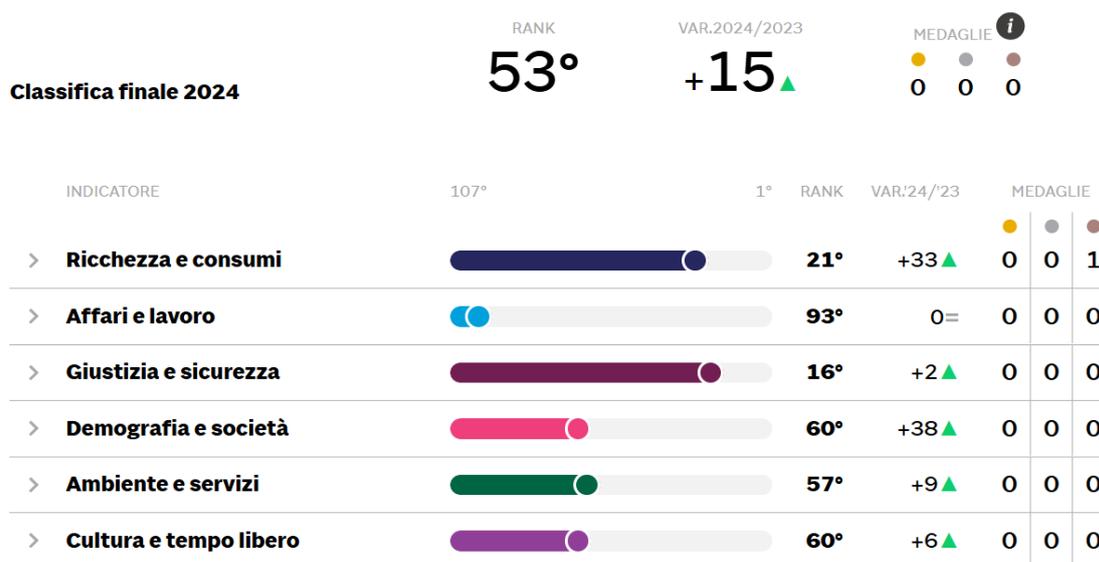
Interessanti sono i dati riportati dalla Camera di Commercio di Venezia-Rovigo: nella provincia di Rovigo prosegue il trend di contrazione delle imprese; a fine settembre 2023 sono 27.888 le localizzazioni di impresa attive, con una diminuzione rispetto ai valori dello stesso periodo del 2023 di 335 unità in meno (- 1,2% rispetto al III trimestre 2023).

Continuano a diminuire le sedi di impresa a conduzione giovanile (-5,5%), le sedi del commercio (-1,9%) le imprese femminili (-2,7%), le imprese industriali (-1,7%), le imprese agricole (-3,2%), le imprese di costruzioni (-1%), le imprese artigiane (-1,4%) e le attività di alloggio e ristorazione (-0,5%).

Settori con segni positivi sono il settore delle attività professionali, scientifiche e tecniche (+4,5%), istruzione (+6,6%), sanità e assistenza sociale (+4,1%), attività finanziarie ed assicurative (+1,4%) noleggio agenzie di viaggio e servizi alle imprese (+0,9%).

Guardando ai dati sulle compagini imprenditoriali delle sedi di impresa, rispetto al terzo trimestre 2023, nell'area polesana registrano segni positivi di rilievo le imprese a conduzione straniera, che crescono del 4,2%.

Dalla classifica stilata da "Il Sole 24 Ore" sulla qualità della vita nelle province italiane anno 2024, emerge che Rovigo si trova complessivamente al 53° posto, salendo la classifica di 15 posizioni. La performance migliore vede Rovigo al 16° posto nell'ambito di "Giustizia e sicurezza", mentre la performance peggiore si registra nell'ambito "Affari e lavoro" che la pone al 93° posto in classifica su 107 province. In sintesi negli altri indicatori risulta:



2.3.4 CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che espongono la struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione. Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 5 Polesana si rimanda alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano. Tuttavia, l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi. L'Azienda, attraverso i propri servizi e strumenti deputati al controllo interno, la diffusione di buone prassi e la formazione in materia di etica del dipendente pubblico, cerca di mitigare il rischio ed affrontare le eventuali problematiche riscontrate.

2.3.5 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO IN COLLABORAZIONE CON INTERNAL AUDITING

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

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



La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi della Direzione Aziendale. È obiettivo anche per il 2025 continuare la collaborazione con la struttura aziendale dell'Internal Auditing che ha partecipato al progetto regionale di mappatura dei processi. L'analisi sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la

formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

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

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

La mappatura dei processi di ogni area aziendale

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

La valutazione del rischio

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

Le misure per la prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio sono individuate le misure di prevenzione (obbligatorie o ulteriori) che vengono inserite nel "registro dei rischi". Per ciascuna area vengono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione/implementazione e le responsabilità della stessa.

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

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

- la trasparenza;
- l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi al fine di consentire la tracciabilità, con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;
- affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione di norma ad almeno due dipendenti abbinati;
- sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza;

- ascolto degli utenti, con la raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione disponibili (Uffici URP, sito web aziendale, social media istituzionali).
- controlli su inconferibilità e incompatibilità, così come previsto dal D. Lgs. 39/2013 e s.m.i. e dal Regolamento Aziendale adottato con Delibera n. 1592 del 14.12.2017;
- la valutazione trasversale del conflitto di interesse, al fine di mettere in relazione le informazioni provenienti da tutti i servizi aziendali, in merito agli incarichi extra ufficio, partecipazioni a eventi, docenze, componenti di gare d'appalto.

2.3.6 AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

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

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

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

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

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

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

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

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

a) programmazione

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

b) progettazione e pubblicazione

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

c) affidamento

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

d) esecuzione

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

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

Contratti Pubblici: acquisti in ambito sanitario.

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

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

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

L'ANAC raccomanda il rafforzamento della trasparenza nel settore acquisti mediante l'inserimento di un set di dati da pubblicare sul sito istituzionale delle stazioni appaltanti e di un set di dati minimi

da riportare nel provvedimento a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto (atto di proroga, di rinnovo, di variante, ecc.) fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente.

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

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

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

2.3.7 MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Rotazione del personale

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

Come previsto dalla DGR n. 2176 del 29 dicembre 2017: "Nel conferimento degli incarichi a dirigenti di area amministrativa e tecnica che comportino responsabilità di strutture a cui fanno capo processi più esposti a rischio, le Aziende terranno conto che tra le misure previste dal Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC n. 831 del 03 agosto 2016, dirette a prevenire e ridurre eventuali eventi corruttivi, rientra la rotazione del personale. In tale ambito viene sottolineato infatti che "la rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale".

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

- favorisce la riduzione del rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni e portatori di interessi a vario titolo;

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

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

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

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

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

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

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

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

Rotazione straordinaria del personale

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

L'istituto è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. 1-quater D.Lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari, per condotte di natura corruttiva". È risultato, infatti, che spesso le amministrazioni, avuta formale notizia di procedimenti penali di natura corruttiva, non sempre procedano alla rotazione assegnando il dipendente ad altro ufficio o servizio. In casi frequenti, la misura è stata attivata solo successivamente all'impulso della Autorità. L'ANAC, ha adottato la delibera 215/2019, recante "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria, di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1 quater, D.Lgs. n. 165 del 2001". Con la delibera sopracitata, l'Autorità ha ritenuto di dover precisare e rivedere alcuni propri precedenti orientamenti in materia di rotazione straordinaria.

In particolare si fa riferimento:

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

Comunicazione del piano

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

Dall'esterno dell'amministrazione sarà possibile segnalare, anche in forma anonima, suggerimenti per realizzare miglioramenti organizzativi, possibili eventi di cattiva amministrazione, potenziali

conflitti d'interessi o casi di corruzione o di altri reati: attraverso il protocollo aziendale e attraverso la rete degli uffici per la relazione con il pubblico (URP) della nostra Azienda.

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

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

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

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

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

- il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi;
- l'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente se responsabile una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità; inoltre ANAC prevede altresì la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute;
- Non possa, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'art. 329 del codice di procedura penale.

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

Formazione

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

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

La formazione infatti, rappresenta un momento in cui si attua maggiormente il principio della partecipazione e della trasparenza, è un momento di confronto e ascolto.

Conflitti d'interesse

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

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

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

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

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

Altre attività per ridurre il rischio di corruzione

a) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

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

rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Tale disposizione è regolamentata nel codice di comportamento adottato dall'Azienda con deliberazione n. 1769 del 29 dicembre 2023.

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

- nei contratti di assunzione del personale la clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti di cui sopra;
- la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto ai punti precedenti e il divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con la nostra Azienda per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

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

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

Protocollo di legalità

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

- adeguamento alle norme sopravvenute del nuovo codice dei contratti (D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.);
- aggiornamento delle modalità di acquisizione certificazione antimafia a seguito dell'entrata a regime della banca dati unica per la documentazione antimafia;
- estensione dell'ambito soggettivo di applicazione del protocollo destinato ad impegnare direttamente ed espressamente oltre le Aziende ULSS del Veneto, anche gli enti amministrativi

regionali di cui alla Legge regionale 18 dicembre 1993, n. 53 come modificata dalla Legge regionale 14 novembre 2018, n. 42;

- l'impegno delle parti a promuovere incontri formativi sulla prevenzione di fenomeni di riciclaggio e sugli altri contenuti del protocollo a sostegno delle realtà amministrative operanti sul territorio regionale.

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

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

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

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

Allo scopo di predisporre gli strumenti adeguati per attuare e rendere effettivi i controlli di cui sopra, l'Azienda prevede nei bandi di gara, nei contratti di appalto o concessione o nel capitolato:

- che la sottoscrizione del contratto ovvero le concessioni o le autorizzazioni effettuate prima dell'acquisizione delle informazioni di cui all'art. 10 del D.P.R. n. 252/1998, anche al di fuori delle soglie di valore ivi previste, vengano sottoposte a condizione risolutiva e che la stazione appaltante proceda alla revoca della concessione e allo scioglimento del contratto qualora dovessero intervenire informazioni interdittive;
- l'obbligo per l'aggiudicatario di comunicare all'Azienda ULSS 5 Polesana l'elenco delle imprese coinvolte nel piano di affidamento con riguardo alle forniture ed ai servizi, nonché ogni eventuale variazione successivamente intervenuta per qualsiasi motivo;

- l'obbligo per l'aggiudicatario di inserire in tutti i sub-contratti la clausola risolutiva espressa per il caso in cui emergano informative interdittive a carico dell'altro subcontraente; tale clausola dovrà essere espressamente accettata dall'impresa aggiudicataria.

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

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

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

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

Si riportano di seguito la tabella riepilogativa della mappatura dei processi aziendali prevenzione e riduzione del rischio e il link al sito aziendale per reperire la tabella rappresentante l'elenco degli obblighi di pubblicazione.

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
PROCESSO DI SUPPORTO	Amministrativa	Pianificazione e controllo strategico A.1-A.10	A.1	Ciclo della Performance		A.1.1	Performance Aziendale/Organizzativa (Budgeting- Reporting)	CONTROLLO DI GESTIONE	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali per centro di responsabilità
						A.1.2	Performance individuale	GESTIONE RISORSE UMANE	Dall'individuazione degli obiettivi individuali alla loro valutazione finale
			A.2	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI				Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento
			A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano del fabbisogno delle risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE				Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento
			A.4	Predisposizione e aggiornamento del Piano dei fabbisogni formativi	FORMAZIONE				Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento
			A.5	Predisposizione e aggiornamento del piano di programmazione degli acquisti di beni e servizi (escluso edilizia e impianti)	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA				Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA											
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti		
			A.6	Predisposizione e aggiornamento del piano dei lavori (edilizia e impianti)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI				Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento		
			A.7	Predisposizione e aggiornamento del Piano di Internal Audit	INTERNAL AUDITING				Dalla analisi dei rischi (Risk Assessment) e delle richieste interne/esterne all'approvazione del piano di audit da svolgere		
			A.8	Predisposizione e aggiornamento del Piano Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	RPCT				Dall'analisi del rischio corruttivo e degli adempimenti sulla trasparenza alla pianificazione delle attività da svolgere		
		Impianto Organizzativo e di Controllo A.11.-A.20	A.11	Gestione documentale				A.11.1	Gestione attività di protocollazione	AFFARI GENERALI	Dalla stesura del manuale della gestione della documentazione aziendale alla verifica della sua corretta applicazione
								A.11.2	Gestione dei provvedimenti (delibere e determine)	AFFARI GENERALI	Dall'inserimento della proposta alla sua pubblicazione
								A.11.3	Gestione, archiviazione e conservazione documentale	AFFARI GENERALI - (se in formato digitale) SISTEMI INFORMATIVI	Dalla stesura del manuale di gestione del protocollo alla verifica della sua corretta applicazione

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
			A.12	Gestione Privacy	AFFARI GENERALI				Dalla individuazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla corretta gestione degli adempimenti
			A.13	Prevenzione e protezione rischi in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro	PREVENZIONE E PROTEZIONE				Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività di contenimento degli stessi compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema
			A.14	Gestione dei flussi aziendali	CONTROLLO DI GESTIONE				Dall'acquisizione dei dati al loro invio
			A.15	Monitoraggio e miglioramento del Sistema di controllo interno tramite l'attuazione del piano di audit		A.15.1	Risk Assessment	INTERNAL AUDITING	Dalla valutazione dei rischi alla predisposizione del piano di audit
						A.15.2	Processo di Audit	INTERNAL AUDITING	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit-report finale
			A.16	Monitoraggio attuazione Piano Anticorruzione e Trasparenza	RPCT				Dal piano Anticorruzione e Trasparenza approvato alle azioni/relazioni di monitoraggio previste
		Acquisizione e gestione delle risorse strumentali e	A.21	Acquisizione di beni (di consumo e		A.21.1	Identificazione dei fabbisogni specifici	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dalla programmazione e previsione di attività da svolgere, all'identificazione quali-quantitativa dei fabbisogni di beni e servizi per il periodo di riferimento

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
		dei servizi A.21 - A.30		durevoli) e servizi		A.21.2	Programmazione delle procedure di acquisto di beni e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dall'acquisizione del fabbisogno e dall'analisi della disponibilità contrattuale in essere, all'elaborazione della programmazione annuale/triennale, compresa la definizione delle modalità di acquisizione (soggetti interni/esterni es. Az. Zero e tipologia di procedure)
						A.21.3	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sotto soglia	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto
						A.21.4	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sopra soglia	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto
						A.21.5	Acquisizione mediante adesione a gara di acquisto centralizzata regionale di beni e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dall'invio del fabbisogno, al recepimento dell'aggiudicazione, alla stipula del contratto
						A.21.6	Acquisizione mediante adesione a gara CONSIP (accordo quadro) di acquisto di di beni e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dall'accordo CONSIP all'adesione all'accordo quadro e stipula del contratto
			A.22	Gestione del contratto di		A.22.1	Gestione del contratto di acquisizione di beni sanitari e non sanitari	DEC DEL CONTRATTO	Dall'acquisizione del contratto (compresa la gestione del contratto di comodato d'uso e conto visione), alla gestione della fase di

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
				acquisizione di beni e servizi					esecuzione del contratto al controllo dello stesso e alla liquidazione della spesa
						A.22.2	Gestione del contratto di servizi esternalizzati sanitari e non sanitari	DEC DEL CONTRATTO	Dall'acquisizione del contratto, alla gestione della fase di esecuzione del contratto al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa
						A.23.1	Gestione del magazzino farmaceutico di materiale sanitario (farmaci e dispositivi medici)	FARMACIA	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata, allo stoccaggio e conservazione, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno
			A.23	Gestione della logistica di magazzino		A.23.2	Gestione del magazzino economale di materiale non sanitario	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata, allo stoccaggio e conservazione, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno
						A.23.3	Gestione dei magazzini di reparto	UNITA OPERATIVE SANITARIE	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata, allo stoccaggio al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno
			A.24	Gestione del Project Financing		A.24.1	Gestione aspetti generali del contratto	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	Dall'acquisizione del contratto alla gestione degli aspetti generali, al controllo della

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
									corretta esecuzione, alla liquidazione della spesa
						A.24.2	Gestione dei servizi propri del project	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa
			A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)		A.25.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio immobiliare e impiantistico	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	Dalla definizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione, manutenzione, alienazione e dismissione
						A.25.2	Gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese
			A.26	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio ICT		A.26.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio ICT (ricompresa nel 21.2 e 3)	SISTEMI INFORMATIVI	Dall'acquisizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione, manutenzione ed alienazione e dismissione
						A.26.2	Gestione del patrimonio dell'area ICT	SISTEMI INFORMATIVI	Dalla definizione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto, alla verifica della corretta gestione, alla liquidazione delle spese

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA										
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	
			A.27	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio HT (Health Technology)			Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio HT	INGEGNERIA CLINICA	Dalla definizione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese	
							Gestione del patrimonio dell'area HT	INGEGNERIA CLINICA	Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese	
		Acquisizione e gestione delle risorse umane A.31-A.40	A.31	Gestione risorse umane			A.31.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti di competenza aziendale	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria
							A.31.2	Gestione giuridica	GESTIONE RISORSE UMANE	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.
							A.31.3	Gestione orario di lavoro	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.
							A.31.4	Gestione economica e fiscale	GESTIONE RISORSE UMANE	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni
							A.31.5	Gestione previdenziale	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA														
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti					
									dipendente, il quale maturi i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza					
									A.31.6	Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla firma del contratto alla cessazione del contratto		
			A.32	Formazione							Dalla rilevazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori			
											A.32.2	Formazione esterna	FORMAZIONE	Dalla richiesta di partecipazione alla formazione esterna alla liquidazione delle spese
			Gestione finanziaria e contabile A.41-A.50	A.41	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)							Dalla registrazione del contributo all'incasso		
												A.41.1	Gestione contributi in c/esercizio	CONTABILITA' E BILANCIO
		A.41.2										Gestione contributi vincolati	CONTABILITA' E BILANCIO	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione
		A.42.1										Gestione Fondo Economale	CONTABILITA' E BILANCIO	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione
		A.42	Gestione della Tesoreria							Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere				
										A.42.2	Gestione Pagamenti	CONTABILITA' E BILANCIO	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
						A.42.3	Gestione delle casse aziendali	DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	Dalla verifica della prenotazione o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature
						A.42.4	Regolarizzazione entrate	CONTABILITA' E BILANCIO	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reverse, alla riconciliazione con il Tesoriere
			A.43	Generazione e chiusura di bilancio	CONTABILITA' E BILANCIO				Dall'elaborazione del calendario di bilancio, alla gestione delle scritture di assestamento, alla predisposizione della proposta di approvazione del bilancio
			A.44	Gestione degli Adempimenti fiscali	CONTABILITA' E BILANCIO				Dall'acquisizione dei dati, alla liquidazione e all'invio di eventuali dichiarazioni
			A.45	Recupero del Credito	CONTABILITA' E BILANCIO				Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero
			A.46	Mobilità		A.46.1	Mobilità attiva	CONTROLLO DI GESTIONE	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso
						A.46.2	Mobilità passiva	CONTROLLO DI GESTIONE	Dall'acquisizione del flusso alla validazione dello stesso
			A.47	Donazione	AFFARI GENERALI				Dalla comunicazione del donante all'Azienda alla comunicazione dell'esito in merito all'accettazione o meno della donazione in oggetto
			A.48	Inventariazione beni mobili ed attrezzature		A.48.1	Inventariazione beni mobili ed attrezzature	PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile compresa l'alienazione e la dismissione

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
		Tutela legale A.51	A.51	Gestione Sinistri e contenzioso		A.48.2	Inventario fisico ciclico dei cespiti	CONTABILITA' E BILANCIO	Dalla programmazione dell'attività di verifica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari
						A.51.1	Gestione del contenzioso	AFFARI GENERALI	Dalla ricezione/comunicazione dell'evento allo stralcio dei crediti
						A.51.2	Gestione dei sinistri	AFFARI GENERALI	Dalla manifestazione dell'evento alla chiusura/liquidazione o proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi
PROCESSI PRIMARI	Ospedaliera	Produzione ambulatoriale e di ricovero O.1 - O.10	O.1	Specialistica ambulatoriale per esterni		O.1.1	Gestione dell'offerta di prestazione (CUP)	CUP MANAGER	Dalla programmazione dell'offerta, all' apertura e gestione delle agende, alla registrazione delle prenotazioni SSN
						O.1.2	Erogazione della prestazione specialistiche	DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA	Dall'acquisizione delle prenotazioni, al controllo dell'avvenuto pagamento all'esecuzione e alla registrazione della prestazione, al rilascio del referto
			O.2	Prestazioni di pronto soccorso			PRONTO SOCCORSO	Dall'accettazione del paziente alla registrazione della prestazione e al rilascio del referto	
			O.3	Prestazioni di ricovero in SSN			DIREZIONE MEDICA	Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO, alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori ulss o alla richiesta di fatturazione diretta a paganti in proprio	
			O.4	Preparazione e custodia salme			DIREZIONE MEDICA	Dalla presa in carico della salma, al trattamento, al rilascio all'IOF, alla rendicontazione dell'attività ai fini della fatturazione	

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
		Ricerca O.11- O.20	O.11	Gestione delle ricerche sanitarie		O.11.1	Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)	NUCLEO RICERCHE	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi, alla rendicontazione e chiusura della stessa
						O.11.2	Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)	NUCLEO RICERCHE	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi, alla rendicontazione e chiusura della stessa
		Libera Professione O.21 - O.30	O.21	Prestazioni in regime di LP		O.21.1	Acquisto di prestazioni di LP di azienda (art. 55)	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla predisposizione del fabbisogno alla gestione delle acquisizioni, alla liquidazione del compenso
						O.21.2	Attività specialistica in regime di LP	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di agende spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi
						O.21.3	Attività di ricovero in regime di LP	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla definizione del preventivo alla programmazione del ricovero alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi
						O.21.4	Attività veterinaria in regime di LP	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di agende spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
	Territoriale	Acquisto di prestazioni ambulatoriali e di ricovero T1	T.1	Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Ospedaliera, Specialistica, Riabilitativa (ex art. 26), Termale		O.21.5	Consulenze / vendita di prestazioni esterne in regime di LP	GESTIONE RISORSE UMANE	Dalla pianificazione della consulenza/prestazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi
						T.1.1	Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Ospedaliera	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla definizione dei volumi di attività (Budget) alla stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss
						T.1.2	Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Specialistica	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla definizione dei volumi di attività (Budget) alla stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss
						T.1.3	Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Riabilitativa (ex art.26)	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla definizione dei volumi di attività (Budget)/stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss
						T.1.4	Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Termale	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla definizione dei volumi di attività (Budget)/stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
		Assistenza Territoriale T2 -T4	T.2	Assistenza farmaceutica e integrativa		T.2.1	Gestione Farmaceutica in convenzione	FARMACIA	Dall'autorizzazione all'apertura della Farmacia alla liquidazione delle fatture, e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per servizi a favore di utenti fuori ulss
						T.2.2	Gestione assistenza integrativa	FARMACIA	Dal ricevimento del diritto all'assistenza da parte del paziente, all'erogazione del prodotto alla liquidazione della fattura all'inserimento dei dati nel cruscotto regionale AIR
						T.2.3	Gestione assistenza diretta	FARMACIA	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)
						T.2.4	Gestione assistenza per conto	FARMACIA	Dal ricevimento delle ricette al controllo delle stesse alla liquidazione e pagamento del compenso alla Farmacia territoriale e al pagamento del farmaco all'azienda capofila, all'invio del flusso DPC
			T.3	Assistenza protesica	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE			Dalla richiesta dell'utente al verbale di consegna e predisposizione dei documenti utili alla fatturazione (non fa parte di questo processo)	
			T.4	Medicina Convenzionata		T.4.1	Medici di Medicina Generale	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla verifica degli ambiti territoriali carenti alla liquidazione dei compensi per prestazioni a favore di utenti fuori ulss nonché alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali alla cessazione

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA										
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti	
						T.4.2	Pediatri di Libera scelta	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla verifica degli ambiti territoriali carenti alla liquidazione dei compensi per prestazioni a favore di utenti fuori ulss nonché alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali alla cessazione	
						T.4.3	Continuità Assistenziale	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali, alla cessazione	
						T.4.4	Specialisti Ambulatoriali Interni	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	Dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali, alla cessazione	
		Prestazioni sanitarie e socio-sanitarie territoriali T.5 - T.10	T.5	Assistenza Domiciliare Integrata ADI		CURE PRIMARIE				Dall'ammissione, alla valutazione Multi-Dimensionale, alla definizione di un Piano Assistenziale individualizzato, alla sua applicazione attraverso l'erogazione delle cure e la valutazione dei risultati.
			T.6	Gestione delle prestazioni di Hospice		CURE PALLIATIVE				Dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura/alla compilazione della scheda di dimissioni e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni a favore di utenti fuori ulss
			T.7	Gestione delle prestazioni di Ospedale di comunità		CURE PRIMARIE				Dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura/alla compilazione della scheda di dimissioni e alla generazione del flusso

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
									per addebiti in mobilità attiva per prestazioni a favore di utenti fuori ulss
			T.8	Prestazioni di Residenzialità e Semi - Residenzialità socio-sanitaria		T.8.1	Prestazioni per anziani	DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della RUR, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAR
			T.8	Prestazioni di Residenzialità e Semi - Residenzialità socio-sanitaria		T.8.2	Prestazioni per disabili	DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della graduatoria, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAD
			T.8	Prestazioni di Residenzialità e Semi - Residenzialità socio-sanitaria		T.8.3	Prestazioni di psichiatria	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss
			T.8	Prestazioni di Residenzialità e Semi - Residenzialità socio-sanitaria		T.8.4	Prestazioni per le dipendenze	DIPARTIMENTO DIPENDENZE	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss
			T.8	Prestazioni di Residenzialità e Semi - Residenzialità socio-sanitaria		T.8.5	Prestazioni per minori	INFANZIA ADOLESCENZA E FAMIGLIA	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ulss

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
	Prevenzione	Prestazioni per la prevenzione e la tutela della salute P.1 - P.10	P.1	Controlli sanitari ufficiali in applicazione al Dlgs 32-2022		P.1.1	Controlli sanitari alimenti non origine animale	IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	Dalla elaborazione del piano dei controlli (dopo il riconoscimento), alla effettuazione degli stessi, alla richiesta di fatturazione e verifica della congruità del pagamento alla elaborazione delle rendicontazioni agli enti
						P.1.2	Controlli sanitari alimenti origine animale	SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI9 ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	Dalla elaborazione del piano dei controlli (dopo il riconoscimento), alla effettuazione degli stessi, alla richiesta di fatturazione e verifica della congruità del pagamento alla elaborazione delle rendicontazioni agli enti
						P.1.3	Controlli sanitari sottoprodotti e mangimi	SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	Dalla elaborazione del piano dei controlli (dopo il riconoscimento), alla effettuazione degli stessi, alla richiesta di fatturazione e verifica della congruità del pagamento alla elaborazione delle rendicontazioni agli enti
			P.2	Prestazioni veterinarie (tariffate da TUR)		P.2.1	Certificazioni, nulla osta, attestazioni, accertamenti ed atti del Servizio Sanità animale	SERVIZIO VETERINARIO DI SANITA' ANIMALE	Dalla richiesta dell'utente (SUAP) alla verifica del pagamento, all'erogazione della prestazione e chiusura della pratica
						P.2.2	Certificazioni, nulla osta, attestazioni, accertamenti ed atti del Servizio Igiene alimenti di origine animale	SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI9 ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione alla chiusura della pratica

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
						P.2.3	Certificazioni, nulla osta, attestazioni, accertamenti ed atti del Servizio Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione, alla chiusura della pratica
			P.3	Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro		P.3.1	Attività di Controllo nei luoghi di lavoro	SERVIZIO DI PRECENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Dalla programmazione dei controlli, all'attuazione e verifica dell'adeguamento, alle eventuali prescrizioni/disposizioni e atti conseguenti compresa la verifica del pagamento della sanzione
						P.3.2	Prestazione Spisal (da Tur)	SERVIZIO DI PRECENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione, alla chiusura della pratica
			P.4	Prestazioni di igiene e sanità pubblica		P.4.1	Vaccinazioni	SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione, alla chiusura della pratica
						P.4.2	Erogazione prestazioni di certificazione rese alla persona	SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA	Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione, alla chiusura della pratica

ELENCO PROCESSI AZIENDA ULSS 5 POLESANA									
Tipologia	AREA	Elemento AU	ID	PROCESSI	OWNER	ID	SUBPROCESSI	OWNER	Limiti
						P.4.3	Erogazione pareri e certificazioni non resi alla persona (es. ambito produttivo, ricettivo, educativo, sportivo, ambulatoriale, assistenziale e residenziale)	MEDICINA LEGALE	Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione, alla chiusura della pratica
			P.5	Prestazioni di certificazione e rilascio autorizzazioni in ambito igiene e sicurezza alimentare (tariffate da TUR)	SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE				Dalla ricezione della richiesta, alla verifica del pagamento ed erogazione della prestazione, alla chiusura della pratica

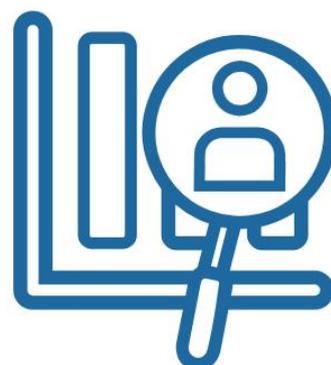
Link al sito aziendale per reperire la tabella rappresentante l'elenco degli obblighi di pubblicazione 2025:

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



Sezione 3.

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO



3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.1.1 ORGANIGRAMMA

La struttura organizzativa dell'Azienda è descritta in modo completo nell'Atto Aziendale, adottato con delibera n° 657 del 30 maggio 2023, consultabile al seguente link

<https://www.aulss5.veneto.it/Atto-Aziendale>

3.1.2 I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

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

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

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

INCARICHI GESTIONALI di Area Sanitaria

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

INCARICHI PROFESSIONALI di Area Sanitaria

- Incarico di Altissima professionalità Dipartimentale e di Altissima professionalità articolazione di Unità Operativa Complessa: articolato in 3 fasce economiche;
- Incarico di Alta specializzazione: articolato in 6 fasce economiche;
- Incarico Professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo: articolato in 3 fasce economiche;
- Incarico di Professionale iniziale (dirigenti con anzianità di servizio inferiore a 5 anni): articolato in un'unica fascia economica.

INCARICHI GESTIONALI di Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

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

INCARICHI PROFESSIONALI di Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa

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

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

- Incarichi di funzione organizzativa, che per il personale sanitario possono comprendere anche le funzioni di coordinamento e incarichi di funzione professionale: articolati su 8 classi economiche.

3.1.3 AMPIEZZA MEDIA DELLE UNITÀ ORGANIZZATIVE

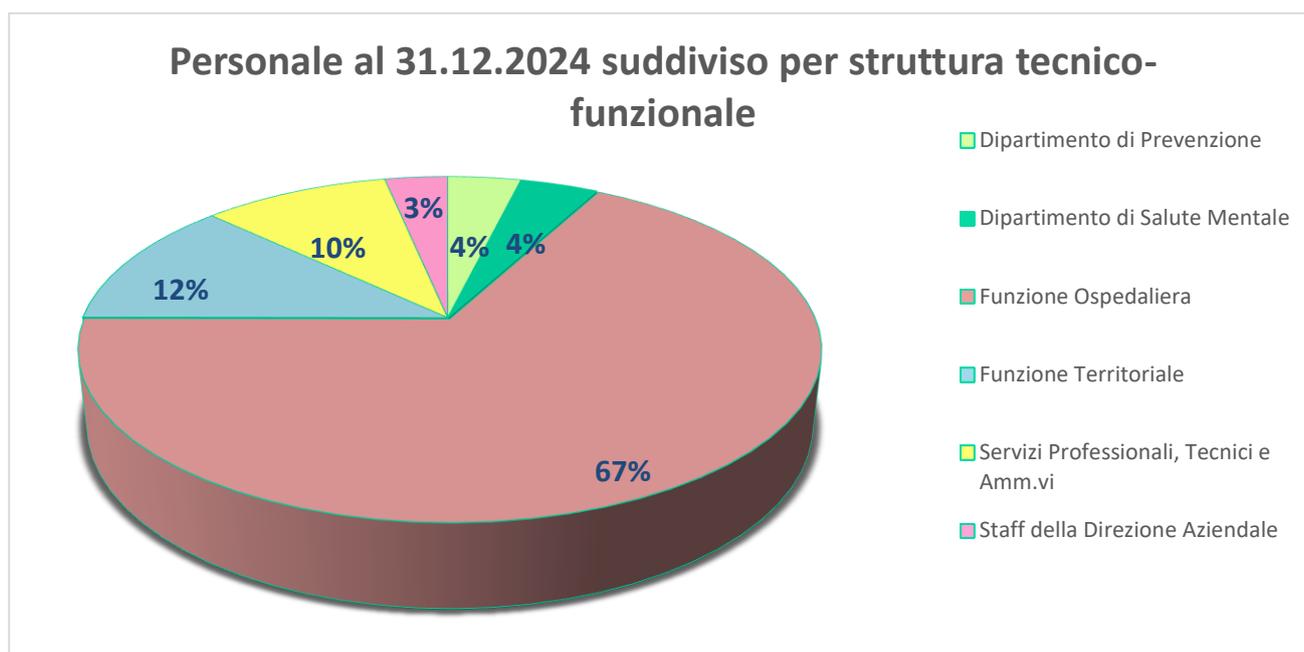
Le macro unità organizzative dell’Azienda ULSS 5 Polesana deputate all’erogazione dei livelli di assistenza sono rappresentate dalle seguenti strutture tecnico-funzionali:

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale;
- Funzione Ospedaliera;
- Funzione Territoriale.

La struttura tecnico-funzionale deputata alle attività di supporto è quella dei Servizi Professionali Tecnici e Amministrativi.

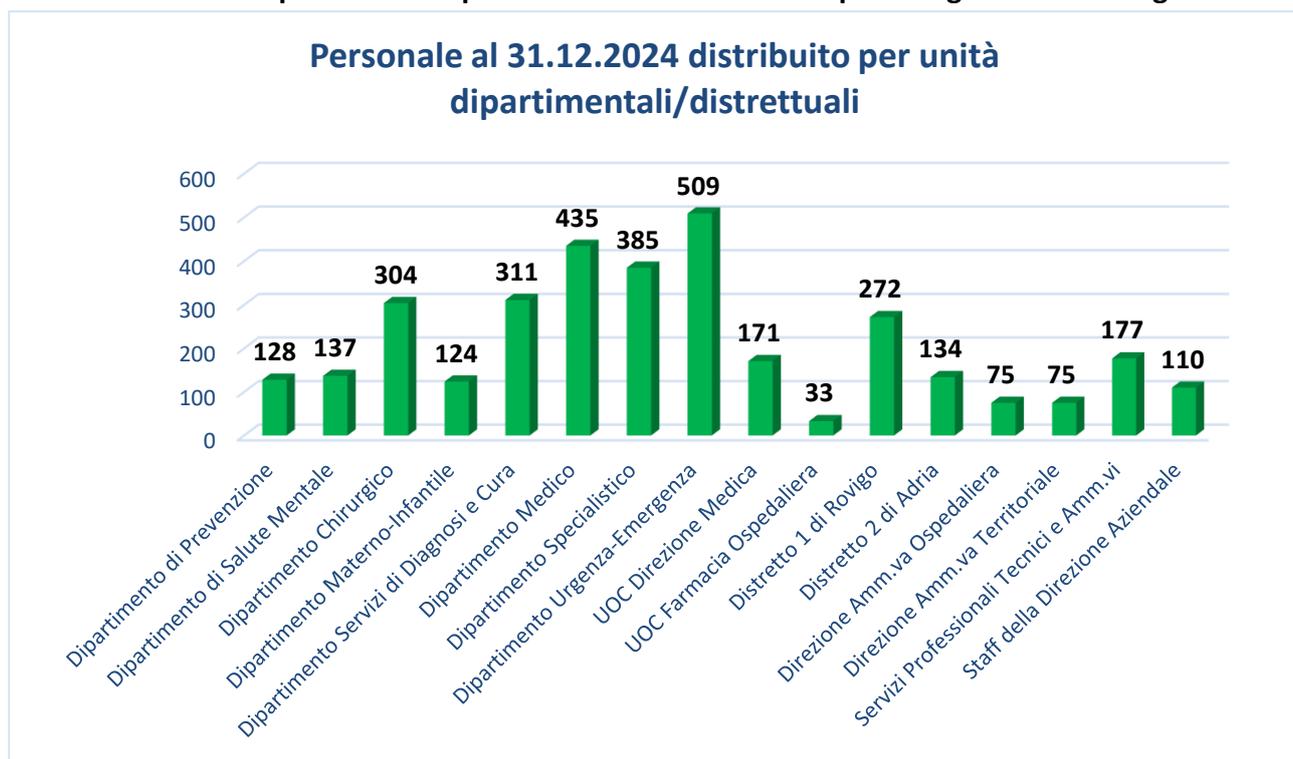
La struttura di Staff della Direzione Aziendale si colloca invece quale struttura trasversale alle precedenti e svolge funzioni di supporto alla Direzione aziendale.

Suddivisione personale dipendente in base all’unità organizzativa di riferimento



Il personale dipendente si distribuisce in netta prevalenza (67.22%) nella Funzione Ospedaliera che comprende i presidi ospedalieri di Rovigo, Trecenta e Adria, seguito dal personale afferente alla Funzione Territoriale (12.01%) che comprende il Distretto 1 di Rovigo e il Distretto 2 di Adria. Le singole unità organizzative Dipartimentali e Distrettuali dell’Azienda che compongono le strutture tecnico-funzionali summenzionate, hanno una consistenza media del personale dipendente di circa 210 unità.

Distribuzione del personale dipendente al 31.12.2024 per singole unità organizzative



3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La Legge n.81/2017 ha introdotto per la prima volta una vera e propria disciplina del lavoro agile, inteso come una “modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato un propulsore dello sviluppo del lavoro agile all'interno delle pubbliche amministrazioni. Le esigenze di contenimento dell'emergenza sanitaria, che ha avuto una rapida escalation, hanno imposto il ricorso pressoché immediato allo smartworking come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, anche derogando alla disciplina degli accordi individuali e degli obblighi informativi sanciti dalla legge 81/2017.

Il protrarsi dell'emergenza epidemiologica e l'esperienza maturata nei primi momenti della stessa hanno portato poi al superamento del regime sperimentale del lavoro agile nella pubblica amministrazione, di fatto mai completamente realizzato, e all'introduzione del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ad opera dell'art.263, comma 4 bis, del Decreto Legge 34/2020. Il succitato articolo ha decretato infatti l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di redigere entro il 31 gennaio di ciascun anno, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano delle Performance.

Con il D.L. n. 80/2021 il POLA entra a far parte del PIAO (Piano integrato di attività e di organizzazione).

Il lavoro agile ha cessato di essere uno strumento di contrasto alla situazione epidemiologica: con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 ottobre 2021, infatti, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni è soltanto quella svolta in presenza.

Attualmente, pertanto, il quadro normativo di riferimento è il regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”, che prevede l'obbligo dell'accordo individuale per l'accesso al lavoro agile.

L'Azienda ULSS 5 Polesana fino ad ora ha garantito il lavoro agile, entro i limiti definiti dalla normativa vigente, alle seguenti categorie di lavoratori valutate come prioritarie:

1. lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie

oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ivi inclusi i lavoratori in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

2. lavoratori affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221 (DM Ministro della Salute del 04.02.2022).

L'Azienda, in epoca di pandemia, ha utilizzato il lavoro agile anche come specifica forma di tutela per i «lavoratori fragili», prevedendo per tale categoria lo svolgimento obbligatorio della prestazione lavorativa attraverso la predetta modalità.

La direttiva del Ministero della Funzione Pubblica del 29.12.2023, ha evidenziato che il lavoro agile nella PA dipenderà da accordi individuali – sottoscritti con il dirigente / capo struttura, che saranno demandati a calare nel dettaglio obiettivi e modalità ad personam dello svolgimento dell'attività lavorativa.

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

L'implementazione del lavoro agile, dovrebbe portare ad impatti positivi esterni e ad ampio spettro: riduzione, ad esempio, degli spostamenti casa-lavoro e minor necessità di spostamento degli utenti con la digitalizzazione di procedure oggi offerte solo da sportelli fisici, con conseguente diminuzione delle emissioni di Co2, miglioramento delle competenze e della cultura digitale, ripopolamento delle aree urbane periferiche, migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, ecc.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1397 del 27.11.2024, completata la fase di confronto con le Organizzazioni Sindacali, l'Azienda ULSS 5 ha approvato il Regolamento Aziendale per l'effettuazione del Lavoro in modalità Agile e da Remoto per il personale del Comparto Sanità CCNL 02.11.2022 e della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa CCNL 16.07.2024.

Nel regolamento sono indicati in particolare:

- i principi e gli obiettivi del Lavoro agile;
- una percentuale di dipendenti, che possono avvalersi di tale istituto, appartenenti alle Strutture Aziendali e impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile, garantendo una adeguata rotazione del personale, assicurando la prevalenza per ciascun dipendente dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza;
- i criteri per individuare le attività idonee allo svolgimento in modalità agile, propedeutici alla stesura di una mappatura aziendale delle attività "remotizzabili";
- la modalità di accesso, al fine di garantire la pari opportunità e la non discriminazione di tutti i lavoratori che ne facciano richiesta;
- i contenuti dell'accordo individuale;
- i criteri di esecuzione della prestazione in lavoro agile;

- i diritti e i doveri del dipendente, gli obblighi in materia di sicurezza dei dati e di tutela della privacy e di Sicurezza sul lavoro;
- le modalità di valutazione dell'attività, anche al fine del riconoscimento delle professionalità e della progressione di carriera, gli obblighi formativi.

Il regolamento è stato approvato in riferimento a due aree contrattuali (per il personale del Comparto Sanità e della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa) così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 e i rispettivi CCNL di riferimento.

Attualmente si è in fase di confronto per il personale dell'Area Sanità.

La procedura aziendale prevede che ogni Direttore / Responsabile di Unità operativa complessa o Unità operativa semplice a valenza dipartimentale, individui le attività di afferenza che siano idonee al lavoro agile.

Sulla base di tale individuazione la UOC Gestione Risorse Umane redige idonea mappatura aziendale.

Successivamente alla pubblicazione del provvedimento di mappatura aziendale, il dipendente presenta alla UOC Gestione Risorse Umane la richiesta di svolgere l'attività lavorativa in modalità agile corredata da specifico progetto elaborato dal diretto interessato, con l'approvazione del Direttore responsabile.

Successivamente, la UOC Gestione Risorse Umane approva le richieste e i progetti specifici, e provvede a redigere e far sottoscrivere gli Accordi Individuali per la durata dei relativi progetti.

In caso di più richieste per il medesimo progetto, verranno applicate le priorità previste dalla normativa (art. 18 e seguenti della Legge 81/2017):

L'Azienda si impegna a fornire gli strumenti (PC portatile) per l'accesso a distanza alla propria postazione di lavoro in Azienda, nonché i software applicativi necessari allo svolgimento dell'attività lavorativa, salvaguardando la sicurezza della rete e dei dati dell'Azienda.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

L'art. 6, c. 2 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., prevede che al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottino il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D. Lgs. n. 165/2001.

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

L'art. 6, c. 1, del D.L. 80/2021, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, prevede che, per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, entro il 31 gennaio di ogni anno le Pubbliche Amministrazioni adottino il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Con riferimento all'adozione del Piano triennale dei fabbisogni del personale, per effetto dell'articolo anzidetto, esso è confluito nel PIAO, quale strumento unico di coordinamento che mette in correlazione la programmazione dei fabbisogni di risorse umane alla programmazione strategica dell'ente e alle strategie di valorizzazione del capitale umano. L'Unità Operativa Complessiva Gestione Risorse Umane svolge un ruolo fondamentale nel governo dei processi di acquisizione delle figure professionali necessarie all'Azienda per il raggiungimento dei propri obiettivi e risultati in termini di prodotti e servizi.

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

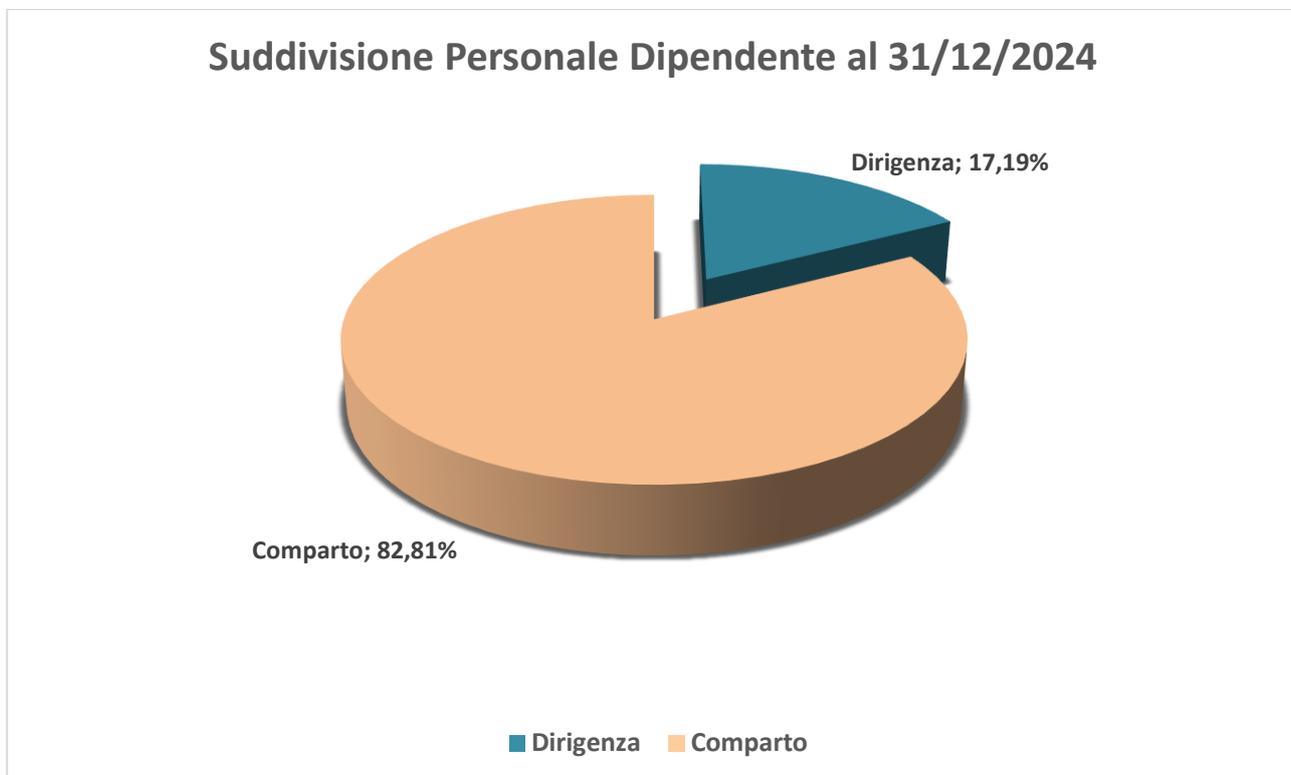
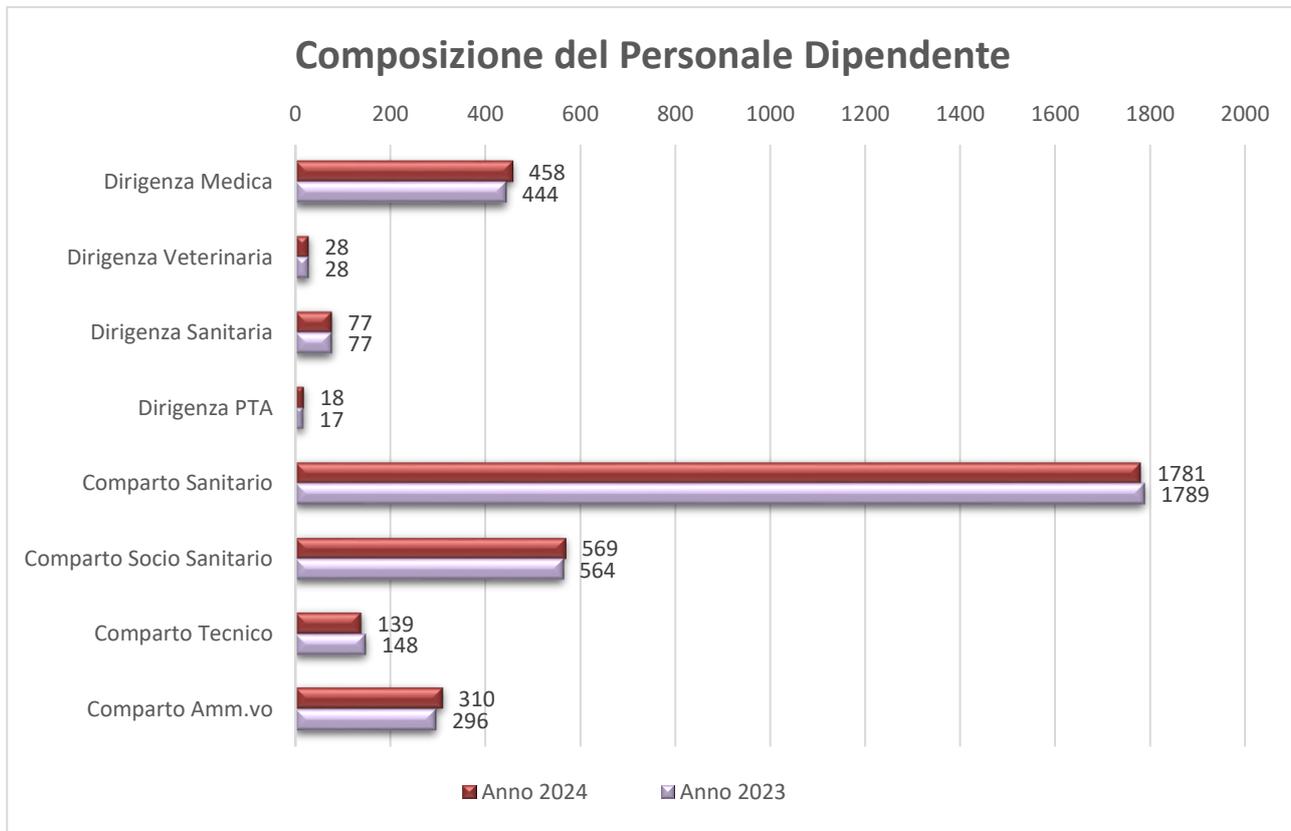
3.3.1 RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE

Il personale dipendente dell'Azienda al 31.12.2024 ammonta a 3.380 unità.

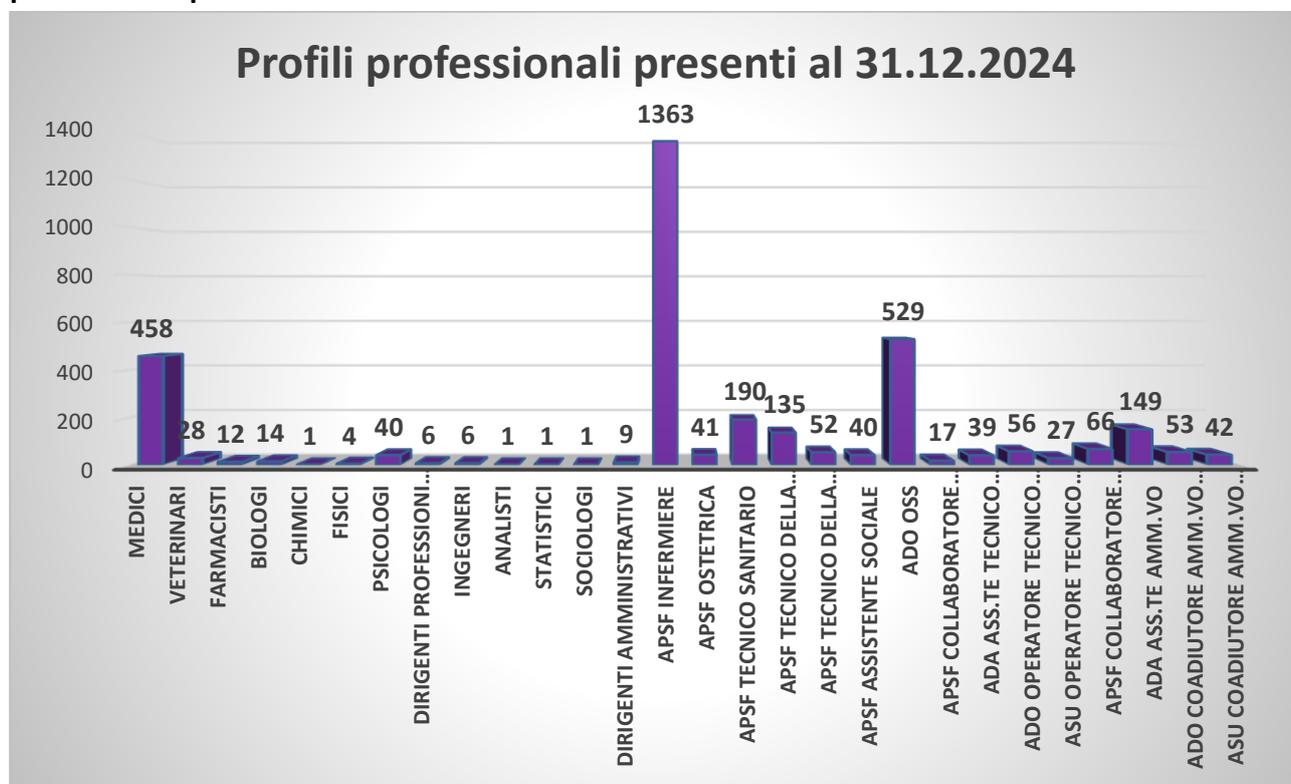
I Dirigenti rappresentano il 17,19% del personale dipendente.

Dal punto di vista della composizione per ruolo, il 69,35% del personale dipendente appartiene al ruolo sanitario, il 16,83% al ruolo socio sanitario, il 9,44% al ruolo amministrativo, il 4,20% al ruolo tecnico e il restante 0,18% a quello professionale.

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



Rappresentazione del personale dipendente al 31.12.2024 suddiviso in relazione ai profili professionali presenti.



3.3.2 PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE

Il piano triennale 2025-2027 del fabbisogno di personale è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1398 del 27/11/2024 e di seguito vengono riportati i relativi documenti:

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;

Tabella A – Piano Fabbisogno del Personale Anno 2027;

Tabella B – Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2025

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2026

Tabella C – Personale interessato a processi di reinternalizzazione Anno 2027

corredati dalla relativa Relazione Sintetica.

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2025

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T. Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-					
				Dirigenza				Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario				Altri Profili						
				€ 179.354.539,00	€ -	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.492.955,72	10.098.975,00				L	-	-		
				Comparto				Altri Profili										
				€ 124.328,00	€ -	€ 339.686,00	€ -	€ -	150.619,00									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=L+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	466,8	54,2	€ 53.595.687,39	€ 16.062,14	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.137.155,72	€ 3.700.000,00	€ 598.534,99	€ -	€ 622.386,67	€ 4.920.921,66	€ -	€ -	€ 3.541.748,26
	Dirigenza veterinaria	S	28,0	0,0	€ 3.118.472,49	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 130.000,00	€ -	€ 524,38	€ -	€ -	€ 524,38	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	76,8	5,0	€ 6.541.621,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 225.800,00	€ -	€ 43.058,69	€ -	€ -	€ 43.058,69	€ 199.890,65	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	19,0	0,0	€ 1.715.726,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		590,6	59,2	€ 64.971.507,51	€ 16.062,14	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.492.955,72	€ 3.700.000,00	€ 642.118,06	€ -	€ 622.386,67	€ 4.964.504,73	€ 199.890,65	€ -	€ 3.541.748,26
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.378,8	0,0	€ 62.763.107,73	€ 164.969,12	€ 124.328,00	€ 339.686,00	€ -	€ -	€ -	€ 421.422,84	€ -	€ -	€ 421.422,84	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	190,5	0,0	€ 8.183.442,58	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 38.235,48	€ -	€ -	€ 38.235,48	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	134,7	0,0	€ 4.707.427,92	€ 479.471,34	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.289,00	€ -	€ -	€ 13.289,00	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	49,7	0,0	€ 2.283.570,17	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.800,63	€ -	€ -	€ 13.800,63	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	544,4	0,0	€ 18.960.893,14	€ 366.166,46	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	154,7	6,5	€ 5.218.209,30	€ 759.250,63	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 92.384,81
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	300,7	0,0	€ 11.087.243,47	€ 204.102,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 50.222,21	€ -	€ -	€ 50.222,21	€ -	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.753,5	6,5	€ 113.203.894,31	€ 1.973.960,21	€ 124.328,00	€ 339.686,00	€ -	€ -	€ -	€ 536.970,16	€ -	€ -	€ 536.970,16	€ -	€ -	€ 92.384,81	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.344,1	65,6	€ 178.175.401,82	€ 1.990.022,35	€ 249.564,00	€ 2.326.813,00	€ -	€ 4.492.955,72	€ 3.700.000,00	€ 1.179.088,22	€ -	€ 622.386,67	€ 5.501.474,89	€ 199.890,65	€ -	€ 3.634.133,07	

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

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

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

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

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2026

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI					NON DIPENDENTI									
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento al personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ²	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁵	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	Con Specifico Finanziamento ⁶	-	Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili					
				€ 179.354.539,00	€ -	Dirigenza € 125.236,00	Dirigenza € 1.987.127,00	€ -	€ 4.492.955,72	€	Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	10.098.975,00	€	Altri Profili	150.619,00	L	-	-
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=L+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	466,8	32,7	€ 54.194.222,38	€ 16.062,14	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.267.155,72	€ 3.700.000,00	€ -	€ 622.386,67	€ 4.322.386,67	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	28,0	0,0	€ 3.118.996,87	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	76,8	0,0	€ 6.584.680,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 225.800,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	19,0	0,0	€ 1.715.726,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		590,6	32,7	€ 65.613.625,57	€ 16.062,14	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.492.955,72	€ 3.700.000,00	€ -	€ -	€ 622.386,67	€ 4.322.386,67	€ -	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.378,8	0,0	€ 63.184.530,57	€ 164.969,12	€ 124.328,00	€ 339.686,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	190,5	0,0	€ 8.221.678,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	134,7	0,0	€ 4.720.716,92	€ 479.471,34	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	49,7	0,0	€ 2.297.370,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	544,4	0,0	€ 18.960.893,14	€ 366.166,46	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	154,7	6,5	€ 5.218.209,30	€ 759.250,63	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 92.384,81	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	300,7	0,0	€ 11.137.465,68	€ 204.102,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.753,5	6,5	€ 113.740.864,47	€ 1.973.960,21	€ 124.328,00	€ 339.686,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 92.384,81	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.344,1	39,2	€ 179.354.490,04	€ 1.990.022,35	€ 249.564,00	€ 2.326.813,00	€ -	€ 4.492.955,72	€ 3.700.000,00	€ -	€ -	€ 622.386,67	€ 4.322.386,67	€ -	€ -	€ 92.384,81	

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

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

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

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

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2027

Azienda		505 - Polesana		DIPENDENTI								NON DIPENDENTI							
Macroprofil	Ruolo	Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al Decreto 165/2001)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie		
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁶	-	-	Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	Con Specifico Finanziamento ⁶	-	Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili	Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario	Altri Profili	L	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=L+M+N	P	Q	R		
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	466,8	32,7	€ 54.194.222,38	€ 16.062,14	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.267.155,72	€ 3.700.000,00	€ -	€ -	€ 622.386,67	€ 4.322.386,67	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	28,0	0,0	€ 3.118.996,87	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	76,8	0,0	€ 6.584.680,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 225.800,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	19,0	0,0	€ 1.715.726,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		590,6	32,7	€ 65.613.625,57	€ 16.062,14	€ 125.236,00	€ 1.987.127,00	€ -	€ 4.492.955,72	€ 3.700.000,00	€ -	€ -	€ 622.386,67	€ 4.322.386,67	€ -	€ -	€ -	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.378,8	0,0	€ 63.184.530,57	€ 164.969,12	€ 124.328,00	€ 339.686,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale tecnico sanitario	S	190,5	0,0	€ 8.221.678,06	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	134,7	0,0	€ 4.720.716,92	€ 479.471,34	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della prevenzione	S	49,7	0,0	€ 2.297.370,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	OSS/OTAA	SS	544,4	0,0	€ 18.960.893,14	€ 366.166,46	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	154,7	6,5	€ 5.218.209,30	€ 759.250,63	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 92.384,81		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	300,7	0,0	€ 11.137.465,68	€ 204.102,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
TOTALE PERSONALE COMPARTO		2.753,5	6,5	€ 113.740.864,47	€ 1.973.960,21	€ 124.328,00	€ 339.686,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 92.384,81		
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		3.344,1	39,2	€ 179.354.490,04	€ 1.990.022,35	€ 249.564,00	€ 2.326.813,00	€ -	€ 4.492.955,72	€ 3.700.000,00	€ -	€ -	€ 622.386,67	€ 4.322.386,67	€ -	€ -	€ 92.384,81		

- 1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annuo da Universitari, S.A.I., Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..
- 2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).
- 3 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.
- 4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.
- 5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.
- 6 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda 505 - Polesana

	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ²	Personale da processi di reinternalizzazione ³
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	592	1	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	31	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	81	1	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	24	0	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			728	2	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.431	3	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	196	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	124	16	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	59	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	SS	510	17	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	173	17	0	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	333	9	0	0	0
TOTALE PERSONALE COMPARTO			2.826	62	0	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			3.554	64	0	0	0

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

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

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

Il Direttore Generale

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025
Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019

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

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

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026
Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019

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

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

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2027
Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019

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

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



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

Oggetto: Revisione PTFP 2024, adozione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2025 - 2027 e Dotazione Organica – Relazione sintetica.

In relazione alla richiesta della Regione Veneto prot. n. 566036 del 05.11.2024, si precisa quanto di seguito.

Revisione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale anno 2024

Il costo del Personale Dipendente - Bilancio Sanitario (colonna C + colonna L per il personale a TD non finanziato e non derivante da contratto Decreto Calabria) è risultato pari ad €. 179.817.967,95 a fronte del limite di costo per l'anno di €. 180.493.512,00

Il costo degli Incarichi art. 7. c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001, delle Consulenze ex art. 117, c. 2 CCNL 19.12.2019 e della Somministrazione è complessivamente pari ad € 6.743.054,63 (colonna O)

- Incarichi Libero Professionali (colonna I) per €. 3.338.939,72,
- Personale a Tempo Determinato (colonna L al netto del personale a TD finanziato e D.L. Calabria) per € 3.137.214,93
- Consulenze (colonna N) per € 266.900,00 trattasi di Convenzioni Passive (art. 58 CCNL Dir Med e Vet. 8.6.2000 - art. 117 co. 2 Area Sanità 19.12.2019 - art. 91 co. 2 Area Sanità 23.1.2024)

La Regione Veneto ha previsto il nuovo limite di spesa per i contratti di lavoro flessibile con la DGRV 877 del 30.07.2024. Il costo per l'anno 2024 rimane all'interno del limite suindicato per l'area della Dirigenza Medica e per il personale del comparto appartenente al ruolo sanitario e socio sanitario, mentre per l'area della Dirigenza non Medica e PTA e del Comparto dei ruoli PTA il limite pari ad € 150.619,00 risulta superato.

In merito si precisa che il costo del Personale Dirigente Sanitario non Medico a tempo determinato per €.186.176,61 al netto degli Psicologi finanziati con Decreto 89/22 CSM, deriva dalla necessità di reclutare, nel corso dell'anno 2024, Dirigenti Sanitari Psicologi a tempo determinato tramite avvisi pubblici, nelle more dell'espletamento del concorso pubblico gestito da Azienda Zero. Il costo del Personale a T.D. dell'area del Comparto Amministrativo per complessivi €. 169.221,95 è relativo al costo di n. 2 dipendenti con Contratto di Formazione Lavoro, di un dipendente in comando dallo IOV e di un dipendente in assegnazione temporanea.

Si evidenzia la nota carenza di personale dipendente dell'area Medica e le difficoltà ad assumere personale strutturato, in particolare nelle discipline di Anestesia e Rianimazione, Emergenza ed Urgenza, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Malattie Infettive, Urologia e Medicina Interna, nonostante le numerose procedure attivate (concorsi pubblici, avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato e avvisi di mobilità).

Negli ultimi mesi, si è proceduto all'assunzione di diverse unità di personale medico non ancora specializzato (medici specializzandi in corso di formazione specialistica) i quali, nonostante abbiano rafforzato l'organico delle diverse unità, hanno comportato l'esigenza di una ricalibratura delle stesse, in quanto si tratta di figure ad orario ed autonomia ridotte, che possono coprire solo parzialmente i servizi di guardia.

Tali circostanze hanno pertanto reso necessario, negli ultimi anni, il ricorso a professionisti esterni con contratto di lavoro autonomo di cui all'art. 7 c. 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i, al fine di garantire la continuità dei servizi ed in particolare i servizi di guardia, nonché evitare l'interruzione di pubblico servizio; la spesa sostenuta per gli incarichi attribuiti ai liberi professionisti consente inoltre di evitare, unitamente agli altri strumenti disponibili (acquisto prestazioni da parte del personale dipendente, convenzioni con altre aziende sanitarie, SAI) il ricorso a prestazioni/servizi effettuati da ditte esterne.

Costo Prestazioni Aggiuntive

Nel corso dell'anno 2024 l'Azienda ha fatto ricorso a prestazioni aggiuntive ex art. 55 CCNL 08.06.2000 ed art. 89 c. 2 e 6 del CCNL 23.01.2024 entro comunque il limite massimo autorizzato dalla Regione Veneto con DGRV 280 del 21.03.2024 per l'area Medica e DGRV 441 del 30.04.2024 per l'area del comparto sanitario, e comprensivo per la dirigenza di € 141.880,19 delle Risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della Libera Professione di cui all'art. 1 comma 4 lett. C) della L. 120/2007 (Fondo Balduzzi), così come riportato nella colonna F per il ruolo della Dirigenza Medica.

Si precisa che trattasi di attività relativa all'attuazione dei piani di recupero delle liste d'attesa, dei servizi di guardia notturna, d'integrazione dell'attività istituzionale per carenza di organico e dell'integrazione dell'attività presso i servizi di Emergenza – Urgenza ospedaliera.

Costo degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) – anno 2024

TETTO DI SPESA Dirigenza Medica (SAI + medicina dei servizi) € 4.192.955,72

TETTO DI SPESA Dirigenza Sanitaria (Psicologi) € 140.000,00

TETTO DI SPESA Dirigenza Veterinaria € 160.000,00

Durante l'anno 2024, il Direttore UOC Igiene Alimenti di Origine Animale, al fine di garantire una programmazione funzionale all'attività di macellazione presso gli stabilimenti presenti sul territorio per l'esecuzione dei controlli ufficiali nell'orario notturno/festivo, ha chiesto l'attivazione di incarichi a tempo determinato per complessive 60 ore a settimana.

Totale personale nr. 51 SAI e nr. 2 psicologi e nr. 2 veterinari a tempo determinato

FTE SAI anno 2024 = 34,26

FTE Psicologi anno 2024 = 1,16

FTE Veterinari anni 2024 = 1,58

Costo Incarichi articolo 7, c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001e s.m.i. con specifico finanziamento complessivamente € 518.583,97 (colonna P):

Per la Dirigenza Sanitaria non Medica il costo complessivo pari ad € 494.349,19 è come di seguito suddiviso:
a) € 390.706,15, riferiti a contratti libero professionali a Psicologi con specifico finanziamento come di seguito dettagliato:

- Progetto Quality of Life – DGRV 1557/2023 per € 94.805,67 – finanziamento regionale;
- Progetto Fenice – Decreto Regione Veneto n. 93/2022 per € 70.324,80 – finanziamento regionale;
- Progetto Piano Biennale per Contrasto disturbo della nutrizione e dell'alimentazione – DGRV 108 del 27.10.2022 per € 33.960,00 – finanziamento regionale;
- Progetto Sviluppo dei Consultori Familiari DGRV 102/2022 e DGRV 1592/2023 per € 35.070 – finanziamento regionale;
- Progetto "ORA - Orientamento Rete Ascolto", finanziato dalla Fondazione CA.RI.PA.RO. per € 110.171,68;

- Piano per contrastare il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) - Decreto del Dirigente Regionale nr. 15/2022, per € 46.374,00 – finanziamento Regionale.

b) € 103.643,04 per borse di studio a personale Dirigente Sanitario – Farmacisti e Psicologi con finanziamento da privato.

Per il personale del comparto, il costo complessivo è di €. 24.234,78 per borse di studio a personale dell'area del comparto sanitario dietista ed educatore professionale, con finanziamento da privato.

Altre Tipologie

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

- a) € 3.541.748,26: Area Dirigenza Medica per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: servizio di assistenza medica di supporto all'UOC di Pronto Soccorso di Rovigo, Trecenta ed Adria, UOC Pediatria Rovigo-Adria, UOC Ostetricia e Ginecologia Rovigo ed Adria e all'UOC Anestesia e Rianimazione di Adria e, fino al 05.04.2024, presso la UOC di Radiologia. I servizi sopraindicati sono stati prorogati per 12 mesi, dal 01.10.2024 fino al 30.09.2025, successivamente, allo scadere del contratto.
- b) € 496.284,48: Personale del Comparto - Altro Personale Tecnico per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: integrazione del servizio Contact Center con attività di back office e front office e dell'attività di accettazione amministrativa presso i centri prelievi ospedalieri; servizio recupero cani vaganti, cani e gatti feriti sul territorio dell'ULSS 5 Polesana; servizio di accompagnamento pazienti (concluso il 30.06.2024) ed il servizio di guardiania fino al 31.12.2024.

Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per gli anni 2025 - 2027 e Dotazione Organica dell'Azienda ULSS 5 Polesana di cui alla DGRV n. 677 del 15.05.2018

La Direzione Aziendale, sulla base del PTFP anno 2024, come sopra aggiornato, e di una complessiva analisi dei compiti istituzionali in termini di obiettivi, competenze, attività e professionalità e della consistenza del personale in servizio, ha valutato, per gli anni 2025-2027, una revisione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale, quale strumento che individua, in termini qualitativi e quantitativi, le risorse umane necessarie a garantire i livelli di assistenza che l'Azienda ULSS 5 Polesana è tenuta ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati, nonché l'adeguamento della dotazione organica, quale strumento che individua il personale con rapporto di lavoro dipendente.

Sulla scorta delle indicazioni regionali è stato pertanto redatto il PTFP anni 2025 – 2027 come segue:

- € 179.354.490,04 per il costo del Personale Dipendente – Bilancio Sanitario – Tabella A – Scheda 1 – PTFP colonne C+L Anno 2025
- € 4.492.955,72 per gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)
- € 5.501.474,89 complessivamente per il costo degli Incarichi art. 7. c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001, delle Consulenze ex art. 117, c. 2 CCNL 19.12.2019 e della Somministrazione entro i limiti di cui alla DGRV 877 del 30.07.2024
 - o Incarichi Libero Professionali (colonna I) per € 3.700.000,00
 - o Costo personale a Tempo Determinato (colonna L al netto del personale a TD finanziato e D.L. Calabria) per € 1.179.088,22
 - o Consulenze (colonna N) per € 622.386,67 convenzioni passive (art. 58 CCNL Dir Med e Vet. 8.6.2000 - art. 117 co. 2 Area Sanità 19.12.2019 - art. 91 co. 2 Area Sanità 23.1.2024)

- € 199.890,65 Costo Incarichi articolo 7, c. 6 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. con specifico finanziamento complessivamente (colonna P): costo per gli incarichi L.P a personale della Dirigenza non Medica finanziati e borse di studio finanziate in servizio nel corso dell'anno 2024 fino alla scadenza dell'incarico nell'anno 2025

Relativamente alla colonna "Altre Tipologie", sono stati riportati i seguenti valori corrispondenti a €. 3.541.748,26 (colonna R) per l'Area Dirigenza Medica per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: servizio di assistenza medica di supporto all'UOC di Pronto Soccorso di Rovigo, Trecenta ed Adria, UOC Pediatria Rovigo-Adria, UOC Ostetricia e Ginecologia Rovigo ed Adria, corrispondente a n. 21,49 FTE. I servizi sopraindicati sono stati prorogati dal 01.10.2024 per mesi 12 fino al 30.09.2025, come previsto dal D.L. 34/2023 convertito in Legge 56/2023.

Il fabbisogno per il personale dipendente riguarda sia il Personale Dirigente, sia il Personale del Comparto in prevalenza già autorizzato, necessario per l'erogazione dei LEA. La rilevazione effettuata tiene conto degli strumenti di programmazione: il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con L.R. 28.12.2018 n. 48, la DGRV n. 614 del 14.03.2019, che dispone l'approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss e gli standard di personale per livello di assistenza definiti a livello regionale, con appositi provvedimenti di Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 8 della citata L.R. n. 23/12 e dell'art. 23 della L.R. n. 19/2016. Tra questi si evidenziano i provvedimenti che definiscono le risorse umane necessarie minime per realizzare l'attività programmata:

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

Si evidenzia che nel corso del 2024, grazie ai concorsi indetti da Azienda Zero, numerosi servizi hanno raggiunto l'organico previsto dalla dotazione, mentre altre unità operative hanno subito un incremento, avvicinandosi alla stessa. Permane, però, per alcuni servizi, la difficoltà di reclutare personale medico.

Le procedure di concorso e avviso pubblico finora espletate non sono infatti riuscite a soddisfare il fabbisogno di medici nelle strutture aziendali interessate, ancora ad oggi, dalla carenza di organico, in quanto l'incapienza delle graduatorie non ha consentito di acquisire un numero di candidati sufficiente.

Pertanto particolare attenzione è stata rivolta all'acquisizione di professionisti con contratti di lavoro autonomo. La dotazione organica è stata aggiornata, tenendo conto del fabbisogno di personale dipendente indispensabile per il funzionamento dell'Azienda che si prevede di acquisire in relazione alle attività previste anche in termini di nuovi servizi, nonché tenuto conto delle autorizzazioni regionali rilasciate e delle prenotazioni ai concorsi indetti da Azienda Zero.

AREA DIRIGENZA

Nel corso del 2024, è stato possibile assumere a tempo indeterminato o con tempo determinato ai sensi della Legge n. 145/2018 (cosiddetti specializzandi "Decreto Calabria") n. 57 Dirigenti Medici, N. 6 Dirigenti Veterinari, N. 1 Dirigente Farmacista, N. 9 Dirigenti Psicologi, n. 1 Dirigente Ingegnere e n. 1 Dirigente Amministrativo, mentre n. 1 Dirigente Medico è stato assunto per ricostituzione del rapporto di lavoro, n. 2 Dirigenti Medici e n. 1 Dirigente Farmacista sono stati oggetto di procedure di stabilizzazione, n. 1 Dirigente Medico e n. 1 Dirigente Ingegnere sono stati assunti per trasferimento.

Nel corso del 2025 verranno concluse le procedure di affidamento degli incarichi di Direzione delle strutture complesse di numerose Unità Operative:

- Oncologia e Nefrologia, già espletate con presa di servizio dei relativi vincitori nel 2025;
- Medicina Trasfusionale, Neuroradiologia e Centrale Operativa 118 in fase di espletamento;
- Anatomia Patologica, Riabilitazione di Adria, Ostetricia e Ginecologia di Rovigo, Urologia di Rovigo, Radiologia, Distretto 2 e Direzione Professioni Sanitarie da bandire in corso d'anno.

Nell'attesa dei nuovi incarichi ai Direttori di Unità Operativa complessa, si evidenziano gli ambiti in cui principalmente si è reso necessario rivedere la dotazione al fine di garantire un'adeguata sostenibilità organizzativa:

Area Chirurgica: è stato previsto l'ampliamento della dotazione della UOC Otorinolaringoiatria al fine di far fronte al carico di attività richieste. Le unità assunte nel corso del 2024 si sono impegnate a garantire l'attività chirurgica presso i presidi ospedalieri. La dotazione ha permesso di soddisfare la domanda di prestazioni ambulatoriali.

Area Ortopedica: è stato previsto un supporto ortogeriatrico per migliorare la presa in carico dei pazienti con frattura di femore ricoverati in ortopedia, attesa la necessità di provvedere alla gestione del paziente anziano ortopedico che rappresenta la maggior parte dei ricoveri in tale ambito.

Area Medica Generalista: l'area Medica Generalista di Rovigo, sia della Medicina che della Geriatria, sarà incrementata di personale medico al fine di addivenire all'attivazione di un'area con posti letto monitorati che consentano anche di sgravare l'area della rianimazione dall'assistenza, in particolare, al paziente anziano che non necessita più di cure rianimatorie. Inoltre, al fine di rafforzare le sedi periferiche di area medica, si prevede il potenziamento dell'organico per il presidio di Adria al fine di incrementare l'attività di ricovero ed avviare anche l'attività ambulatoriale, e per il presidio di Trecenta con l'incremento di due unità mediche di reumatologia per implementare l'attività di ricovero specialistica e rinforzare l'offerta ambulatoriale sul territorio.

Area Medica Specialistica: la revisione della dotazione di personale sarà attuata in conseguenza di mutate esigenze delle singole unità operative e derivante dalla necessità di garantire le prestazioni ambulatoriali sulle tre sedi ospedaliere oltre che sul territorio e considerato che le stesse devono conciliarsi con le esigenze di gestione dei posti letto, delle consulenze al pronto soccorso e alle altre unità operative. Una particolare attenzione è stata riservata:

- alla UOC Gastroenterologia per garantire la gestione dei posti letto e le urgenze endoscopiche ed i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Allo stato attuale la dotazione non è completata, attesa la difficoltà di reclutamento ed il rapido turn over del personale medico, che non dà garanzia di stabilità in relazione anche alla attività su più sedi ospedaliere. Per sostenere l'attività, è stata richiesta la convenzione con altre aziende del Veneto, che hanno risposto negativamente, sono state destinate risorse aggiuntive, sono stati attivati incarichi libero-professionali e per soddisfare la richiesta di prestazioni si è ricorso anche a prestazioni da privati accreditati.
- alla UOC Pneumologia a seguito dell'istituzione dell'Unità di Pneumologia Territoriale.
- alla UOC di Neurologia, a seguito dell'implementazione della Stroke Unit, al fine di garantire il trattamento più appropriato per ogni caso di ictus sulla base di un approccio multi-disciplinare finalizzato alla dimissione a domicilio o in reparti di riabilitazione,
- alla UOC Cardiologia, al fine di poter provvedere alla copertura delle necessità sia del presidio di Rovigo che di quello di Adria,
- alla UOSD Diagnostica ed Interventistica Cardiovascolare alla luce anche della prossima attivazione a regime del secondo angiografo.

Area Urgenza/Emergenza (Pronto Soccorso, Suem 118 e Anestesia e Rianimazione): si evidenzia, nonostante l'acquisizione di diverse unità a seguito dei concorsi di Azienda Zero, la situazione del settore dell'Emergenza/Urgenza continua a richiedere il ricorso all'esternalizzazione parziale dei servizi allo scopo di garantire la continuità degli stessi.

Dal 2025, in relazione al DM 77/2022 e al PNRR/M6 è necessario prevedere delle unità mediche che possano consentire l'avvio delle attività delle Case di Comunità e garantire la presa in carico della persona mediante un approccio multidisciplinare. Lo sviluppo dell'assistenza sanitaria di prossimità ai residenti permetterà di assicurare l'assistenza alla popolazione più anziana, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione, favorendo la cura a livello locale. L'obiettivo di migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione verso gli over 65, deve prevedere l'implementazione di una organizzazione trasmurale, a forte integrazione ospedale-territorio, per attivare percorsi di cura e per favorire la continuità delle cure al paziente cronico.

PERSONALE DEL COMPARTO

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

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

- COT, considerando lo standard previsto dal DM 77/2022 (che prevede 3-5 infermieri per COT) e che per l'ULSS 5 Polesana sono state attivate 3 COT (una Hub, con sede a Rovigo, e 2 spoke, con sedi rispettivamente a Rovigo e ad Adria), per raggiungere lo standard minimo è necessario prevedere ulteriori **2** infermieri;
- Infermiere di famiglia o comunità, considerando che la DGR n. 1123/2023 prevede 1 infermiere di famiglia o comunità per ciascuna Casa della Comunità Hub e che nel territorio dell'ULSS 5 insistono 5 Case della Comunità Hub, per raggiungere lo standard risulta necessario prevedere ulteriori **3** infermieri di famiglia, da assegnare alle Case di Comunità attualmente prive;
- Cure Domiciliari, considerando che il citato DM 77/2022 prevede che il domicilio sia il primo luogo di cura e che, per l'Azienda ULSS5, il 12,2% della popolazione con età superiore ai 65 anni sia presa in carico dalle cure domiciliari, per equilibrare nei due Distretti il rapporto infermieri/popolazione e consentire anche al Distretto 1 di raggiungere tale obiettivo, è necessario acquisire **5** infermieri da assegnare alle Cure Domiciliari del Distretto 1, anche al fine di potenziare la rete locale di cure palliative avente al suo interno il servizio di cure palliative domiciliari, costituito da un'équipe assistenziale multiprofessionale che include il personale infermieristico delle Cure Domiciliari, specificatamente formato per garantire la continuità assistenziale.
- Salute in Carcere e Istituto Minorile, considerando che in vista della prossima apertura dell'Istituto Minorile, viene richiesta la presenza infermieristica che si stima essere h. 12, 7gg./7, con la conseguente necessità di potenziare l'organico infermieristico assegnato all'UOSD Salute in Carcere di **3** unità infermieristiche.

- Ospedale di Comunità Rovigo, considerando che la DGR 721/2023 prevede il potenziamento della rete delle Cure Intermedie dell'ULSS 5 Polesana con l'apertura di un Ospedale di Comunità presso l'Ospedale di Rovigo, emerge la necessità di implementare l'organico di **9** infermieri (incluso il coordinatore infermieristico ed il Case Manager) e di **10** OSS.
- Attività riabilitativa Sanità Penitenziaria, presso la Casa Circondariale di Rovigo, come da indicazioni della Regione Veneto, risulta necessario aumentare la dotazione organica a due fisioterapisti, al fine di garantire i trattamenti riabilitativi ai detenuti.
- Cure Primarie, allo stato attuale risulta in dotazione solamente un fisioterapista con lo scopo di garantire i trattamenti riabilitativi, le valutazioni relative ai presidi da assegnare a domicilio (valutazione ambientale, barriere architettoniche), nonché l'addestramento all'uso degli stessi (sollevatori, deambulatori, ecc.), a servizio del Distretto 2, mentre si prevede di incrementare l'organico per acquisire tale figura anche a servizio del Distretto.

Si rileva, inoltre, che il nuovo CCNL del Comparto Sanità del Triennio 2019-2021, sottoscritto il 02 novembre 2022, oltre alla revisione del sistema di classificazione del personale, ha introdotto l'area del personale di elevata qualificazione (EQ), a cui appartengono i lavoratori strutturalmente già inseriti nei processi produttivi e nei sistemi di erogazione dei servizi, che siano già in possesso dei requisiti previsti per l'accesso ai profili dell'area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari e che svolgano funzioni di elevato contenuto professionale e specialistico e/o coordinano e gestiscono processi articolati di significativa importanza e responsabilità. Lo stesso CCNL prevede inoltre la progressione tra un'area e quella immediatamente superiore. Nell'ottica di un processo di valorizzazione delle competenze e delle professionalità, nel corso del 2025 verranno pertanto attivate le procedure per permettere al Personale del Comparto l'accesso a questi strumenti di sviluppo professionale sulla base delle risorse assegnate di cui all'art. 21 c. 3 del CCNL 2.11.2024 pari ad € 60.180.00.

PERSONALE AMMINISTRATIVO/TECNICO

Anche nel corso del 2024, a fronte dei concorsi banditi da Azienda Zero, si è proceduto ad assunzioni di personale amministrativo e tecnico, al fine di colmare il divario prodotto dalle cessazioni intervenute negli anni passati e di sostenere i servizi amministrativi, in relazione alle prestazioni istituzionali da erogare, alle necessità del front/office e all'applicazione delle nuove disposizioni normative.

La dotazione è stata incrementata per permettere l'adeguamento del personale tecnico amministrativo specialmente a favore della UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, nella quale l'approvazione del nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023 e successivi aggiornamenti) ha comportato l'avvio di nuove procedure ed adempimenti.

Per quanto riguarda l'assunzione del personale appartenente alle Categorie Protette e Disabili, nel 2024 si è stipulata, con il Centro per l'Impiego di Rovigo, la nuova Convenzione di Programma ex L. 68/1999 che permetterà di garantire le assunzioni di personale appartenente a tali categorie; oltre a tale convenzione, nel corso del 2025 verranno espletate procedure concorsuali riservate.

PERSONALE NON DIPENDENTE

La carenza di personale medico e le difficoltà ad assumere personale strutturato, in particolare nelle discipline di Anestesia e Rianimazione, Urgenza ed Emergenza, Pediatria, Medicina Interna, Ginecologia e Ostetricia, Psichiatria e Radiodiagnostica, nonostante le numerose procedure attivate (avvisi, mobilità, scambi di graduatorie tra Aziende, concorsi programmati e gestiti da Azienda Zero, convenzioni ex art. 117 comma 2,

CCNL Dirigenza Area Sanità del 19.12.2019, compreso il ricorso a personale iscritto nelle graduatorie per l'assistenza specialistica in regime di convenzione) e il tentativo di porre in essere di ogni altra soluzione organizzativa, hanno reso necessario, anche per l'anno 2024, come negli ultimi anni, il ricorso a professionisti esterni con contratti di lavoro autonomo di cui all'art. 7, comma 6 del D.lgs. 165/2001, al fine di scongiurare il rischio di interruzione di pubblico servizio.

Per discipline quali Urologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Medicina Interna, Anestesia e Rianimazione, Medicina Urgenza Emergenza, Psichiatria, i numerosi concorsi banditi da parte di Azienda Zero, anche più volte nel corso dello stesso anno, sono risultati spesso deserti, privi di candidati in graduatoria o con graduatorie non sufficienti a sopperire il fabbisogno richiesto, pertanto, anche per l'anno 2025, per tali professionalità si prevede di ricorrere a professionisti esterni con contratti di lavoro autonomo di cui all'art. 7, comma 6 del D.lgs. 165/2001, o a servizi di esternalizzazione, al fine di scongiurare il rischio di interruzione di pubblico servizio.

La spesa prevista per il 2025 risulta in linea con quanto speso per il 2024, tenuto conto altresì dell'incremento del valore orario previsto dalla DGRV 106 del 12.02.2024 modificata dalla DGRV 580 del 27.05.2024 fermo restando che l'eventuale ulteriore spesa sarà imputabile esclusivamente per l'acquisizione di professionalità sanitarie necessarie a garantire l'offerta di prestazioni nei tempi previsti dalle vigenti disposizioni regionali, nonché per garantire la regolare apertura dei servizi H24/H12.

Costo Prestazioni Aggiuntive

Si prevede anche per gli anni 2025-2027 il ricorso a prestazioni aggiuntive ex art. 55 CCNL 08.06.2000 ed art. 89 c. 2 e 6 del CCNL 23.01.2024 entro comunque il limite massimo autorizzato dalla Regione Veneto con DGRV 280 del 21.03.2024 per l'area Medica e DGRV 441 del 30.04.2024 per l'area del comparto sanitario, eventualmente comprensivo per la dirigenza delle risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della Libera Professione di cui all'art. 1 comma 4 lett. C) della L. 120/2007 (Fondo Balduzzi) così come riportato nella colonna F per il ruolo della Dirigenza Medica.

Si precisa che trattasi di attività relativa all'attuazione dei piani di recupero delle liste d'attesa, dei servizi di guardia notturna, d'integrazione dell'attività istituzionale per carenza di organico e dell'integrazione dell'attività presso i servizi di Emergenza – Urgenza ospedaliera.

Costo degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) ANNO 2025 e successivi:

Solo per il 2025, si conferma la necessità di procedere a conferire incarichi a tempo determinato a Dirigenti Veterinari per complessive 50 ore a settimana. Negli anni successivi, le risorse per la specialistica ambulatoriale dovranno essere destinate a reclutare specialisti ambulatoriali per garantire i servizi da attivare presso le Case di Comunità.

Previsione dirigenza Medica (SAI) € 4.137.155,72

Previsione dirigenza Sanitaria (psicologi e biologi) € 225.800,00

Previsione dirigenza Veterinaria € 130.000,00

FTE SAI anno 2025 = 41,71

FTE psicologi e biologi anno 2025 = 2,03

FTE veterinari anno 2025 = 1,32

Per gli anni 2026 e 2027:

Previsione dirigenza Medica (SAI) € 4.267.155,75

Previsione dirigenza Sanitaria (psicologi e biologi) € 225.800,00

FTE SAI anno 2026 e 2027 = 43,02

FTE psicologi e biologi anno 2026 e 2027 = 2,03

Relativamente alle Tabelle allegate anni 2025-2027 colonna "Altre Tipologie", sono stati riportati i seguenti valori corrispondenti a:

- € 92.384,81 Personale del Comparto - Altro Personale Tecnico per i seguenti servizi esternalizzati ai sensi dell'art. 6 bis del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.: integrazione del servizio Contact Center con attività di back office e front office e dell'attività di accettazione amministrativa presso i centri prelievi ospedalieri; servizio recupero cani vaganti, cani e gatti feriti sul territorio dell'ULSS 5 Polesana e servizio di guardiania;

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

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Pietro Girardi

3.3.3 FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

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

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

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

Il PFA 2025, adottato con Delibera Direttore Generale n. 1516 del 24/12/2024, si compone di n. 290 eventi formativi, dei quali n. 256 accreditabili ECM, che verranno svolti nell'anno solare seguente secondo le seguenti modalità:

n. 179 in formazione residenziale (RES)

n. 92 in formazione sul campo (FSC)

n. 19 in formazione a distanza sincrona o asincrona.

Al fine di favorire la crescita e lo sviluppo del capitale umano dell'Azienda ULSS5 Polesana, il PFA 2025 promuove il rafforzamento della capacità amministrativa e la creazione di valore pubblico offrendo eventi formativi coerenti a quanto indicato nella Direttiva Ministro della Pubblica Amministrazione del 14.01.2025 ad oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti".

Gli interventi di formazione ed aggiornamento inseriti nel Piano Formativo Aziendale, all'atto della programmazione, come disciplinato dalla normativa contrattuale e dal regolamento aziendale in materia, hanno carattere "obbligatorio" per i partecipanti. Rientrano tra questi gli eventi realizzati in ottemperanza alla normativa relativa al D. Lgs 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro e il D. Lgs 101/2020 relativo alle norme di sicurezza per i pericoli derivanti da radiazioni ionizzanti.

L'Azienda si avvale altresì di formazione esterna, anch'essa avente carattere di obbligatorietà per attività formative che risultino strettamente connesse alla professione svolta dal personale o necessarie in relazione agli obblighi formativi previsti per l'esercizio della professione.

La formazione aziendale è rivolta a tutto il personale dell'Azienda Ulss 5 Polesana - Comparto e Dirigenza - con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, che abbia superato il periodo di prova previsto dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti.

Per le attività di docenza e di conduzione dei corsi, l'Azienda in via preferenziale coinvolge il personale dipendente al fine di valorizzare il potenziale culturale dei professionisti interni; qualora siano necessarie competenze specifiche non presenti all'interno dell'organizzazione o la complessità delle tematiche richieda il confronto con altre realtà, la scelta può ricadere su docenti esterni individuati sulla base della competenza, dell'esperienza nella materia prevista e dei contenuti dell'iniziativa formativa.

L'Azienda ULSS 5 Polesana garantisce inoltre ai propri dipendenti la fruizione dell'offerta formativa gratuita proposta dal Dipartimento della Funzione Pubblica (Syllabus), Enti, Associazioni, Organi tecnico-scientifici del Sistema Sanitario Nazionale, quali:

- a. Piattaforma Syllabus, piattaforma di formazione destinata al capitale umano delle PA sviluppata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dedicata alla crescita delle PPAA che offre un ampio catalogo formativo in modalità e-learning per supportare i processi di innovazione delle Amministrazioni, a partire da quelli relativi alla transizione digitale, ecologica e amministrativa.
- b. Consorzio per la Ricerca Sanitaria (CORIS) realtà senza scopo di lucro che promuove l'incremento e il sostegno della ricerca scientifica, di base, traslazionale o clinica, negli ambiti sanitario e socio-sanitario e che mette a disposizione gratuitamente un'offerta formativa finalizzata ad accrescere le competenze individuali in tutti gli ambiti connessi alla ricerca.
- c. Federsanità ANCI Veneto, associazione che garantisce la fruizione gratuita di corsi di formazione su tematiche dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nelle sue diverse declinazioni (management, prevenzione, territorio, ecc.). Federsanità promuove linee di indirizzo, di coordinamento e di supporto delle attività degli enti associati, favorisce la più efficace sinergia tra Aziende sanitarie e Comuni per rafforzare la rappresentanza delle Aziende e dei Comuni nei rapporti con lo Stato e le Regioni.
- d. EDUISS piattaforma dedicata alla Formazione a Distanza in salute pubblica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che persegue la tutela della salute pubblica in particolare attraverso lo svolgimento delle funzioni di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione.

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

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

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

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

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

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

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

I livelli 1 e 2 sono in capo al personale del Polo Formativo e gestiti dal Responsabile Scientifico dell'evento formativo; risulta invece in capo del Direttore/Responsabile dell'articolazione

organizzativa che propone il corso di formazione, con l'eventuale collaborazione del Referente della formazione, individuare i metodi e gli strumenti adeguati alla valutazione dei risultati della formazione erogata, nei termini della ricaduta e della modifica di atteggiamenti, habitus, acquisizione di nuove competenze nell'ambito lavorativo (livello 3).



Sezione 4.

MONITORAGGIO



4.1 MONITORAGGIO

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti ed in particolare di:

- valore pubblico e performance (responsabile Controllo di Gestione);
- rischi corruttivi e trasparenza (responsabile RPCT);
- piano triennale dei fabbisogni e lavoro agile (responsabile UOC Gestione Risorse Umane);

avverrà con gli strumenti e le modalità previsti in ciascuna sezione.

In ogni caso, il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" sarà effettuato secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10 comma 1 lett. b), del D.Lgs. n. 150/2009 e dall'allegato A della DGR 140/2016, pagg. 17-20, mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo specifiche indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà svolto dall'Organismo indipendente di valutazione, in base all'articolo 14 D.Lgs. n. 150/2009 e all'allegato A della DGR 140/2016, pag. 10.

4.1.1 MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO

Come illustrato nella sezione dedicata, il valore pubblico in un contesto sanitario riguarda una molteplicità di aspetti che vanno ad impattare sul benessere complessivo di una comunità, aspetti che comprendono l'efficienza economica, la qualità dei servizi offerti, la soddisfazione degli utenti, l'equità nell'accesso alle cure e il miglioramento complessivo del benessere collettivo.

Il monitoraggio del valore pubblico generato da un'azienda sanitaria rappresenta pertanto un processo fondamentale per valutare l'impatto delle attività svolte sulla salute dei cittadini e sulla comunità in generale.

Tuttavia, data la natura multidimensionale del valore pubblico, risulta complesso identificare uno o più indicatori che ne consentano la misurazione. Per questa ragione l'Azienda ha scelto di monitorare la generazione di valore pubblico attraverso una lettura integrata di un insieme di indicatori e strumenti in grado di rappresentarne la complessità:

- **Indicatori Istat - BES (Benessere equo e sostenibile);**
- **Soddisfazione dei cittadini/utenti;**
- **Equilibrio economico.**

Indicatori Istat - BES (Benessere equo e sostenibile)

Si riportano di seguito gli indicatori, per provincia, relativi al dominio “Salute” e alcuni indicatori relativi al dominio “Qualità dei servizi”, presenti nel Report Istat “BES dei Territori - Il benessere equo e sostenibile dei territori - Veneto 2024”.

Tavola 2.1 – Dominio Salute: indicatori per provincia. Veneto - Ultimo anno disponibile e differenza rispetto al 2019 (a)

Province REGIONE Ripartizione	01-01		01-02		01-03		01-04		01-05		01-06	
	Speranza di vita alla nascita (b)		Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)		Mortalità infantile (d)		Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)		Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)		Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)	
	2023 (*)	2023 - 2019	2021	2021 - 2019	2021	2021 - 2019	2022	2022 - 2019	2021	2021 - 2019	2021	2021 - 2019
Verona	83,9		15,0		2,2		1,2		7,0		28,4	
Vicenza	84,3		15,9		2,3		0,6		6,8		33,9	
Belluno	83,2		17,5		2,6		1,6		8,1		30,8	
Treviso	84,4		14,8		1,8		1,3		7,0		38,0	
Venezia	83,7		17,8		1,9		0,9		7,3		37,2	
Padova	84,1		15,6		2,1		1,1		6,4		35,2	
Rovigo	82,8		22,0		2,6		1,5		7,7		30,7	
VENETO	83,8		16,2		2,1		1,1		7,0		34,1	
Nord-est	83,8		16,9		2,2		0,9		7,0		33,3	
Italia	83,1		19,2		2,6		0,7		7,8		33,3	

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2024

(a) Per ciascun indicatore, le barre sono proporzionali alla variazione standardizzata tra il valore all'ultimo anno e al 2019; la rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero la barra rossa indica un peggioramento del benessere, la verde un miglioramento.

(b) Numero medio di anni.

(c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti.

(d) Per 1.000 nati vivi.

(*) Dati provvisori.

Tavola 2.10 - Segue – Dominio Qualità dei servizi: indicatori per provincia. Veneto - Ultimo anno disponibile e differenza rispetto al 2019 (a)

Province REGIONE Ripartizione	12-05		12-06		12-07		12-08	
	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e)		Emigrazione ospedaliera in altra regione (d)		Medici specialisti (e)		Posti letto negli ospedali (e)	
	2022	2022 - 2019	2022	2022 - 2019	2023	2023 - 2019	2022	2022 - 2019
Verona	6,5		6,2		37,3		36,5	
Vicenza	3,4		5,4		22,4		25,7	
Belluno	2,1		6,2		25,3		30,4	
Treviso	3,4		6,6		22,1		28,2	
Venezia	2,7		7,2		25,3		32,1	
Padova	4,7		4,8		40,4		33,6	
Rovigo	2,5		10,5		29,4		35,5	
VENETO	4,0		6,2		29,6		31,5	
Nord-est	3,6		6,3		32,8		34,8	
Italia	3,2		8,3		34,1		32,7	

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2024

- (a) Per ciascun indicatore, le barre sono proporzionali alla variazione standardizzata tra il valore all'ultimo anno e al 2019 ad eccezione dell'indicatore 12.03 per il quale il primo dato disponibile si riferisce al 2020; la rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero la barra rossa indica un peggioramento del benessere, la verde un miglioramento.
- (b) Numero medio per utente.
- (c) Valori per abitante.
- (d) Valori percentuali.
- (e) Per 10.000 abitanti.

Soddisfazione dei cittadini/utenti

Sono indicatori importanti di verifica della creazione/riduzione di Valore pubblico, quelli relativi alla soddisfazione dei pazienti espressa tramite gli strumenti di Customer Satisfaction, ma anche attraverso i reclami presentati all'URP.

Infatti l'esperienza dei pazienti è considerata una misura fondamentale della qualità dei servizi sanitari erogati, al pari di altre misure cliniche, di efficacia, efficienza e sicurezza del paziente. Essa indica come i pazienti percepiscono i servizi ricevuti e riflette aspetti cruciali come l'accesso alle cure, la qualità, l'efficienza e la continuità delle cure stesse, la comunicazione con i professionisti sanitari, la pulizia e il confort degli ambienti, il coinvolgimento e la partecipazione al proprio percorso di cura, il supporto emotivo. Una buona esperienza del paziente è strettamente legata a risultati clinici migliori e ad un maggiore livello di soddisfazione complessiva.

Dopo una fase di sperimentazione sono state introdotte modalità stabili di raccolta delle esperienze dei pazienti, attraverso due Osservatori:

- PREMs Ospedale, che rappresenta un'indagine sull'esperienza di ricovero ospedaliero in regime ordinario svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa,

- PREMs Territorio e Comunità, che rappresenta un'indagine sull'esperienza in ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sempre svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'Azienda, attraverso l'ufficio Relazioni con il pubblico e ufficio stampa, registra con costanza le segnalazioni, gli elogi ed i reclami provenienti dagli utenti. Redige periodicamente un report che segnala con tempestività le principali problematiche percepite dall'utenza e ne permette il dimensionamento.

Equilibrio economico

Imprescindibile in termini di Valore pubblico è il monitoraggio dell'equilibrio economico dell'azienda e della compatibilità con la programmazione aziendale. Su questo tema esiste uno specifico indicatore di performance: E.03 "Rispetto della Programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR" assegnato con DGRV 1557 del 30/12/2024.

Si tratta di uno di quei casi in cui la performance influenza direttamente la creazione di Valore pubblico, in quanto evidenzia la capacità dell'Azienda di "rispettare" il patto economico con i cittadini.

Nella Relazione al Bilancio Economico Preventivo e, successivamente, nella Relazione al Bilancio Consuntivo, vengono evidenziati ed analizzati in profondità gli aspetti relativi all'equilibrio economico mettendo in evidenza come questa dimensione sia strettamente collegata alla performance aziendale.

4.1.2 MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE

Il monitoraggio del ciclo della performance si svolge principalmente su due livelli:

- Monitoraggio complessivo degli obiettivi assegnati dalla Regione;
- Monitoraggio degli obiettivi di budget per Centro di responsabilità.

Per quanto riguarda il monitoraggio degli obiettivi definiti dalla Regione, viene utilizzato un sistema organizzato che prevede la nomina di un referente per ciascun obiettivo, che ha il compito di promuovere interventi costanti di indirizzo, coordinamento e controllo nei confronti delle UOC coinvolte nel raggiungimento dell'obiettivo regionale. Il referente monitora mensilmente l'obiettivo di competenza, assicurando l'aggiornamento di un foglio di lavoro condiviso, individuato dalla Direzione Aziendale come strumento per avere in tempo reale precisa conoscenza dell'evoluzione dell'obiettivo stesso.

Oltre alla rendicontazione interna, viene effettuata anche una rendicontazione da parte della Regione Veneto, con il supporto di Azienda Zero. Questa attività avviene con cadenza circa quadrimestrale, tramite report o incontri presso la sede regionale.

Il monitoraggio del budget, a cura del Controllo di Gestione, si basa sia sulla reportistica mensile inerente le attività e i costi generati dalle unità operative, sia sul monitoraggio complessivo degli obiettivi inseriti nelle schede di budget. Quest'ultimo avviene tramite l'invio a ciascun Centro di Responsabilità della scheda di monitoraggio del budget e tramite lo svolgimento di incontri dedicati con le strutture aziendali.

Tutti i valori di performance a consuntivo vengono riportati nella Relazione sulla Performance, approvata e validata dall'OIV entro il 30 giugno di ciascun anno, ai sensi del D.Lgs. 150/2009. Tale relazione evidenzia i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse impiegate. L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) è l'organo responsabile di garantire l'intero processo di definizione degli obiettivi e di valutazione dei risultati di budget, assicurandone la correttezza metodologica.

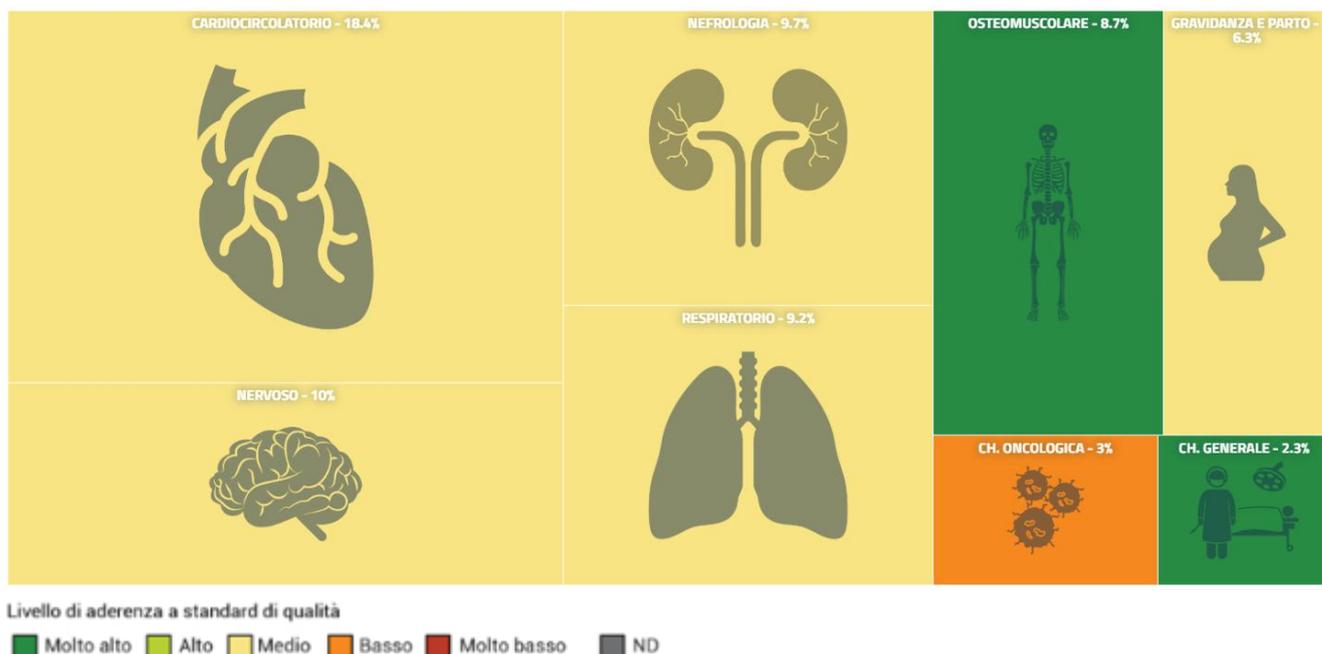
La verifica della performance aziendale si integra con alcuni sistemi di valutazione esterni all'azienda, che producono analisi pubbliche accessibili a tutti gli stakeholders e talvolta facilmente consultabili anche dai cittadini. Tra i sistemi di valutazione più noti in Italia vi sono:

1. il Programma Nazionale Esiti (PNE), che raccoglie e rappresenta i dati di qualità dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento agli esiti e alla sicurezza delle procedure;
2. il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che ha sostituito la precedente "Griglia LEA" e include numerosi indicatori calcolati dal Ministero a livello regionale e dalla Regione a livello aziendale;
3. il Sistema di Valutazione delle Performance della Scuola Sant'Anna dell'Università di Pisa, che fornisce i dati di un network volontario di regioni italiane e propone una valutazione della performance fino al livello di singola azienda sanitaria.

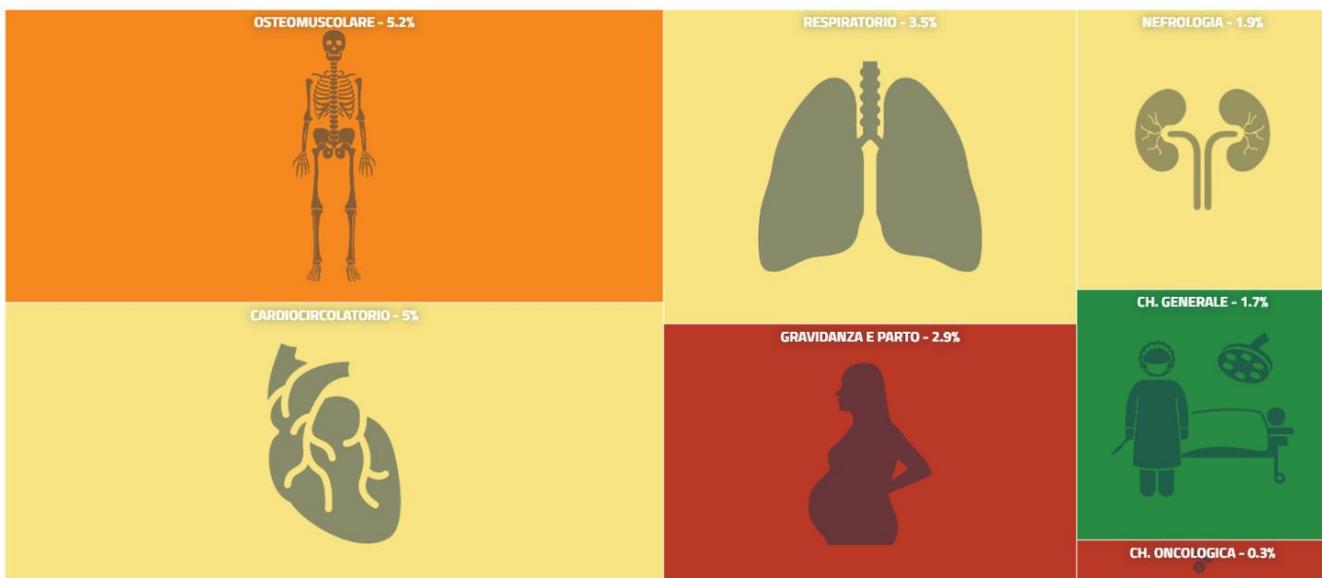
Si riportano di seguito alcune delle ultime rappresentazioni della performance aziendale rese disponibili dai tre sistemi di valutazione sopra citati.

1. Treemap degli ospedali a gestione diretta da Report PNE 2024, con dati 2023.

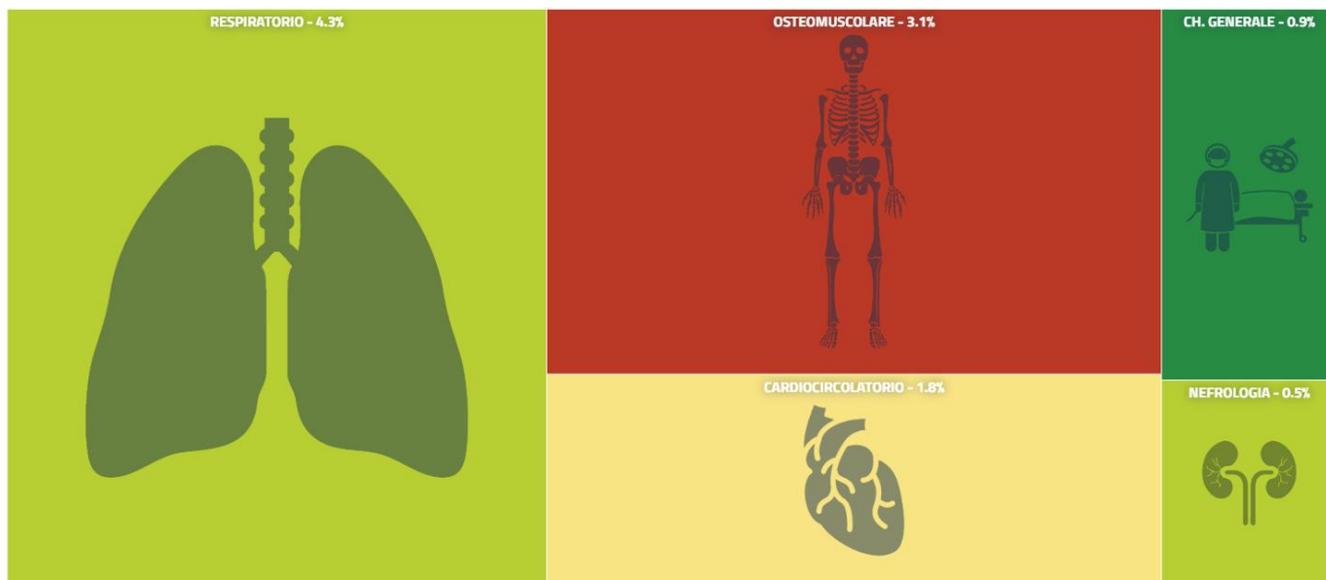
Ospedale di Rovigo



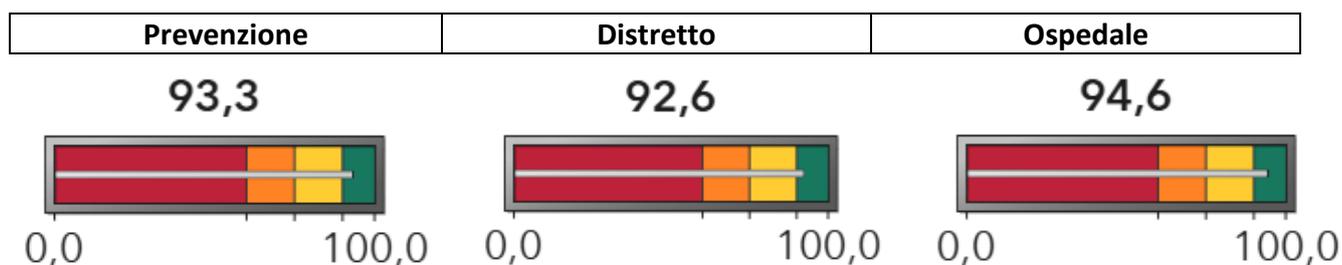
Ospedale di Adria



Ospedale di Trecenta

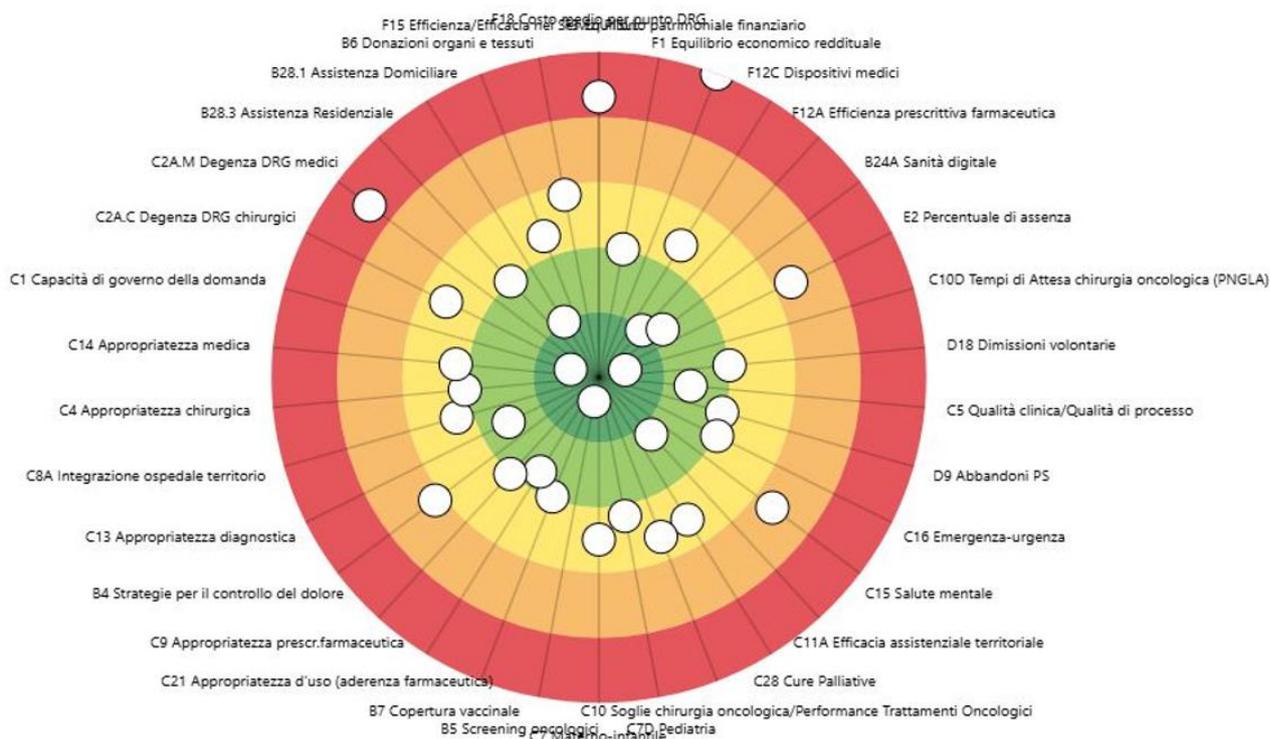


2. Di seguito è riportata una rappresentazione sintetica del livello di raggiungimento degli indicatori NSG core relativi all'anno 2024 (stimato), per ciascuna delle tre aree Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera, disponibile nel Cruscotto regionale dedicato.



3. Di seguito si riporta il grafico del sistema Bersaglio della Scuola Sant’Anna di Pisa, relativo all’anno 2023, che rappresenta una serie di indicatori di performance rispetto a dei target prefissati, evidenziando le aree di miglioramento, ossia le zone più lontane dal centro del bersaglio, e le aree di eccellenza, le zone centrali più vicine al centro del bersaglio.

Bersaglio 2023 - ULSS n. 5 Polesana



4.1.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

L'azione di monitoraggio è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

I processi a maggiore rischio di corruzione, quali ad esempio la ricerca e le sperimentazioni, la libera professione e le liste di attesa, i rapporti con le strutture private, continuano ad essere oggetto di attenzione anche per il 2025.

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

Le misure di prevenzione del rischio di corruzione che vengono riportate nell'allegato B al Piano TPCT, sono implementate dai responsabili dei diversi servizi/unità aziendali, monitorati dal RPCT e dall'Ufficio internal auditing che agisce di concerto con il RPCT, oltre all'autonoma attività del Piano di Audit e/o di impulso della Direzione Aziendale.

4.1.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

La Regione Veneto adotta ogni anno il provvedimento con cui vengono definite nei confronti delle aziende del SSR le disposizioni riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Con tale provvedimento vengono impartite indicazioni sul reclutamento del personale e si definiscono gli obiettivi di costo. Trimestralmente le Aziende sono tenute a trasmettere alla Regione i piani trimestrali delle assunzioni necessarie a soddisfare il fabbisogno di personale e, generalmente con la stessa cadenza trimestrale, la Regione Veneto richiede alle singole aziende sanitarie una rilevazione sul costo del personale al fine di verificare il rispetto del tetto di spesa definito.

Il monitoraggio viene effettuato periodicamente da parte dell'UOC Risorse Umane che valuta e raccoglie le richieste relative al fabbisogno di personale in rapporto alla dotazione effettiva e pianifica le assunzioni tenuto conto del turn-over e del rispetto dei limiti di costo assegnati dalla Regione.