



Azienda Ospedale-Università Padova

Piano Integrato di Attività e Organizzazione
PIAO 2023-2025

Definizione di PIAO e quadro normativo di riferimento

Con il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO si dà attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 6 del Decreto Legge n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n.113, il quale nel prevedere "misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" introduce il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso".

In particolare, il citato articolo 6 del D.L.80/2021 prevede che il PIAO contenga:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano inoltre definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

Con Decreto del Presidente della Repubblica 24 Giugno 2022, n. 81 è stato successivamente definito il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" che, all'art. 1, dispone la soppressione degli adempimenti inerenti ai piani di cui alle seguenti disposizioni, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO):

- a) articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) e 6, e articoli 60-bis (Piano delle azioni concrete) e 60-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) articolo 2, comma 594, lettera a), della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio);
- c) articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
- d) articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione);
- e) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
- f) articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Piani di azioni positive).

Per le amministrazioni tenute alla redazione del PIAO, tutti i richiami ai piani sopra individuati sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO.

Con Decreto n. 132 del 30.06.2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica è stato, inoltre, elaborato il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" prevedendo che "Le pubbliche amministrazioni conformano il Piano integrato di attività e organizzazione alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel presente decreto, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del presente decreto."

Peraltro, all'interno di questo quadro nazionale va considerato che lo stesso art. 6 del D.L. 80/2021, al comma 7-bis ha precisato che "Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6". In tal senso, la Regione del Veneto, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1717 del 30.12.2022 recante "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113." ha fornito specifiche indicazioni alle aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale – SSR, al fine di semplificare ed omogeneizzare l'elaborazione di un documento che assorbe una serie di piani già previsti come obbligatori per le pubbliche amministrazioni e che confluiscono, anche in termini di scadenze, nel PIAO.

All'interno di questo quadro normativo, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha provveduto a redigere il presente Piano Integrato di attività e organizzazione – PIAO 2023-2025.

INDICE

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione	5
SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	15
2.1 – Valore pubblico	15
2.2 – Performance	18
2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza	39
SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano	65
SEZIONE 4: Monitoraggio	79
ALLEGATI	81

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

Premessa

L'AOUP, complesso ospedaliero sito in via Giustiniani 2, è stata istituita quale Azienda Ospedaliera in applicazione della Legge Regionale n. 56 del 14 settembre 1994 a decorrere dal 1° gennaio 1995 a seguito dello scorporo dall'ex ULSS 21 di Padova, ed è stata riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.01.1999.

L'Azienda è individuata dal Piano Socio Sanitario 2019-2023 quale *Hub* di eccellenza di rilievo regionale. Gli *Hub* regionali sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni e garantiscono le competenze necessarie per la gestione delle casistiche più complesse grazie alla presenza delle tecnologie più innovative. Essi sono caratterizzati dalla sinergica cooperazione con le Università di riferimento, dall'integrazione dell'attività assistenziale, didattico/formativa e di ricerca e dalla partecipazione alle reti nazionali, oltre che dalla cooperazione con i centri ospedalieri di maggior prestigio internazionale.

La valenza dell'AOUP, quale *Hub* a proiezione nazionale, è evidenziata dalla molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali. Gli atti di programmazione ospedaliera riconoscono per l'AOUP una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992. Alcune funzioni sono identificate come "strutture di riferimento regionale" e viene riconosciuto, ove previsto, lo svolgimento di attività di trapianto. Presso l'Azienda è presente una molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali, individuati dalla DGR n. 614 del 14 maggio 2019. Infatti, nelle schede ospedaliere sono riconosciute tutte le specialità chirurgiche e una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992 (es. grandi ustioni, cardiologia medico-chirurgia compresa quella pediatrica, etc.).

Viene svolta attività di trapianto per pazienti adulti e pediatrici di organi solidi (cuore, polmoni, fegato, rene e pancreas) e di cellule staminali emopoietiche. Nel 2017, l'Azienda ha ottenuto l'autorizzazione ad effettuare trapianti da donatore a cuore fermo.

Con la DGR n. 2707/2014 e s.m.i. sono stati riconosciuti n. 52 centri regionali specializzati i quali si caratterizzano per essere punti di riferimento unico regionale per le aree cliniche di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure, attraverso l'erogazione di una qualificata attività clinica adeguata al ruolo del Centro Regionale, la produzione di attività di ricerca riconosciuta a livello nazionale e internazionale e lo svolgimento di attività di formazione su scala regionale. In ambito internazionale, inoltre, l'AOUP si è dimostrata uno dei più importanti prestatori di assistenza sanitaria italiani per numero di pazienti con malattie rare presi in carico. A livello europeo, infatti, è stato riconosciuto il più alto numero di Centri di expertise in tale ambito (22 centri su 24).

Va, inoltre, evidenziato che il Protocollo di Intesa tra Regione del Veneto e Università degli Studi di Padova, che disciplina l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale, riconosce l'AOUP quale Azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra Servizio Sanitario Regionale (SSR) e Università di Padova (UNIPD).

In relazione all'integrazione delle attività assistenziali con quelle di didattica e ricerca, l'AOUP ha definito la propria missione come segue: "*L'AOUP, quale Ospedale Hub di eccellenza di*

rilievo regionale nonché azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e UNIPD, realizza l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD e della Scuola di Medicina e Chirurgia.

Il ruolo di centro Hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale.

L'AOUP garantisce tutte le attività assistenziali in un processo che include in modo inscindibile le attività di didattica e di ricerca.

L'inserimento nelle reti europee e la partecipazione alle collaborazioni internazionali conferiscono all'AOUP una dimensione e un riconoscimento di tipo sovranazionale".

L'organizzazione e il funzionamento dell'AOUP sono disciplinati dall'Atto Aziendale, adottato in via definitiva con DDG n. 1 del 7 gennaio 2022, a seguito della sua approvazione da parte della Direzione Regionale Area Sanità e Sociale avvenuta con il Decreto n. 144 del 23 dicembre 2021.

L'Atto Aziendale definisce la missione, la visione, i principi e il sistema di valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni e i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi. Definisce i principi generali di organizzazione e delle articolazioni di governo dell'Azienda. Disciplina, inoltre, i livelli di competenza e responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e supporto dell'Azienda.

Per quanto riguarda l'organizzazione aziendale (presentata nella sezione *3. Organizzazione e capitale umano*), al 31/12/2022, sono individuate nell'Atto Aziendale (in corso di revisione) le seguenti strutture:

- n. 04 Dipartimenti didattico-scientifico-assistenziali integrati (Didas)
- n. 18 Dipartimenti Funzionali Aziendali
- n. 09 Dipartimenti Funzionali Interaziendali
- n. 101 Unità Operative Complesse (di cui n. 10 di area non ospedaliera)
- n. 38 Unità Operative Semplici Dipartimentali (di cui n. 1 di area non ospedaliera)
- n. 81 Unità Operative Semplici (di cui 14 di area non ospedaliera).

Nel sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, al seguente link <https://www.aopd.veneto.it/sez,4090> è pubblicato l'organigramma aziendale secondo il nuovo atto aziendale.

L'Azienda, con i suoi 1740 posti letto definiti dalla programmazione regionale (DGR n. 614/2019) risulta essere una tra le più grandi strutture ospedaliere d'Italia. Vi si effettuano oltre 61mila ricoveri all'anno, tra ricoveri in regime di degenza ordinaria e in *day hospital*, e più di un milione e 434 mila prestazioni ambulatoriali escluse le prestazioni di laboratorio.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca, presso l'Università di Padova, e in particolare la Scuola di Medicina e Chirurgia, viene svolta un'attività di ricerca di base, ricerca clinica e traslazionale, la cui entità e qualità collocano l'Università di Padova ai primi posti nelle classifiche nazionali e tra i primi d'Italia in quelle Internazionali. La qualità della ricerca svolta dall'area dell'adulto sia nell'area pediatrica (più precisamente dalla componente universitaria che la costituisce, ossia dai Dipartimenti Universitari) è stata oggetto nel 2022 di un'ottima valutazione da parte

dall'Agencia Nazionale di Valutazione del Sistema Universitario (ANVUR) che ha incluso tutti i dipartimenti della Scuola di Medicina Padovana, ovvero i Dipartimenti di Medicina, di Medicina Molecolare, di Neuroscienze, di Scienze Chirurgiche Oncologiche e Gastroenterologiche e di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Salute della Donna e del Bambino tra i Dipartimenti Universitari di eccellenza nazionali, attribuendogli il massimo del punteggio ottenibile. Questo risultato, in primis, è da ricondurre all'humus culturale e scientifico che permea l'AOUP dove qualità delle cure, della didattica e della formazione professionale assieme a quella di ricerca formano un tutt'uno, alimentato da una dinamica interna di potenziamento reciproco.

1.2 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nel presente paragrafo si analizza l'attività aziendale rientrante nei Livelli Essenziali di Assistenza ospedaliera (LEA), con specifica attenzione riguardo a:

- dimissioni (ordinarie e diurne),
- accessi in Pronto Soccorso,
- interventi chirurgici;
- altri indicatori.

L'attività di ricovero viene svolta sui seguenti posti letto:

Tipologia Posti Letto	PL 01/01/2020	al	PL 01/01/2021	al	PL 01/01/2022	al
Ordinari	1.571		1.423		1.423	
Dozzinanti	16		0		2	
Day Hospital/Day Surgery	140		114		110	
Totale	1.727		1.537		1.535	

Fonte: flusso Mod. HSP 12

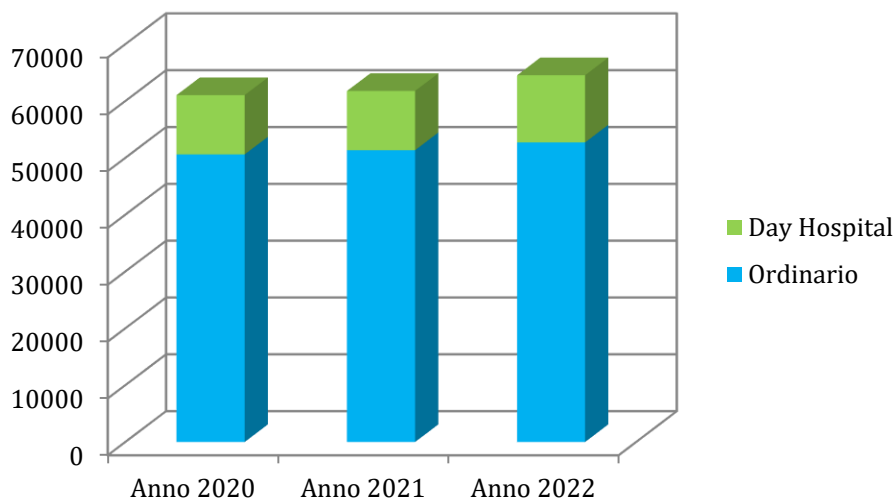
Esclusi posti letto dell'Hospice Pediatrico

1.2.1 Dimissioni

Tabella 1.2.1 Dimissioni in regime ordinario e diurno per le strutture pubbliche dell'Azienda e per Area Funzionale.

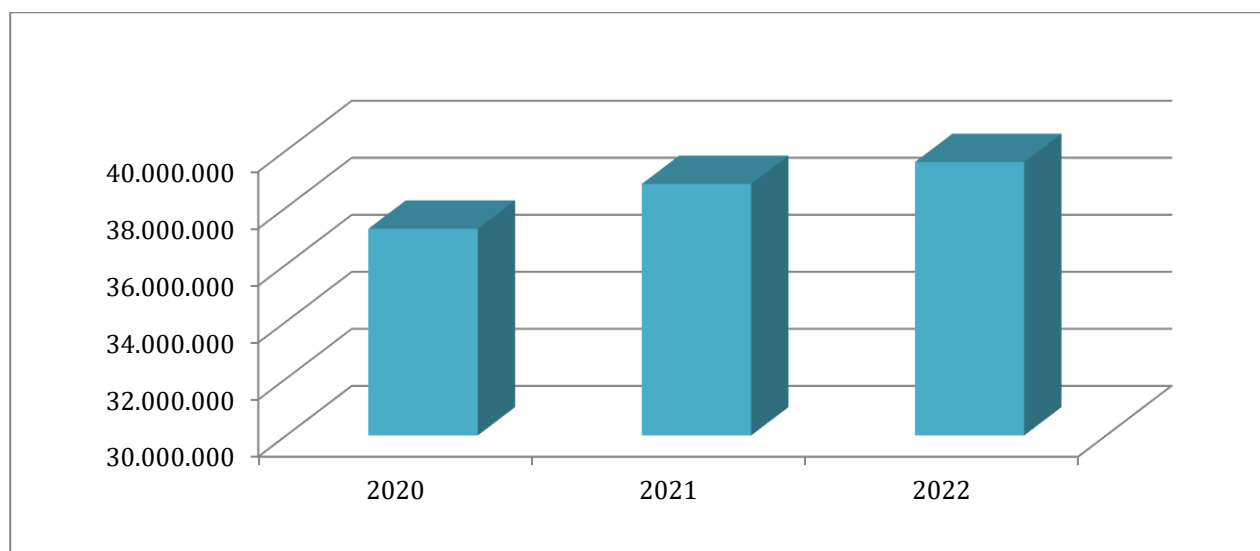
Strutture	2020	2021	2022
Ordinario	50.605	51.362	52.717
Day Hospital	10.434	10.415	11.823

Totale	61.039	61.777	64.540
---------------	---------------	---------------	---------------



Area azienda	2020	2021	2022
Totale	61.039	61.777	64.540
Chirurgica	25.680	25.032	27.370
Medica	20.056	20.392	20.682
Materno Infantile	14.403	15.556	15.809
Terapia Intensiva	464	452	400
Riabilitativa-Lungodegenza	429	345	279
Sservizi Diagnosi e Cura Osped.	7	-	-

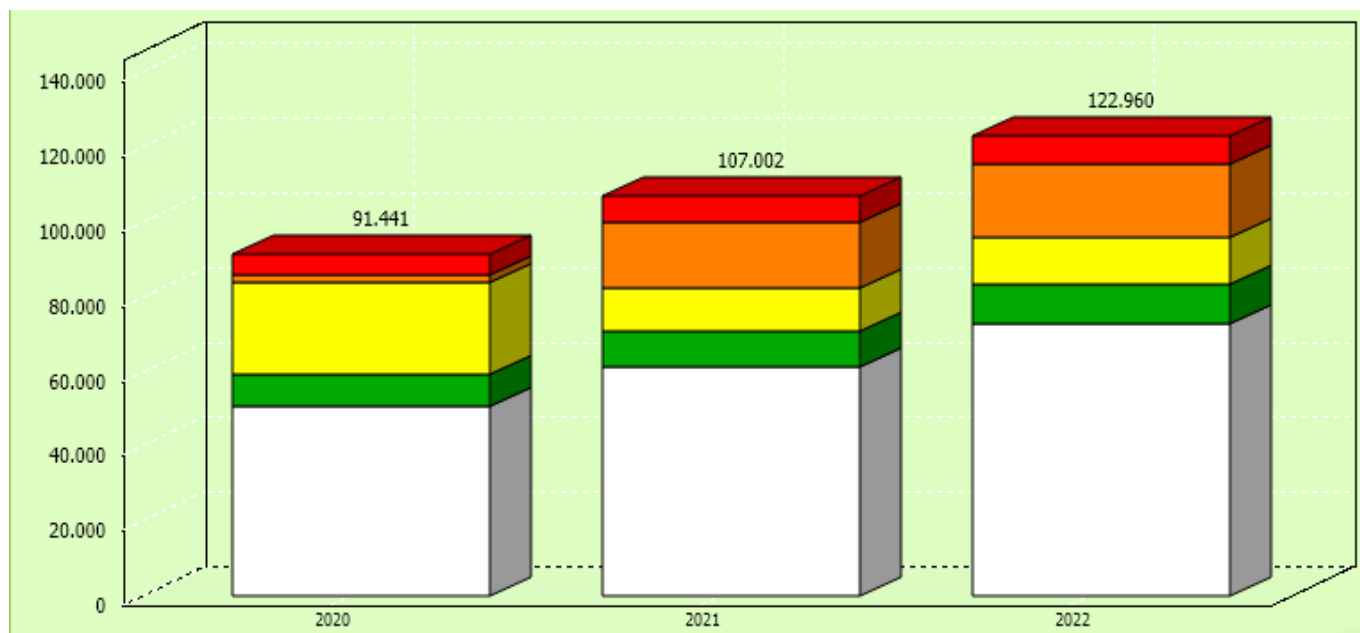
Considerando i dimessi, l'attività extra-regionale nell'ultimo triennio costituisce circa il 13% del valore complessivo.



1.2.2 Pronto Soccorso

Tabella 1.2.2. Accessi al Pronto Soccorso Centrale ed OSA per codice colore attribuito in fase di triage, anno 2022.

COLORE_TRIAGE	2020	2021	2022
ROSSO	5.662	6.890	7.430
ARANCIONE	2.001	17.831	19.656
GIALLO	24.263	11.421	12.562
VERDE	8.991	9.709	10.484
BIANCO	50.524	61.151	72.828
TOTALE	91.441	107.002	122.960



Accessi al Pronto Soccorso Pediatrico:

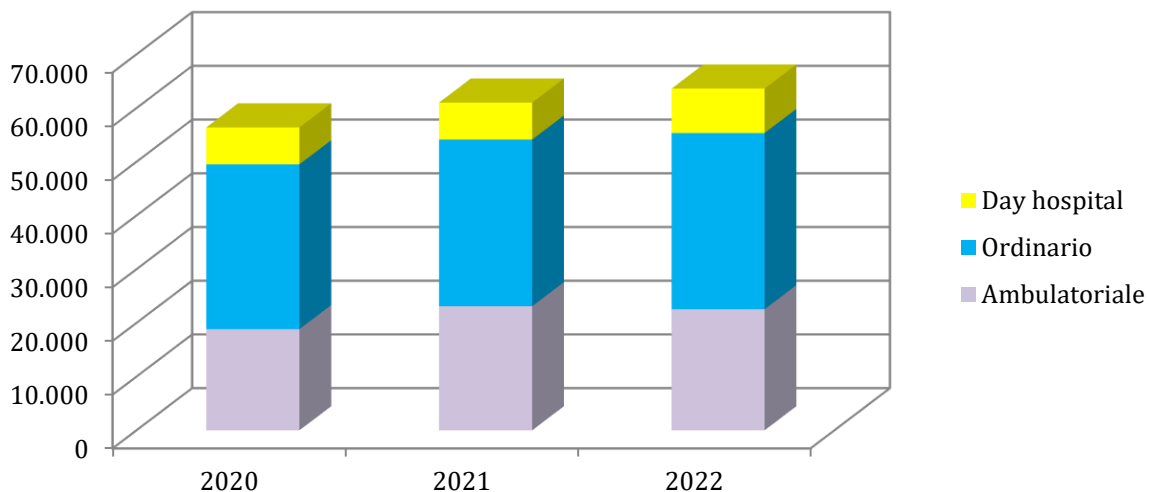
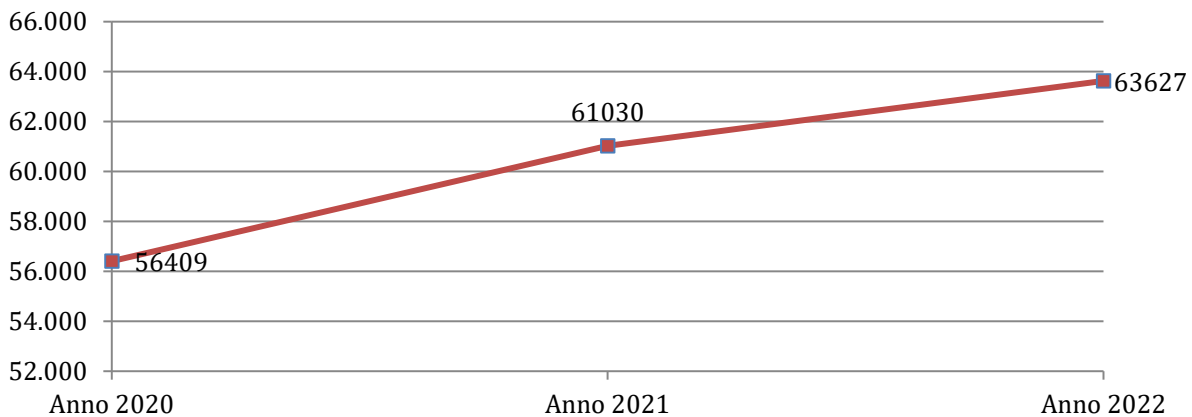
COLORE_TRIAGE	2020	2021	2022
ROSSO	5.662	6.890	7.430
ARANCIONE	2.001	17.831	19.656
GIALLO	24.263	11.421	12.562
VERDE	8.991	9.709	10.484
BIANCO	50.524	61.151	72.828
TOTALE	16.482	22.151	27.323

1.2.3 Interventi Chirurgici

Si riportano di seguito due grafici che illustrano l'andamento nell'ultimo triennio degli interventi chirurgici effettuati in AOUP, distinti per regime:

Grafico1 interventi chirurgici

Nr.atti



1.2.4 Trapianti

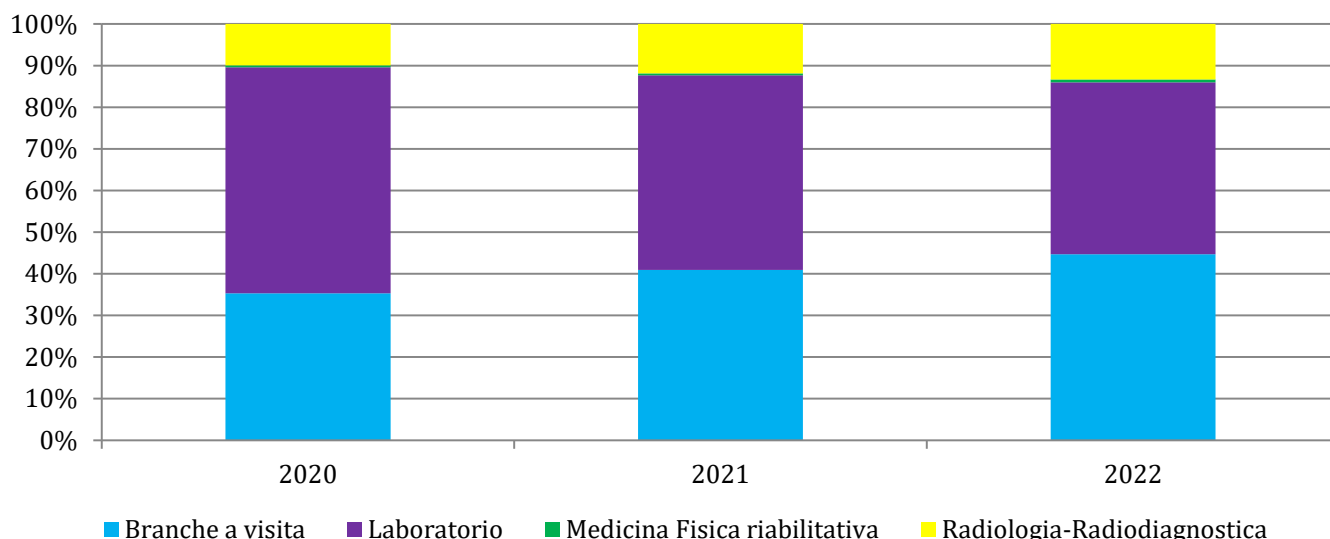
	2020		2021		Pre-consuntivo 2022	
	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo DRG.	Dimessi	Importo DRG
Trapianto di Cuore	39	2.441.465,13	25	1.714.782,97	23	1.568.706,07
Trapianto di Fegato	95	7.901.293,71	88	7.568.378,00	89	7.006.066,60
Trapianto di Pancreas	-	-	4	252.267,60	-	-
Trapianto di Polmone	25	1.855.280,28	23	1.733.710,12	43	3.120.469,72
Trapianto Rene	173	7.649.984,61	153	6.943.026,78	180	8.174.505,12
Trapianto simultaneo Rene-Pancreas	12	812.737,20	14	973.130,76	6	417.056,04
Totale trapianti solidi	344	20.660.761	307	19.185.296	341	20.286.804
Trapianto Mdollo Allogenico	18	744.530,31	20	841.182,46	18	745.395,72
Trapianto Mdollo Autologo	82	3.260.215,04	72	2.937.914,64	56	2.288.022,10
Totale trapianti midollo osseo	100	4.004.745	92	3.779.097	74	3.033.418
Totale trapianti	444	24.665.506	399	22.964.393	415	23.320.221

1.3 L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

Tabella 1.3.1. Distribuzione delle prestazioni per esterni (esclusa Libera Professione) per macro-area.

Macro area	2020		2021		Pre-consuntivo 2022	
	Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo
Total	6.304.931	130.934.482,31	6.791.234	129.154.286,71	6.876.827	124.013.751,08
Branche a visita	1.029.838	46.266.602,18	1.213.667	52.885.097,38	1.280.116	55.399.610,77
Laboratorio	5.085.386	71.085.097,08	5.356.955	60.313.063,23	5.347.806	51.220.220,91
Medicina Fisica riabilitativa	47.199	581.706,30	51.978	643.368,70	63.590	822.164,90
Radiologia-Radiodiagnostica	142.508	13.001.076,75	168.634	15.312.757,40	185.315	16.571.754,50

Grafico 2. Distribuzione delle prestazioni per esterni per macroarea anni 2020-2022.



1.4 L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Assistenza nelle strutture intermedie

Le strutture intermedie sono tipiche delle Aziende territoriali; anche l'AOUP comunque dispone di alcune strutture con queste caratteristiche: l'Ospedale di Comunità, attivato dal 18/10/2022 (DDG n. 2131 del 14/10/2022) e l'Hospice Pediatrico.

Tabella 1.4.7 Posti letto per tipologia di struttura:

Tipologia di struttura	Posti letto
Ospedale di Comunità (ODC)	28
Hospice Pediatrico	4

Tabella 1.4.8 Dimessi e giornate di degenza per tipologia di struttura:

Ospedale Comunità

	2022
Dimessi	21
GG degenza	504

Hospice Pediatrico

	2020	2021	2022
Dimessi	216	331	282
GG degenza	780	962	1028

Spesa farmaceutica, Dispositivi Medici e IVD

Tipologia spesa	2020	2021	2022 pre-consuntivo (4° CECT)
Farmaci Ospedalieri	€ 125.854.621,50	€ 129.022.774,05	€ 143.500.010,00
Dispositivi medici	€ 72.734.475,27	€ 84.790.845,40	€ 77.900.215,00
IVD	€ 22.870.670,15	€ 23.762.245,91	€ 26.309.200,00

Fonte: bilancio d'esercizio anno 2020-2021 e CECT T4 2022 escluse Poste R e variazione rimanenze

SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 – Valore pubblico

Prima di esplicitare le strategie aziendali, risulta necessario definire il contesto di programmazione nazionale e regionale in cui sta operando questa Azienda.

In linea con il nuovo Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 (DGR n. 1858 del 29/12/2021), con il Documento Economia e Finanza Regionale 2023-2025 (DACR n. 163 del 06/12/2022), con il Piano Nazionale Ripresa Resilienza e con il "Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023)" (DGR n. 187 del 28/02/2022), alla luce dell'ondata pandemica affrontata in questi anni, risulta fondamentale riprogrammare e rivedere molti aspetti sanitari al fine di garantire una risposta sollecita adeguata a ogni forma di bisogno assistenziale, sia esso pandemico o meno. Tra gli intenti regionali emerge la volontà di favorire l'attività di prevenzione e promozione della salute attraverso modelli organizzativi integrati.

Fondamentale nel Piano Regionale Prevenzione è l'approccio combinato, multidisciplinare e intersettoriale in cui si tiene conto di tutti i fattori determinanti lo stato di salute e di benessere (economici, sociali e ambientali) per una strategia integrata ambiente e salute.

Nella fase post pandemica risulta necessario far fronte a nuove diverse esigenze di salute che richiedono una riorganizzazione dei servizi e una revisione delle figure sanitarie coinvolte nei processi organizzativi. In quest'ambito anche questa Azienda è stata coinvolta: alcuni esempi sono lo sviluppo della telemedicina, la possibilità di prenotare online, l'adesione ai programmi del PNRR con l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, l'acquisto di grandi apparecchiature ed il potenziamento della parte informatica.

Si collocano in quest'ottica anche il decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e la conseguente deliberazione regionale, DGR n. 1710 del 30/12/2022, che fornisce le disposizioni per consentire alle Aziende Sanitarie venete di adeguare l'organizzazione degli ospedali garantendo la maggiore appropriatezza possibile nell'offerta delle prestazioni di ricovero, attraverso un uso flessibile delle risorse. Il DM 77/2022 promuove un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico, con una riorganizzazione intesa a fornire risposte di prossimità ai cittadini, ad abbattere le liste d'attesa e ad alleggerire il sovraffollamento degli ospedali. In questo senso diventa imprescindibile l'integrazione con l'attività ospedaliera, prevedendo "la collaborazione dei professionisti sanitari che operano in tale ambito e che si affacciano sul territorio non solo grazie alla telemedicina, ma anche ad attività ambulatoriale/consulenziale, oltrepassando le mura circoscritte della struttura ospedaliera."

A livello regionale inoltre risultano anche definiti gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Azienda sanitarie per il 2023 (DGR n. 1702 del 30/12/2022).

Considerato che per valore pubblico si intende il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli stakeholders creato dall'amministrazione pubblica, per l'Azienda Ospedale-Università Padova (in seguito AOUP), in quanto amministrazione a carattere sanitario, tale concetto si traduce nella promozione dei migliori livelli di salute e di benessere complessivo attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

Risulta fondamentale ricordare che l'Azienda Ospedale-Università Padova, quale parte del SSR e SSN ed in relazione alla sua matrice istituzionale di integrazione con l'Università, assume, come definito e dettagliato nell'atto aziendale (DDG n. 1 del 07/01/2022), i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

- centralità della persona
- equità
- qualità dell'attività assistenziale
- qualità dell'attività amministrativa
- didattica e formazione
- ricerca e innovazione
- eticità
- trasparenza
- sostenibilità

Seguendo la mission aziendale che definisce questa Azienda quale centro hub di eccellenza di rilievo regionale, l'AOUP realizza l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD. Il ruolo di centro Hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale e l'inserimento nelle reti europee e la partecipazione alle collaborazioni internazionali ne conferiscono una dimensione e un riconoscimento di tipo sovranazionale.

Seguendo quindi le direttive nazionali e regionali e in linea con la mission e la vision aziendali, si riportano di seguito le strategie che l'AOUP intende perseguire per incrementare il valore pubblico:

1. perseguimento dei programmi strategici prioritari;
2. crescita del livello di qualità dell'assistenza;
3. miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi;
4. sostenibilità.

1) all'interno dei **programmi strategici nazionali/regionali** si collocano le riforme inserite nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che, per la missione salute si articolano in due componenti:

- le reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa Azienda quindi risulta coinvolta nel PNRR con l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, l'acquisto di grandi apparecchiature, la telemedicina, l'implementazione e lo sviluppo della parte informatica (Fascicolo Sanitario Elettronico, Sistema Informativo Ospedaliero).

All'interno dei programmi strategici aziendali si colloca l'iter di riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'area tematica "Pediatria" e per l'area tematica "Malattie rare e ad alta complessità biotecnologica".

Rientrano in quest'area anche i grandi investimenti dal nuovo Ospedale alla nuova Pediatria, all'acquisto dell'attrezzatura 7Tesla e alla realizzazione dei progetti per il potenziamento dell'area informatica.

2) Fondamentale per questa AOUP è **garantire un alto livello di qualità dell'assistenza**. Anche nella vision aziendale si annovera l'intento di finalizzare l'attività al miglioramento dell'erogazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie.

In quest'ambito si colloca il tema principale dei tempi di attesa. L'AOUP intende intervenire con azioni che vadano a ridurre i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici. La tematica riguarda sia l'area di ricovero che ambulatoriale; per quest'ultima diventa fondamentale l'integrazione con il territorio e la redazione di accordi interaziendali con l'ULSS 6.

Il mantenimento degli alti livelli di qualità dell'assistenza è necessario anche per mantenere il ruolo Hub regionale e per costituire un polo di attrazione per i pazienti, anche a livello nazionale e sovranazionale. In tal senso risultano di supporto lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, la ricerca e l'innovazione sui servizi.

L'alto livello di performance dell'assistenza, che l'Azienda intende garantire, viene misurato dai sistemi di valutazione nazionali, tra cui il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il Progetto Bersaglio del S. Anna di Pisa ed il Piano Nazionale Esiti (PNE); questi valutano l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza clinico-organizzativa, la sicurezza e l'equità di accesso alle cure, mediante lo studio della variabilità (analisi comparativa) dei processi e degli esiti dell'assistenza sanitaria garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito dei LEA.

3) Al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del sistema offrendo un'assistenza più conforme ai nuovi bisogni della popolazione, le esigenze fondamentali rimangono il **miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale e amministrativa** e la garanzia della risposta ai fabbisogni assistenziali, mantenendo l'alto livello qualitativo dei servizi erogati. Una maggiore efficienza dei servizi vuole essere realizzata attraverso per esempio il contenimento dei costi sanitari (farmaci, dispositivi, diagnostici in vitro) e non (limite di costo per il personale ed efficientamento energetico), il miglioramento dell'appropriatezza del consumo di farmaci e vigilanza e il fabbisogno del personale.

4) L'AOUP mira a sviluppare politiche gestionali attente ai problemi di **sostenibilità** ambientale, economica ed organizzativa con particolare attenzione al benessere organizzativo, al rispetto dei principi di pari opportunità e al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione. In quest'ambito rientrano anche gli interventi per l'efficientamento energetico e le attività legate all'ambiente, come quelle legate alla gestione dei rifiuti e agli spostamenti del personale casa-lavoro.

2.2 – Performance

Risultano fondamentali nella definizione degli obiettivi i documenti di pianificazione interni all’Azienda già approvati (Bilancio Economico Preventivo, Piano Investimenti, Piano Fabbioigni Personale) e gli obiettivi di funzionamento dei servizi per l’anno 2023 assegnati alle Aziende Sanitarie del Veneto con DGR n. 1702 del 30/12/2022.

2.2.1 Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l’anno 2023

L’Azienda ha approvato la proposta di Bilancio Economico Preventivo 2023 con DDG n. 2762 del 30/12/2022.

La redazione del bilancio di previsione è stata effettuata osservando le direttive tecniche e contabili di cui alla nota dell’Azienda Zero prot. 34088 del 06/12/2022, coerentemente con il quadro programmatico definito con nota regionale dell’Area Sanità e Sociale prot. n. 555044 dell’01/12/2022 e nel rispetto delle disposizioni del d. Lgs. 118/2011.

Tali istruzioni definiscono la modalità di compilazione, la metodologia di valorizzazione di alcune voci di ricavo e di costo vincolate a valori definiti dalle competenti strutture regionali. La nota regionale prot. n. 555044 richiede la formulazione di un bilancio economico preventivo 2023 con un livello di costi programmato non superiore al 2,49% rispetto alle previsioni di riferimento per l’anno 2022. In particolare il costo di produzione più imposte e tasse previste per l’esercizio 2022 ammonta a 787.225.114 euro e l’incremento massimo porta a definire un tetto 2023 di 807.339.469. Il Bilancio Economico Preventivo 2023 elaborato secondo i criteri sopracitati porta ad un costo complessivo di 807.329.864 euro che rispetta il vincolo programmato.

Il Risultato d’esercizio 2023 rappresentato nel conto economico preventivo espone una previsione di perdita di 130,4 milioni di euro, come risultato di:

A. Valore della produzione	677.111.275
B. Costi della produzione	784.206.556
Differenza A-B	-107.095.280
C. Proventi e oneri finanziari	-
D. Rettifiche di valore di attività finanziarie	-
E. Proventi e oneri straordinari	-162.370
Risultato prima delle imposte (A-B+C+D+E)	-107.257.650
Y. Imposte sul reddito dell’esercizio	23.123.308
Utile (Perdita) dell’esercizio	-130.380.958

Ovviamente, il confronto tra il preventivo 2023 ed il CEPA T3 2022 deve tener conto del fatto che per l’esercizio 2022 si dispone di informazioni desunte da dati previsionali di bilancio valorizzati nel mese di settembre 2022 che potranno assumere variazioni a consuntivo di bilancio.

Le voci che incidono principalmente nell’incremento dei costi di produzione sono: i costi del Personale con un incremento di 8,1 milioni di euro coerenti con i vincoli di costo dettati dalla programmazione regionale; gli acquisti di Servizi non Sanitari con un incremento di 7,3 milioni di euro riconducibili principalmente ai *servizi di riscaldamento* (1,8 milioni di euro) e *utenze elettriche* (3,6 milioni di euro), i cui costi si prevedono in aumento a causa del rialzo dei prezzi delle materie prime; i *servizi di assistenza informatica* (1,9 milioni di euro) a seguito di nuova convenzione pluriennale che tenderà nel tempo a contenere i costi di *aggiornamento* e

mantenimento del software e i servizi amministrativi di cassa e recupero del credito e prenotazioni ambulatoriali (1,1 milioni di euro) a seguito di nuovo affidamento del servizio.

Obiettivi strategici

Si riportano di seguito gli obiettivi che questa Azienda intende perseguire secondo le linee strategiche definite nella sezione del valore pubblico:

1) Perseguimento dei programmi strategici prioritari:

- PNRR;
- Grandi investimenti: nuovo Ospedale, nuova Pediatria, edificio Polifunzionale, Ospedale Mamma e Bambino, 7Tesla, investimenti in tecnologie informatiche;
- Fascicolo Sanitario Elettronico, SIO;
- Riconoscimento IRCCS;

2) Crescita del livello di qualità dell'assistenza:

- Riduzione tempi di attesa;
- Attrazione extra-Regionale;
- Miglioramento indicatori sistemi nazionali di valutazione;
- sviluppo competenze tecniche-professionali;
- innovazione su servizi e prestazioni;
- Rischio clinico e della sicurezza delle cure;

3) Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi;

- Fabbisogno del personale;
- Rispetto limiti di costo beni sanitari e personale;
- Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei farmaci e vigilanza;
- Anticorruzione e trasparenza;

4) Sostenibilità

- Efficientamento energetico;
- progetto ulteriore efficientamento processo gestione rifiuti;
- attuazione Piano degli Spostamenti Casa Lavoro;
- Pari opportunità e benessere organizzativo.

Di seguito si argomentano alcuni degli obiettivi sopra riportati:

per quanto riguarda il **PNRR**, l'AOUP, come le altre Aziende Sanitarie, è soggetto attuatore delegato che provvede all'esercizio delle competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi degli obiettivi del PNRR e del Piano complementare, pur mantenendo la Regione la titolarità di Soggetto attuatore responsabile nei confronti del Ministero della Salute, nonché la regia e il coordinamento di tali interventi.

Quindi, rispetto agli interventi che competono a questa Azienda, si proseguirà nei prossimi anni nelle attività previste dal Piano Operativo Regionale su:

- Ospedale di Comunità;
- Grandi apparecchiature;
- Telemedicina ed implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Fondamentale per il prossimo futuro dell'Azienda Ospedale-Università Padova è la **progettazione e realizzazione del nuovo Polo per la Salute** (DGRV n. 257 del 09/03/2021). Il 22/4/2020 è stato sottoscritto tra i rappresentanti della Regione Veneto, del Comune e della Provincia di Padova, dell'Università degli Studi di Padova e dell'Azienda

Ospedale – Università Padova l'Accordo di Programma per la realizzazione del nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova, ai sensi dell'art. 32 della L.R. 29/11/2001, n.35. Il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 54 del 28 maggio 2020 ha reso esecutivo il suddetto Accordo di Programma. Nell'ambito del progetto/intervento di realizzazione del Nuovo Ospedale di Padova per il predetto Accordo di Programma, che ne fissa contenuti e fasi procedurali, nel corso dell'anno 2022 si è dato attuazione alle previsioni di cui all'art. 6 quale impegno previsto per la Regione Veneto e l'Azienda Ospedale-Università Padova: il 13/05/2022 è stato aggiudicato il servizio di ingegneria ed architettura funzionale all'acquisizione del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE) per i lavori di realizzazione del "Nuovo Polo Ospedaliero nell'area di Padova Est-San Lazzaro", con opzioni di affidamento dei successivi livelli di progettazione (progetto definitivo, progetto esecutivo, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione) e di direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione. Il relativo contratto di appalto è stato sottoscritto in data 30/11/2022 e quindi si è proceduto con l'avvio del servizio di progettazione. Nel corso dell'anno 2023 si prevede di procedere con il completamento del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE) per il "Nuovo Polo Ospedaliero nell'area di Padova Est-San Lazzaro", nonché a dare corso al relativo percorso autorizzativo funzionale all'attuazione delle successive fasi progettuali.

Nel corso dell'anno 2024 si prevede di procedere con l'attivazione del servizio opzionale relativo alla redazione del Progetto Definitivo (PD) dell'opera e di dare corso al relativo percorso autorizzativo.

Nel corso dell'anno 2025, a seguito dell'attivazione dell'ulteriore componente opzionale del servizio, si prevede di completare il Progetto Esecutivo (PE) e conseguentemente procedere con l'affidamento dell'Appalto di Lavori per la realizzazione dell'opera.

Nel contempo, in attuazione alle previsioni del "Masterplan" per l'area del "Comparto Giustiniano" già predisposto nell'anno 2020, nel corso del 2022 si è sviluppata ulteriormente la definizione dei fabbisogni funzionali allo sviluppo delle successive fasi attuative previste nell'ambito di tale documento di riferimento. Su tali esiti si è attuato un percorso finalizzato all'evoluzione del documento "Masterplan"; in particolare:

- nel corso dell'anno 2022 ha avuto inizio la realizzazione dei lavori per la **Nuova Pediatria** (fase 1). Si prevede di attivare lo step 2 nel corso del 2023 e di proseguire con i lavori per tutto l'anno 2024. La conclusione dei lavori è prevista per febbraio 2025. Nel contempo si prevede di procedere con la definizione delle apparecchiature sanitarie ed arredi che risultano funzionali alla successiva attivazione.;
- nel corso dell'anno 2022 è stato approvato dalla CRITE lo studio di Prefattibilità per la fase 2 (**edificio Polifunzionale - DGRV n. 584 del 20/05/2022**); nel corso dell'anno 2023 si prevede di dare corso alla procedura di gara finalizzata all'acquisizione del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica; livello progettuale che si prevede potrà essere completato nel corso dell'anno 2024;
- nel corso dell'anno 2023 si prevede di completare lo studio di Prefattibilità per la successiva fase 3 (**Ospedale della Mamma e del Bambino**), oltre che procedere con la fase autorizzativa per l'evoluzione del documento "Masterplan".

In relazione al "Nuovo Centro Regionale per le Cure Palliative Pediatriche – **Nuovo Hospice Pediatrico**", si prevede, nel Corso dell'anno 2023, di procedere con il completamento del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica ed attuare il relativo percorso autorizzativo, al completamento del quale si potrà dar corso al successivo livello di progettazione costituito dal Progetto Definitivo.

Nel corso dell'anno 2024, completato l'iter autorizzativo del Progetto Definitivo, si prevede di procedere quindi con la redazione del Progetto Esecutivo e successivamente, con l'affidamento dell'Appalto di Lavori per la realizzazione dell'opera.

In relazione alla progettualità per il nuovo sito **Risonanza Magnetica 7Tesla**, nel corso dell'anno 2022 la CRITE ha approvato lo studio di Prefattibilità dell'intervento. Nel corso

dell'anno 2023 sarà approvato l'accordo di programma tra i diversi Enti coinvolti funzionale alla conseguente definizione del finanziamento e successiva attuazione dell'intervento.

Per quanto riguarda le tecnologie informatiche il piano investimenti si suddivide in due macroaree principali, una relativa alla componente applicativa e un'altra relativa alla parte infrastrutturale. Nel corso del 2023 particolare attenzione sarà posta, per entrambi gli ambiti, al tema della sicurezza informatica.

Per quanto riguarda la componente applicativa gli investimenti principali, avviati solo parzialmente nel 2022, riguardano gli adeguamenti necessari per l'avvio del progetto SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) regionale che, considerando la pianificazione ufficiale e valutando i ritardi finora accumulati, verrà plausibilmente avviato, all'interno di AOUP, nell'ultimo quadrimestre 2023.

Nel contesto infrastrutturale si prevede di realizzare prioritariamente due interventi ritenuti fondamentali per garantire la continuità dei servizi erogati, in particolare il consolidamento dell'ambiente Oracle aziendale e la predisposizione di un sito di Disaster Recovery per i servizi ritenuti più critici.

Con riferimento al **consolidamento dell'ambiente Oracle 10** (attualmente ancora utilizzato da molti applicativi aziendali) è necessario prevedere la virtualizzazione degli attuali server fisici, completamente in end of support, per evitare, nel caso di rottura di uno degli stessi, l'impossibilità di provvedere ad un suo ripristino con conseguente perdita della ridondanza e delle performance dell'infrastruttura Oracle.

Per quanto riguarda la predisposizione di un sito di **Disaster Recovery** è opportuno ricordare che l'Azienda Ospedale-Università Padova è attualmente sprovvista di un data center secondario che possa garantire la continuità dei servizi nel caso di un evento critico al data center principale; l'indisponibilità dell'attuale data center comporterebbe infatti, nei casi più gravi, anche l'interruzione delle attività assistenziali visto l'impiego esteso di tecnologie informatiche durante l'attività di cura. Visto quanto premesso si prevede quindi di creare una parziale ridondanza dell'infrastruttura per garantire, almeno fino a quando non potrà realizzarsi completamente il trasferimento sul cloud dei servizi aziendali, la continuità dei servizi ritenuti essenziali.

In ambito **Cybersecurity** continueranno le attività utili a garantire sempre maggiore sicurezza all'infrastruttura tecnologica aziendale grazie ad investimenti su prodotti specifici e servizi di supporto per il monitoraggio delle risorse, per l'individuazione delle vulnerabilità e attivazione delle remediations.

Un progetto importante che coinvolge l'AOUP è il riconoscimento di **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico** per l'area tematica "Pediatria" e per l'area tematica "Malattie rare e ad alta complessità biotecnologica". Alla luce degli elevati livelli di specializzazione raggiunti in ambito assistenziale e di ricerca, l'AOUP, con nota prot. 31718 del 06/05/2022 ha chiesto all'Amministrazione regionale di intraprendere il percorso di riconoscimento del carattere scientifico della propria Azienda per le suddette aree. Il percorso prevede che la Regione verifichi che la richiesta di riconoscimento sia coerente con il ruolo, le finalità e i compiti assegnati dall'Amministrazione regionale all'Azienda stessa. Verificata la sussistenza di tali requisiti, la Giunta Regionale ha emanato la DGR n. 1714 del 30/12/2022 con la quale conclude l'iter regionale di approvazione di riconoscimento a IRCCS per l'AOUP e contestuale modifica delle schede ospedaliere di AOUP definite dalla DGR 614/2019.

Secondo la L.R. n. 19/2016 art. 28 c. 3, nella programmazione annuale e negli obiettivi dei Direttori Generali viene inserito l'obiettivo di miglioramento dei **tempi di attesa**, tema centrale negli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR, definiti per il 2023 con DGR 1702 del 30/12/2022

L'AOUP andrà ad intervenire con azioni che vadano a ridurre i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici.

Questo sarà possibile anche sulla base di report che la Regione presenterà mensilmente, predisponendo un'analisi comparativa tra le Aziende Sanitarie venete per la definizione delle azioni di miglioramento relativamente alla gestione dei tempi d'attesa, sviluppandola sotto vari aspetti:

- analisi della domanda: appropriatezza, Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), modalità di prescrizione, attribuzione priorità e flusso dati;
- analisi del processo di erogazione: galleggiamento, PDTA cronici, agende programmazione produzione, produttività per esterni, modalità prenotazione;
- analisi dell'offerta: laboratorio analisi, libera professione, accesso PS, fuga privato, alta specialità, rispetto traccianti ministeriali, trasparenza, telemedicina.

Innovazione su servizi e prestazioni:

Interesse dell'AOUP è proseguire nell'implementazione di innovazioni organizzative avviate nel corso del 2022 quali:

- **Centro di Terapia Genica:** la somministrazione di terapia richiede la definizione di procedure standardizzate, la presenza di ambienti adeguati e di personale formato per garantire la sicurezza e l'adeguatezza del percorso del paziente, soprattutto in fase sperimentale, pre-registrativa. Per tale motivo è stato istituito uno specifico Centro. Per il 2023 verranno avviate sperimentazioni su nuove terapie e farmaci.
- **Biobanca aziendale di ricerca:** dal momento che presso l'AOUP da molti anni viene effettuata una significativa attività di collezione di materiale biologico gestita in autonomia da numerose unità operative, nel corso del 2022 sono state avviate le attività necessarie per realizzare e organizzare una Biobanca centralizzata presso questa Azienda per la conservazione e la gestione del materiale biologico raccolto a scopo di ricerca. Nel 2023 si proseguirà nelle attività finalizzate a realizzare tale nuova infrastruttura organizzativa.
- Inoltre, visto il ruolo di rilievo nazionale e internazionale nell'ambito della presa in carico e gestione dei pazienti con malattia rara, l'AOUP vuole creare un percorso strutturato per la **transizione del paziente pediatrico**, dell'adolescente verso l'età adulta attraverso la creazione di ambulatori e di percorsi assistenziali dedicati.

Nell'ambito del **Rischio clinico e della sicurezza delle cure** si sono programmate le attività per i prossimi anni, principalmente sui seguenti temi:

- Monitoraggio del grado di utilizzo di implementazione delle raccomandazioni ministeriali;
- Sicurezza in sala operatoria;
- Ridurre l'incidenza degli errori legati all'errata identificazione del paziente;
- Ridurre l'incidenza degli errori legati alla gestione dei farmaci;
- Ridurre gli eventi da caduta;
- Ridurre le infezioni ospedaliere;
- Ridurre le violenze su operatori;
- Aumento della cultura della sicurezza;
- coinvolgimento dei pazienti nei percorsi di riduzione dell'errore

Il Piano del **Fabbisogno di Personale** è stato approvato con DDG n. 2493 del 29/11/2022 e per i dettagli si rinvia alla sezione n.3 specifica.

Saranno avviati dei progetti specifici per l'**efficientamento energetico** dei fabbricati che riguarderanno sia la sostituzione dei serramenti esterni, sia l'efficientamento tecnologico e energetico degli impianti, in particolare di climatizzazione, di un centro ad alto consumo quale è il CED aziendale.

Facendo riferimento ai fabbricati che non saranno oggetto di demolizione o ristrutturazione secondo il "Masterplan Aziendale" sono stati individuati due fabbricati: Palazzina Servizi e Direzione Generale, destinati a uffici, per i quali è prevista la sostituzione integrale dei

serramenti installando nuovi infissi in grado di rispettare i valori di trasmittanza prescritti dal DM "Requisiti minimi" del 26 giugno 2015 e di "shading" per la riduzione della radiazione solare. L'adeguamento energetico dei rimanenti fabbricati sanitari sarà eseguito contestualmente alla loro ristrutturazione secondo la programmazione pluriennale degli interventi.

Sarà inoltre aggiornato completamente il sistema di climatizzazione del CED aziendale installando nuove unità di condizionamento e produzione del freddo in grado di adeguare le energie assorbite all'effettivo carico termico variabile nel tempo redigendo preliminarmente uno studio di fluidodinamica. Al completamento degli interventi il PUE (Power UsageEffectiveness) pari al rapporto tra la potenza totale assorbita dal data center e quella usata dai soli apparati IT sarà inferiore a 2.5.

Un progetto di sviluppo sostenibile di valenza economica ed ambientale riguarda **l'ulteriore efficientamento del processo di gestione dei rifiuti**; questo, anche attraverso una diffusa sensibilizzazione del personale e l'avvio di un percorso formativo volti a diffondere e consolidare le migliori pratiche, si colloca in un'ottica più ampia di revisione in un approccio complessivo dell'intero processo applicato alle UU.OO. in un'ottica di sostenibilità ambientale. Le varie fasi prevedono dapprima l'individuazione dello stato dell'arte e successivamente la valutazione delle criticità e le soluzioni migliorative.

Il progetto infine prevede l'organizzazione delle nuove modalità stabilite: organizzazione formazione operatori, nuove procedure, fornitura nuovi contenitori, report mensili del servizio con l'applicazione di eventuali correttivi e valutazioni trimestrali sull'andamento della nuova organizzazione.

Con DDG n. 2620 del 16/12/2022 è stato adottato il **Piano degli Spostamenti Casa Lavoro** (PSCL) per il 2023, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge n. 77 del 17/07/2020 "Misure per incentivare la mobilità sostenibile", comma 4 art. 229, tenuto conto delle Linee Guida dettate dal Decreto Interministeriale n. 179 del 12/05/2021, art. 3 comma 5, attuativo della legge summenzionata e delle "linee guida per la redazione del piano degli spostamenti casa lavoro" del Comune di Padova rev.0 dicembre 2001.

Il PSCL è uno strumento per fornire all'Azienda l'opportunità di sviluppare e sostenere misure alternative e più convenienti rispetto all'utilizzo dell'automobile per gli spostamenti quotidiani dei dipendenti nei tragitti da casa al lavoro. Il PSCL deve fornire benefici per tutte le parti coinvolte: per il singolo dipendente, per l'Azienda e per la collettività.

A seguito della somministrazione a settembre 2022 di un questionario ai dipendenti, l'AOUUP si propone di adottare azioni e iniziative per promuovere forme di mobilità sostenibili negli spostamenti casa-lavoro del personale coinvolgendo tutte le UU.OO. e i Servizi interessati. I progetti in corso d'opera sono i seguenti:

- predisposizione di una sezione intranet per le comunicazioni interne, l'aggiornamento delle iniziative, ecc;
- implementazione posti auto da destinare ai dipendenti.

Altre iniziative allo studio sono:

- miglioramento della sicurezza nell'uso e nel parcheggio delle biciclette (videosorveglianza);
- incremento posti auto presso parcheggio a Cittadella Zona Stanga;
- messa a disposizione posti auto ai dipendenti presso il park nord della fiera di Padova;
- messa a disposizione posti auto ai dipendenti presso parcheggi Piovese e Bembo.

L'attuazione delle azioni individuate, laddove queste prevedano una spesa in carico all'Azienda, sarà possibile solo a fronte della disponibilità delle necessarie risorse economiche da reperirsi tramite bandi, finanziamenti, co-finanziamenti dedicati o donazioni.

Pari opportunità ed equilibrio di genere

La parità di genere non è solo un diritto umano fondamentale, ma la condizione necessaria per un mondo prospero, sostenibile e in pace. Garantire alle donne e alle ragazze parità di accesso all'istruzione, alle cure mediche, a un lavoro dignitoso, così come la rappresentanza nei processi decisionali, politici ed economici, promuoverà economie sostenibili, di cui potranno beneficiare le società e l'umanità intera.

La Commissione Europea ha misurato alla fine del 2022 il risultato dell'indice di uguaglianza di genere nei paesi componenti l'Unione e le conclusioni cui è giunta affermano che il genere continua ad essere a rischio negli ambienti di lavoro sia pubblici che privati.

Le differenze tra donne e uomini sul lavoro in Europa, nei paesi ad alto reddito, rilevano che gli uomini svolgono lavori più pagati fuori casa, mentre le donne si occupano della maggior parte dei lavori non pagati in casa e anche quando lavorano al di fuori delle mura domestiche sono pagate di meno. Dai vari studi condotti nella Comunità Europea emerge, ad esempio, che nel Regno Unito nel 2019 una donna in età lavorativa guadagnava il 40% in meno della sua controparte maschile. Anche in Veneto, nonostante i livelli di occupazione femminile siano più alti della media nazionale, persistono delle disparità di genere che si riflettono nella partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Una cifra su tutte è quella che indica che il 30% delle donne in età lavorativa in Veneto è inattiva, quindi non ha un impiego e non lo cerca, una percentuale quasi doppia rispetto agli uomini. Inoltre le donne hanno contratti di lavoro più precari e ricorrono al part-time molto più spesso degli uomini. Il gap tra i generi comunque è migliorato di 13 punti percentuali negli ultimi 25 anni, grazie soprattutto al miglioramento dell'educazione femminile, ma le disuguaglianze restano profonde nei tre fattori che influiscono sui guadagni nel mercato del lavoro: occupazione, ore lavorate e paga oraria.

Sotto la spinta di queste riflessioni, in linea con i contenuti dell'articolo 5 del decreto-legge 36/2022 ("Pnrr 2"), su cui si riportano gli obiettivi prioritari che le amministrazioni pubbliche devono perseguire nell'individuare misure che attribuiscono vantaggi specifici, evitino o compensino svantaggi nelle carriere al genere meno rappresentato, il CUG, Comitato Unico di Garanzia, per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Azienda Ospedale-Università Padova ha deciso di avviare una serie di attività specifiche che a partire da quest'anno mirano a perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere appoggiandosi alla Struttura Formazione per l'accREDITamento ECM la realizzazione di eventi e seminari per il personale dipendente su temi inerenti le differenze di genere, il contrasto alle discriminazioni e al rispetto della persona, il benessere organizzativo e dei loro riflessi in ambito lavorativo;
- partecipare con le risorse umane all'individuazione di criteri per favorire l'attuazione nelle unità operative del regolamento del lavoro agile;
- attivare misure organizzative per l'introduzione del Family Audit in AOUP: si tratta di uno strumento di management a disposizione delle organizzazioni che su base volontaria vogliono certificare il proprio impegno nell'adozione di misure volte a favorire il bilanciamento vita-lavoro dei propri occupati. Questo impegno deve essere verificato e se corrispondente ai requisiti richiesti si può aspirare ad ottenere la Certificazione Family Audit rilasciata dalla Provincia autonoma di Trento.

La certificazione attesta che l'organizzazione è attenta alle esigenze di Conciliazione Famiglia-Lavoro dei propri dipendenti, conferma l'impegno per una gestione delle risorse umane e dei processi organizzativi interni in funzione delle esigenze di bilanciamento degli impegni di vita e lavoro, nell'ottica della promozione del Diversity Management, delle pari opportunità e del benessere lavorativo.

Per tale motivo già nell'ultima riunione a dicembre dello scorso anno il CUG si è impegnato suddividendo i suoi componenti in sottogruppi ciascuno dei quali con obiettivi specifici di lavoro finalizzati a individuare strategie per acquisire la certificazione di Audit Family, così da sostenere l'amministrazione nella promozione del benessere dei dipendenti. Tra le strategie si tratta di promuovere e realizzare alcune progettualità innovative. Rientra tra queste l'Evento di formazione dal titolo "Note di Salute" che il CUG sta organizzando a partire dalla fine del mese di febbraio. L'iniziativa mira a coinvolgere i partecipanti in una iniziativa con la musica al fine di offrire ai partecipanti un'occasione di rilassamento e la forza per ricominciare.

I sottogruppi di lavoro costituitisi all'interno del Comitato si sono impegnati per l'anno in corso a raccogliere dati e analizzarli in riferimento a:

- parità di retribuzione tra lavoratori maschi e femmine a parità di lavoro svolto,
- pari opportunità ed equilibrio di genere e la non discriminazione all'interno dei comitati Aziendali,
- differenze di genere nella partecipazione a eventi formativi esterni,
- verifica in ordine all'assenza di qualsiasi forma di violenza o discriminazione, diretta o indiretta nel luogo di lavoro,
- collaborazione con la Consigliera di Fiducia, per quanto di competenza.

È da diversi anni inoltre che la AOUP promuove e facilita l'inserimento delle categorie protette all'interno di contesti di lavoro disponibili e sensibili. È impegno comune mantenere questo approccio e sostenendone l'impegno volto a promuovere e rendere evidente un ambiente inclusivo.

2.2.2 Misurazione e risultati attesi per gli obiettivi strategici

Le tabelle seguenti illustrano gli obiettivi aziendali (che saranno poi dettagliati nel Documento di Direttive e declinati per ciascuna Unità Operativa nelle schede di budget), articolati nel dettaglio, al fine di favorirne il raccordo con la programmazione direzionale e di consentirne la misurazione, tramite specifici indicatori:

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
PERSEGUIMENTO DEI PROGRAMMI STRATEGICI PRIORITARI				
Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34	Servizi Tecnici		Soglia regionale
Perseguimento PNRR M6	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024	Ingegneria Clinica		Soglia regionale
	M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	Servizi Tecnici		Soglia regionale
	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sistemi Informativi		Soglia regionale
Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR	Sistemi Informativi		Soglia regionale
Riconoscimento IRCCS	Prosecuzione attività per il riconoscimento di IRCCS dell'AOUP nelle due aree tematiche individuate	Direzione	UU.OO. coinvolte nella richiesta di IRCCS	Soglie definite dalle fasi ministeriali
Nuovo Ospedale	Completamento del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE)	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2023
	Attivazione del servizio opzionale relativo alla redazione del Progetto Definitivo (PD) dell'opera	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2024
	Completamento del Progetto Esecutivo (PE) e successivo affidamento dell'Appalto di Lavori per la realizzazione dell'opera	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2025
Nuova Pediatria	Ultimazione dei lavori edili e impiantistici nello step 1	Servizi Tecnici		Entro il 31/03/2023

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
	Ultimazione lavori dello step 2	Servizi Tecnici		Entro il 28/02/2025
Edificio Polifunzionale	Conclusione procedura di gara per acquisizione Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE)	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2023
	Completamento del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE)	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2024
Ospedale Mamma e Bambino	Completamento Studio Prefattibilità	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2023
Hospice Pediatrico	Redazione Progetto Fattibilità Tecnica Economica	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 30/06/2023
	Progetto Definitivo	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/03/2024
	Progetto Esecutivo e affidamento appalto di lavori	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2024
Progetto 7Tesla	Approvazione accordo di programma tra gli Enti coinvolti (Regione Veneto, UNIPD, Cariparo, ecc.)	Dir.Tecnica nuovo Polo Ospedaliero		Entro il 31/12/2023
Consolidamento ambiente Oracle	Predisposizione della nuova infrastruttura e migrazione dei servizi basati su Oracle 10	Sistemi Informativi	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	100% entro il 31/12/2023
Sito di disaster recovery dei servizi essenziali	Predisposizione del nuovo sito comprensivo di hardware e parte impiantistica, ridondanza dei servizi essenziali	Sistemi Informativi	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica, Servizi Tecnici	100% entro il 31/12/2023
Migrazione al cloud	Analisi dei servizi da migrare in cloud con la definizione della priorità degli interventi	Sistemi Informativi		100% entro il 31/12/2023
Cybersecurity	Interventi effettuati in ambito cybersecurity	Sistemi Informativi		Attivazione di almeno un servizio aggiuntivo rispetto al 2022

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
CRESCITA DEL LIVELLO DI QUALITA' DELL'ASSISTENZA				
Miglioramento dei tempi di attesa	Stipula di un accordo con l'azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo 2023	Direzione Medica Ospedaliera		Entro il 31/03/2023
	% prestazioni previste dall'accordo con l'azienda sanitaria territoriale erogate entro i tempi previsti per ciascuna classe di priorità	Direzione Medica Ospedaliera	UU.OO. sanitarie	≥90%
	% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici	Direzione Medica Ospedaliera	UU.OO. sanitarie	≥90%
Valorizzazione ruolo di hub	Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	Direzione Medica Ospedaliera	UU.OO. sanitarie con attrazione extra-regionale	Soglia regionale
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	Rispetto indicatori NSG	Direzione Medica Ospedaliera	UU.OO. sanitarie coinvolte dai singoli indicatori	Soglie nazionali/regionali
Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Miglioramento indicatori ictus, STEMI	Direzione Medica Ospedaliera	UU.OO. sanitarie coinvolte dai singoli indicatori	Soglie nazionali/regionali
Perseguimento PNRR M6	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	Formazione	UU.OO. coinvolte dalla Formazione	Soglia regionale
Innovazione su servizi e prestazioni – Biobanca aziendale	Predisposizione progetto Biobanca	Chirurgia Generale 3	UU.OO. che raccolgono materiale biologico, Uff. Legale, Ing. Clinica, Servizi Tecnici, Uff. Qualità	Entro il 2023
Innovazione su servizi e prestazioni – Biobanca aziendale	Certificazione ISO	Chirurgia Generale 3	UU.OO. che raccolgono materiale biologico, Uff. Legale, Ing. Clinica, Servizi	Entro il 2024

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
			Tecnici, Uff. Qualità	
Innovazione su servizi e prestazioni – Centro Terapia Genica	Apertura di almeno uno studio sperimentale di terapia genica e reclutamento pazienti	Clinica Oncoematologica Pediatrica	Farmacia, Progetti Ricerca Clinica, Medicina Generale, DIDAS Pediatria	2024-2025
Percorso transizione paziente pediatrico-stesura documento aziendale di processo che sia di riferimento per l'implementazione di modelli operativi e percorsi standardizzati	Produzione e approvazione del documento da parte della Direzione	Dipartimento Funzionale Malattie Rare (DFMR) e Dipartimento Salute Donna e Bambino	UO area adulta coinvolte, Associazioni di pazienti e Uff. Qualità	Entro marzo 2023
Percorso transizione paziente pediatrico-elaborazione di documenti di processo di transizione del pz ped affetto da malattia rara	Documenti di processo per la transizione di ambito specialistico	DFMR, UO coinvolte di area pediatrica e medica, Direzione Sanitaria e Direzione Medica Ospedaliera		Entro febbraio 2024
Percorso transizione paziente pediatrico-attivazione processi di transizione "pilota" per il settore delle MR	N° pazienti transitati per ciascun ambito specialistico	DFMR, UO area pediatrica e adulta coinvolte	Controllo di Gestione	Da giugno 2025 almeno 5
Rischio clinico e della sicurezza delle cure	Riduzione del numero delle cadute per i pazienti ricoverati	Rischio Clinico	UU.OO. di degenza	-5% rispetto all'anno precedente

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE E DELL'EFFICIENZA DEI SERVIZI SANITARI E AMMINISTRATIVI				
Miglioramento efficienza - Rispetto della programmazione regionale sui costi	Rispetto dei limiti di costo di farmaci, dispositivi medici ed IVD	Farmacia	UU.OO. sanitarie	Soglie regionali
Miglioramento efficienza	Informatizzazione dispositivi medici	CDG	UU.OO. sanitarie, DMO	100% nel 2024
Miglioramento efficienza - Rispetto della programmazione regionale sui costi	Rispetto del limite di spesa del personale	Risorse Umane		Soglia regionale
Perseguimento dell'efficienza finanziaria	Azzeramento debito scaduto	Contabilità e Bilancio	UU.OO. liquidatrici	0
Perseguimento dell'efficienza finanziaria:	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	Contabilità e Bilancio	UU.OO. liquidatrici	<20 gg
Efficientamento dei processi amministrativi	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Affari Generali	UU.OO. coinvolte nella pubblicazione dei dati	100%
Anticorruzione	Azioni volte alla prevenzione della corruzione: verifica a campione sui processi mappati	Affari Generali	Verranno campionate 4 UU.OO.	Almeno 4 casi verificati entro il 31/12/2023
	Revisione codice comportamento	Affari Generali	Risorse Umane, Ufficio Legale	Entro il 31/12/2023
Monitoraggio e miglioramento del sistema di controllo interno attraverso attività di Internal Audit	Attuazione del Piano di Internal Audit 2023-2025 secondo la tempistica stabilita nel piano stesso	UO definite nel piano di Internal Audit 2023-2025	UUO definite nel piano di Internal Audit 2023-2025	Target definito nel piano di Internal Audit 2023-2025

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	Farmacia	UU.OO. sanitarie coinvolte	Soglia regionale
SOSTENIBILITA'				
Efficientamento energetico-Sostituzione serramenti Palazzina Servizi	Trasmittanza termica Secondo DM 26/06/2015	Servizi Tecnici e Patrimoniali		2023
Sostituzione serramenti Palazzina Direzione generale	Trasmittanza termica Secondo DM 26/06/2015	Servizi Tecnici e Patrimoniali		2025
Efficientamento energetico CED	PUE = 2.5	Servizi Tecnici e Patrimoniali	Information Technology	2025
Ulteriore efficientamento processo gestione rifiuti	Attivazione raccolta differenziata negli Uffici Amministrativi	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	UU.OO. Amministrative e DMO	100%
Ulteriore efficientamento processo gestione rifiuti	Formazione su rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e chimico	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	DMO, Formazione, DPS, UU.OO. sanitarie	2 incontri nel 2023
Attuazione Piano Spostamenti Casa Lavoro (PSCL)	Utilizzo per i dipendenti posti auto presso parcheggio la Cittadella Zona Stanga (soggetti coinvolti AOUP, Parcheggio La Cittadella, Comune Padova, APS Padova)	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Comune di Padova APS	Entro il 31/12/2023
Attuazione Piano Spostamenti Casa Lavoro (PSCL)	Messa a disposizione posti auto ai dipendenti presso parcheggi Piovese e Bembo (soggetti coinvolti: AOUP, Comune Padova, APS Holding spa e Busitalia Veneto spa)	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Comune di Padova APS	Entro il 31/12/2023
Pari opportunità	Attivazione di un progetto formativo su	CUG	Formazione, Risorse	Entro il 31/12/2023

PIAO 2023-2025 - AZIENDA OSPEDALE-UNIVERSITÀ PADOVA

Obiettivo	Indicatore	Responsabile obiettivo	UO che contribuiranno	Target 2023-25
	differenze di genere		Umane	
Benessere organizzativo	Eventi formativi sulla valorizzazione del personale	Formazione	Risorse Umane	2 per anno
Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs)	URP	UU.OO. coinvolte dalle indagini	Soglie regionali

2.2.3 Sistema di misurazione e valutazione della performance

Partendo dal principio che la valutazione dell'attività deve fare riferimento all'amministrazione nel suo complesso, partendo dalla valutazione della performance organizzativa fino a scendere a quella individuale, l'assegnazione di obiettivi e risorse si basa, nell'Azienda Ospedale-Università Padova, sui seguenti documenti:

- **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**, documento di pianificazione triennale avente valenza strategica, aggiornato ogni anno entro il 31 gennaio. Introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, il PIAO è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce una serie di Piani che finora le amministrazioni erano tenute a predisporre. Tra questi, i piani della performance, del fabbisogno del Personale, del lavoro agile (POLA) e dell'anticorruzione. L'obiettivo è la semplificazione dell'attività amministrativa e una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.
Per le Aziende sanitarie è previsto che l'attuazione del PIAO veda un ruolo importante assegnato alle Regioni, secondo quanto indicato dal comma 7bis dell'art. 6 del DL 80/2021; per il Veneto tali indicazioni sono state fornite con DGR 1717 del 30/12/2022.
- **Documento di Direttive**, formulato annualmente allo scopo di realizzare il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget, ai sensi della L.R. n. 55/1994. Indica da un lato gli obiettivi e le risorse a livello aziendale (budget aziendale), in stretto collegamento con il Bilancio Economico Preventivo e, dall'altro, obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget dei centri di responsabilità.
- **Budget dei centri di responsabilità**, che individuano, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità, i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate, ai sensi della L.R. n. 55/1994.
- **Documenti di Valorizzazione Individuale (DIV)**, che raccolgono in un unico documento gli elementi atti a valutare la conoscenza e le competenze professionali con la finalità di riconoscere le quote di risultato/premialità per tutte le aree contrattuali e, per il personale del comparto, anche al fine delle progressioni economiche all'interno delle nuove aree di classificazione definite nel recente CCNL 2 novembre 2022.

L'immagine seguente illustra i diversi livelli della pianificazione/programmazione aziendale, dando evidenza dei corrispondenti documenti approvati dall'azienda ai sensi della normativa vigente.



Gli obiettivi strategici daranno origine ad obiettivi aziendali di orizzonte annuale, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

Il successivo **processo di budget**, svolto ai sensi della L.R. Veneto 55/1996, permetterà di assegnare a cascata gli obiettivi a tutta l'organizzazione, individuando in maniera puntuale indicatori di misurazione e livelli attesi.

Infine, il processo aziendale di **valutazione della performance individuale** permetterà di valutare il contributo del singolo dipendente, grazie al Documento Individuale di Valorizzazione.

Nei successivi sotto-paragrafi si dà descrizione di questi due importanti processi aziendali, che permettono di dare compiuta attuazione al Ciclo di Valutazione della Performance previsto dal D.Lgs. 150/2009 e ss.mm. e dalla DGR 140/2016, rimanendo nell'ambito delle disposizioni regionali in materia di programmazione e controllo e dei CCNL in materia di sistemi premianti.

Processo di budget

Attraverso il processo di budget, condotto ai sensi della L.R. 55/1994, si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale e per ciascun obiettivo, vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Nel processo di formulazione dei budget, la Direzione si avvale della collaborazione del Comitato di budget, e del supporto operativo della U.O.C. Controllo di Gestione.

Il documento che individua tutti gli obiettivi di ogni unità organizzativa individuata quale Centro di Responsabilità è la scheda budget, solitamente negoziata in appositi incontri dedicati a inizio anno.

In corso d'anno gli obiettivi di budget vengono monitorati dalla U.O.C. Controllo di Gestione, che invia periodicamente i dati di monitoraggio alle UU.OO. Vengono inoltre organizzati degli incontri con le UU.OO. per la presentazione degli stessi.

A fine anno, si avvia il processo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi concordati in sede di budget e la misurazione della performance.

Di seguito si riportano i tempi che caratterizzano il ciclo della Performance:

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Piano Integrato di Attività e Organizzazione												
Documento Direttive dell'anno in corso												
Predisposizione e negoziazione schede di budget												
Eventuali modifiche alle schede di budget												
Approvazione schede di budget anno in corso e firme Direttori												
Monitoraggio obiettivi di budget												
Incontri di monitoraggio												
Valutazione performance organizzativa anno precedente												
Valutazione performance individuale anno precedente												
Redazione Relazione sulla Performance anno precedente												
Verifiche da parte dell'OIV												
Validazione da parte dell'OIV												

La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantita dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e su ciascun dipendente afferente alla stessa.

2.2.4 Processo di valutazione della performance individuale

La performance individuale si misura mediante uno strumento di valutazione che raccoglie elementi di valorizzazione, diverso a seconda che si tratti di dirigenti o personale dell'area comparto, al fine di stabilire il contributo del singolo al raggiungimento degli obiettivi e dei livelli di prestazione.

Il Documento Individuale di Valorizzazione adottato in Azienda, articolato per specifica area contrattuale, è strutturato in modo da misurare la performance individuale non solo in termini di contributo e impegno reso per il raggiungimento degli obiettivi, ma anche per gli aspetti relazionali e di collaborazione con i colleghi, disponibilità al cambiamento e all'innovazione. Esso è stato adottato sia per il personale ospedaliero che universitario in convenzione per l'attività correlata all'assistenza, in accordo con la componente universitaria e con i rappresentanti sindacali di categoria nei rispettivi Contratti Integrativi Aziendali.

Il processo di valutazione si divide in più fasi, sintetizzate nel modo seguente:

A. Compilazione del DIV su supporto informatico da parte dei valutatori e condivisione con il dipendente valutato

Per ciascun dipendente si individua annualmente il documento di valorizzazione, associato ai valutatori, che lo compilano on-line in un programma specificamente predisposto, secondo le

indicazioni e le linee guida fornite, e lo condividono con il personale valutato mediante colloqui volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze attesi. Secondo il sistema di valutazione adottato la valutazione negativa comporta la non compilazione del DIV e l'obbligatorietà di allegare una relazione redatta dai valutatori. In tal caso è previsto l'intervento dell'Organismo Indipendente di Valutazione nel processo valutativo.

B. Sottoscrizione della copia cartacea

La versione definitiva di tale documento viene stampata con la presa visione on-line del valutato e sottoscritta dai valutatori, successivamente viene archiviata all'interno del fascicolo personale custodito presso la U.O.C. Risorse Umane.

C. Procedura dei Ricorsi

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso, entro 30 giorni dalla consegna del documento, esplicitandone le motivazioni.

L'Azienda ha individuato un collegio con il compito di analizzare i ricorsi presentati: allo scopo di esprimere un giudizio sul punto, il collegio raccoglie tutti gli elementi utili mediante specifiche relazioni da parte dei soggetti valutatori, nonché colloqui individuali con i ricorrenti. L'esito del ricorso e le relative motivazioni vengono comunicate ai soggetti interessati; le eventuali modifiche alla valutazione derivanti dall'accoglimento dei ricorsi comporterà il corrispondente adeguamento economico.

D. Erogazione delle quote di produttività/risultato

Le quote di produttività/risultato vengono erogate definendo un budget per unità operativa sulla base del raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) e il punteggio della valutazione individuale desumibile dal documento di valorizzazione della professionalità (performance individuale), tenendo conto dei criteri di proporzionamento di seguito esplicitati.

COMPARTO

I soggetti preposti alla valutazione, ai sensi degli accordi integrativi, sono il Direttore di Struttura, in sua assenza il Direttore di Dipartimento, e una seconda figura che opera a diretto contatto con il valutato: dirigente per l'area amministrativa/tecnica e coordinatore per l'area tecnico/sanitaria. Per quanto concerne il coordinatore, il secondo valutatore viene individuato tra i referenti della UOC Direzione delle Professioni Sanitarie, considerando l'area di afferenza.

Il documento è caratterizzato dall'individuazione delle seguenti due aree, specifiche per settore di attività:

Area della Capacità	nella quale vengono individuati dei criteri che permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività dell'unità operativa di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione.
Area della Conoscenza	nella quale vengono individuati dei criteri atti a garantire la determinazione della correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Nell'area della capacità sono stati individuati tre criteri di verifica (Orientamento al risultato - Impegno, partecipazione e qualità della prestazione - Adattabilità) la cui somma dei valori assegnati, permette di determinare la quota incentivante individuale. Per ciascun criterio sono

previsti 4 parametri di verifica, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 1,4,7,10 fino ad un valore massimo di 30 punti complessivi.

Nell'area della conoscenza sono stati individuati altri tre criteri (Responsabilità – Relazioni – Autonomia), atti a determinare un punteggio utile alla progressione economica di carriera all'interno delle nuove aree di classificazione del CCNL 2 novembre 2022. Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo che identifica il giudizio espresso il cui valore numerico complessivo per ogni criterio corrisponde a 10 punti, fino a raggiungere un valore massimo di 30 punti complessivi.

Il collegamento delle schede di budget con il sistema premiante avviene con la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, calcolati tenendo conto:

- delle risorse disponibili derivanti dai fondi contrattuali nell'anno di riferimento, a seguito di quanto concordato in sede di contrattazione decentrata;
- della percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa);
- del numero di personale afferente all'interno del Servizio, tenendo conto della categoria di appartenenza, secondo un coefficiente definito nel Contratto Integrativo Aziendale.

Le fasce per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget sono:

Se risultato è < 30%	valore attribuito:	0%
Se risultato è ≥ 30%	valore attribuito:	50%
Se risultato è ≥ 50%	valore attribuito:	70%
Se risultato è ≥ 70%	valore attribuito:	100%

Il budget di ogni Struttura viene poi distribuito tra i singoli individui sulla base del punteggio derivante dal DIV "area capacità", nonché considerando ulteriori indicatori quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e categoria di appartenenza).

DIRIGENZA

Il Documento Individuale di Valorizzazione (DIV) è caratterizzato dall'individuazione di quattro criteri di verifica e per ciascun criterio sono previsti quattro parametri di merito, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 4, 11, 18, 25 fino ad un valore massimo di 100 punti complessivi. Per quanto riguarda la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa il DIV è composto da 3 criteri, per i quali sono comunque previsti 4 parametri di merito il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 8, 15, 22, 30 fino ad un valore massimo di 90 punti complessivi.

I criteri sono: Relazione (capacità di lavorare con l'equipe), Autonomia e Responsabilità, Impegno, Attività scientifica, didattica e aggiornamento (quest'ultimo non valutato per la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa).

La valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa, in sua assenza del Direttore di Dipartimento. Per il dirigente incaricato di Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale, il D.I.V. verrà compilato dal Direttore di Dipartimento dell'area di afferenza o dal Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo. Per il dirigente Direttore di Dipartimento, il DIV verrà compilato dal Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

Anche per l'area della Dirigenza, il collegamento delle schede di budget con il sistema premiante avviene con la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, calcolati tenendo conto degli stessi elementi indicati per l'area Comparto.

Le fasce adottate per il collegamento dei risultati del budget individuale, come illustrato nello schema seguente:

Se risultato è < 40%	valore attribuito:	0%
Se risultato è ≥ 40%	valore attribuito:	60%
Se risultato è ≥ 60%	valore attribuito:	80%
Se risultato è ≥ 80%	valore attribuito:	100%

Il budget di ogni singola Struttura viene poi distribuito tra i singoli dirigenti sulla base del punteggio derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione, nonché considerando ulteriori indicatori, quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e incarico professionale per la sola dirigenza PTA).

2.2.5 Revisione e adeguamento del sistema

L'Azienda ritiene, sia per il personale dell'area Comparto che della Dirigenza, di procedere ad una revisione del sistema di valutazione aziendale anche alla luce delle disposizioni dettate per le varie aree nel triennio contrattuale vigente.

Il sistema deve fissare criteri idonei a garantire che alla significativa differenziazione dei giudizi, nella performance organizzativa ed individuale, corrisponda un'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati. Tale diversificazione è già prevista dal vigente sistema aziendale, tuttavia l'azienda intende apportare delle modifiche al fine di aggiornarlo migliorandolo ulteriormente, considerato che, essendo in essere da diversi anni, dall'analisi delle valutazioni effettuate si evidenzia un costante innalzamento del valore medio attribuito dai valutatori ai singoli valutati.

Con le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità è già in corso un confronto per procedere ad una revisione del DIV, dall'anno 2023, profilato sul singolo professionista con obiettivi specifici, al fine di favorire un percorso personalizzato di miglioramento professionale e, conseguentemente, concordare nuovi indicatori di misurazione e livelli attesi di performance per determinare le quote di premialità.

2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza

La presente sottosezione è predisposta a cura dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), Avv. Maria Grazia Calì, in conformità alle indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo:

- a) il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA 2022), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 e relativi allegati;
- b) per gli indirizzi e le disposizioni ancora valide, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021 (PNA 2019-2021), adottato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 e relativi allegati;
- c) Delibera di Giunta Regionale della Regione del Veneto n. 1717 del 30/12/2022 avente ad oggetto “Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l’adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113” e relativo allegato 1.

Obiettivi di valore pubblico

Le disposizioni di questa sottosezione si pongono in diretta continuità con i precedenti piani triennali aziendali di contrasto alla corruzione ed in particolare con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2022-2024 (PTPCT di AOUP 2022-2024), approvato con delibera del Direttore Generale n. 877 del 28.04.2022, perseguendo la finalità di riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione all’interno dell’Azienda, aumento della capacità di indagine e gestione dei processi decisionali – per scoprire eventuali casi di corruzione – e si pone in raccordo con i contenuti illustrati nella precedente Sottosezione 2.2 – Performance, secondo le disposizioni normative in materia. La realizzazione delle misure in esso previste, sono finalizzate al perseguimento dei seguenti obiettivi strategici di valore pubblico dell’Azienda:

- l’implementazione del nuovo sistema aziendale di mappatura dei processi e della gestione del rischio corruttivo, da svilupparsi secondo una logica ciclica di miglioramento continuo, tracciabilità e verifica dello stato di avanzamento;
- l’implementazione di specifici strumenti di contrasto alla corruzione nell’ambito degli appalti e delle conseguenti attività amministrative dirette alla realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est – San Lazzaro e dell’Ospedale “Giustiniani”;
- l’implementazione della Sezione “Amministrazione Trasparente” dell’Azienda, in adempimento alle nuove disposizioni sugli obblighi di pubblicità e trasparenza contenute nel PNA 2022.

Con riferimento al primo punto, il Piano 2022-2024 ha formalizzato la valutazione dei rischi di corruzione e illegalità con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base delle indicazioni contenute nell’Allegato 1 del PNA 2019, con il quale ANAC ha ridefinito la mappatura, prevedendo il passaggio da un sistema quantitativo ad un sistema qualitativo di identificazione a valutazione del rischio. Nel corso del 2023 si provvederà all’implementazione del sistema di mappatura, anche con l’obiettivo di integrarlo maggiormente con quello curato dal Servizio di Audit interno.

Con riferimento al secondo punto, l’Azienda Ospedale-Università Padova sarà impegnata nei prossimi anni nella realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est – San Lazzaro e dell’Ospedale “Giustiniani”, sede quest’ultima che sorgerà in corrispondenza dell’attuale sito ospedaliero, mediante opere di razionalizzazione e recupero delle strutture sanitarie esistenti e di rigenerazione urbana. Per la realizzazione di tali interventi, nell’anno 2021 è stato sottoscritto con ANAC uno specifico Protocollo di azione di vigilanza collaborativa, che è stato

già ampiamente utilizzato in Azienda (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto del Paragrafo "Adozione del Protocollo di azione di vigilanza collaborativa tra ANAC e Azienda Ospedale - Università Padova").

Con riferimento al terzo punto, l'Azienda si conforma alle indicazioni dell'Anac, contenute nel PNA 2022 in merito ai nuovi obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente, con particolare riferimento alla Sottosezione "Bandi di gara e contratti".

2.3.1 - Analisi del contesto esterno dell'Azienda Ospedale-Università Padova

Presenza delle organizzazioni mafiose nei territori.(Fonte: Direzione Investigativa Antimafia - relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento - secondo semestre 2021). Il territorio della provincia di Padova si caratterizza per la presenza dell'interporto quale snodo di movimentazione e stoccaggio delle merci, più proiettato attraverso i collegamenti ferroviari verso i principali porti nazionali e del Nord Europa. Un sistema infrastrutturale che alimenta un forte indotto economico potenzialmente di interesse per le organizzazioni criminali. Nel merito si è espresso il Procuratore della Repubblica di Catanzaro, Nicola Grattieri, il quale in un'intervista rilasciata a "Il Mattino di Padova" ha dichiarato che "le mafie sono presenti a Nordest perché c'è denaro e la possibilità di gestire il potere dei soldi. Vengono lì per vendere cocaina e con quei soldi comprano tutto ciò che è in vendita, cercando poi di entrare - anche come soci di minoranza - nelle aziende, per poi eroderle piano piano e infine comprarle per pochi spicci. La 'ndrangheta si sta espandendo in modo significativo nel Nordest, forse anche perché non incontra alcuna resistenza sul piano sociale ... Il Veneto ci sembra la nuova frontiera di conquista della 'ndrangheta, rispetto a posizioni già consolidate in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Piemonte e Lombardia."

Numerose sono infatti le investigazioni che negli ultimi anni evidenziano la presenza della 'ndrangheta sul territorio. Tra le altre si ricordano le operazioni "Fiore Reciso"136 (2014-2018), "Terry137", "Camaleonte138", "Avvoltoio 139" e "Hope140" che hanno comprovato come la 'ndrangheta anche al Nord sia orientata a dominare il traffico/spaccio di stupefacenti, le estorsioni, il riciclaggio e il successivo reinvestimento di capitali.

Più recente conferma circa tale radicamento si è avuta con l'operazione "Isola Scaligera"141 del 5 giugno 2020 che ha evidenziato la presenza e svelato il modus operandi tipico di un locale di 'ndrangheta. Nel senso anche la "Taurus"14 del 15 luglio 2020 conclusa con l'esecuzione a Verona e in altre città d'Italia di alcune ordinanze nei confronti degli appartenenti alle famiglie Gerace-Albanese-Napoli-Versace. Anche in questi casi è emerso il comportamento tipico di un vero e proprio locale di 'ndrangheta, che operando secondo i tipici schemi delle consorterie criminali calabresi, si esprime con la creazione di un reticolo di solidi rapporti con amministratori pubblici e imprenditori e con il ricorso solo se necessario alla manifestazione della forza di intimidazione e all'assoggettamento.

Infiltrazioni mafiose nella Pubblica Amministrazione e misure di contrasto. Un bacino di interessi economici così importante connotato da un ricchezza territoriale destinataria di ingenti fondi in grado di polarizzare investimenti sia statali, sia esteri potrebbe rappresentare dunque terreno fertile per la criminalità mafiosa e affaristica allo scopo di estendere i propri interessi e infiltrarsi nei canali dell'economia legale tanto attraverso complesse attività di riciclaggio e reimpiego di capitali illecitamente accumulati, quanto nella gestione delle risorse pubbliche.

Particolare attenzione per la prevenzione di probabili tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata in quest'ultimo settore richiederanno anche i prossimi giochi olimpici e paraolimpici di Milano e Cortina del 2026. Nel merito il Prefetto di Belluno, Mariano SAVASTANO, ha sottolineato¹³³ l'importanza del rafforzamento degli strumenti di prevenzione e il ruolo centrale del Gruppo Interforze individuato quale "cabina di monitoraggio del sistema di prevenzione...L'obiettivo da perseguire oggi è quello di coniugare, in ragione dell'attuale situazione emergenziale, non soltanto da un punto di vista sanitario ma anche economico e

sociale, la celerità della risposta dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali nell'erogazione delle risorse del PNRR nel termine di utilizzo (2026) per la realizzazione dei molteplici progetti necessari alla modernizzazione del nostro Paese, senza comprimere gli strumenti operativi previsti dalla legislazione antimafia, in particolare le misure di prevenzione che nella loro qualità di frontiera avanzata di tutela, salvaguardano la legalità e l'integrità del sistema economico... Un impegno importante, costante e di lungo periodo che tutte le risorse dello Stato devono assumere ed affrontare sinergicamente per salvaguardare lo sviluppo economico - sano e competitivo - delle nostre imprese, di Cortina d'Ampezzo, della Regione Veneto e di tutto il Paese e, naturalmente, per la migliore organizzazione dei prossimi giochi olimpici invernali Milano-Cortina 2026". L'estrema fertilità e le indiscusse potenzialità offerte dalla Regione hanno ormai consolidato la scelta anche della criminalità calabrese di radicarsi in questo territorio.

2.3.2 - Analisi del contesto interno dell'Azienda Ospedale-Università Padova

Il sistema di governance

Come sopra riferito, il Direttore della UOC Affari Generali, Avv. Maria Grazia Calì, ricopre il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza RPCT (incarico conferito con delibera del Direttore Generale n. 1546 del 19.12.2019). Naturalmente, in considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, si è ritenuto di assicurare al RPCT l'apporto di un gruppo di Referenti, con il compito di cooperare per la stesura e l'applicazione della disciplina di contrasto alla corruzione. L'azione dei Referenti, di cui si riportano di seguito i nominativi è subordinata alle indicazioni del RPCT che resta il riferimento aziendale.

Struttura/Ruolo	Referente RPCT
UOC Affari Generali	Dott. Francesco Tosatti
UOC Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Barbara Gerunda
UOC Controllo di Gestione	Dr. Antonio Giona
UOC Direzione Amministrativa di Ospedale	Dott.ssa Luisa Longhini
UOC Direzione delle Professioni Sanitarie	Dott. Stevanin Simone
UOC Direzione Medica	Dott. Tiziano Martello
UOC Direzione Medica Ospedale Sant'Antonio-OSA	Dott.ssa Maria Vittoria Nesoti
UOC Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero	Ing. Mirco Giusti
UOC Farmacia Ospedaliera	Dott.ssa Francesca Venturini
UOS Formazione	Dott.ssa Elisa Rossato
UOC Gestione delle Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e Rapporti con l'Università	Dott. Fabio Perina
UOS Ingegneria Clinica	Dott. Fabio Franceschi

UOS Libera Professione	Dott.ssa Luisa Longhini
UOC Medicina Legale e Tossicologia	Prof.ssa Anna Aprile
UOSD Progetti e Ricerca Clinica	Dott.ssa Francesca Venturini
UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dott.ssa Maria Elena Serafin
UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dott.ssa Isabella Degli Agostini
UOS Sistemi Informativi	Ing. Alessio Gasparetto
UOS Ufficio Legale	Avv. Ludovica Romano
Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA)	Dott.ssa Elisabetta Penazzo
Referente gestione liste di attesa	Dott. Deris Gianni Boemo
Referente Sezione Trasparenza	Dott.ssa Donatella Baratto
Referente Anticorruzione	Dott. Bregolin Andrea

I Referenti in qualità di dirigenti e/o funzionari con posizioni riconosciute, ai sensi dell'art. 16, comma 1 lettere l-bis), l-ter), l-quater), D.lgs. 165/2001 (a cui si rimanda, per un approfondimento) per l'area di rispettiva competenza:

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti delle aree cui sono preposti anche attraverso i dirigenti delle UO di riferimento;
- forniscono le informazioni richieste dal Responsabile della prevenzione della corruzione per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'area/settore a cui sono preposti, proponendo le modalità per la rotazione del personale nei casi previsti.
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici - D.P.R. 62/2013 e del codice di comportamento dei dipendenti di questa Azienda Ospedale e verificano le ipotesi di violazione;
- partecipano al processo di gestione del rischio.

Tutti i Responsabili delle Unità Operative aziendali sono tenuti a fornire il necessario apporto al RPCT e ai Referenti delle aree definite; in tal senso, nell'esplicazione delle attività il RPCT viene pertanto affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione.

Con specifico riferimento al ruolo dei Referenti, fondamentale è stata l'attività di supporto dagli stessi fornita nel corso dell'anno 2022, in occasione della verifica e monitoraggio di aune attività all'interno dei processi aziendali. Il confronto tra il RPCT e i rispettivi Referenti sulle attività della Struttura in cui essi quotidianamente operano ha portato ad una efficace valutazione dei rischi corruttivi insiti nelle stesse attività. Nel corso del confronto però, si è preso coscienza anche delle misure di mitigazione del rischio che effettivamente sono già attivate in Azienda, anche se magari non formalizzate in documenti ufficiali come regolamenti o procedure operative interne. L'implementazione di tale metodo di confronto e collaborazione, unitamente ad una adeguata attività formativa e ad una corretta applicazione della normativa

sulla trasparenza sono da considerarsi elementi fondamentali per lo sviluppo di una diffusa "cultura della legalità" in ambito aziendale, elemento questo che costituisce il fine ultimo di tutta l'attività di contrasto alla corruzione. Nella scheda che segue sono dunque indicati alcuni importanti compiti che sono già stati previsti nei precedenti Piani delle performance e che verranno mantenuti per l'anno in corso:

Azioni	Report	Obiettivi per
Verifica della nuova mappatura dei processi, implementazione delle attività di monitoraggio, con verifica a campione di almeno 4 attività, all'interno dei processi mappati.	Trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle schede di analisi del rischio dei nuovi eventuali procedimenti mappati	Piano delle Performance
Individuazione dei dipendenti da inserire nel Programma annuale di formazione in materia di prevenzione della corruzione e di rispetto dei Codici di comportamento, d'intesa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Trasmissione alla UOS Formazione	Piano delle Performance
Applicazione della normativa sulla Trasparenza	Adempimento obblighi normativi in materia di Trasparenza	Piano delle Performance

L'Azienda ha inoltre individuato la Dott.ssa Elisabetta Penazzo, Dirigente Responsabile della UOS Logistica dei Servizi quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA) che come previsto dalla normativa di riferimento, provvede alla trasmissione annuale all'ANAC delle informazioni e dei dati relativi alle procedure di affidamenti di lavori, servizi e forniture.

In tema di prevenzione della corruzione, svolge un ruolo anche il Responsabile dell'Ufficio Procedimenti disciplinari, chiamato a collaborare:

- all'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, richiesta di parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett.d), della legge 190/2012;
- all'attività di vigilanza e, in raccordo col RPCT, di monitoraggio come previsto dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di comportamento aziendale.

Con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1629 del 8.09.2021 si è provveduto ad attribuire, con decorrenza dal 15 settembre 2021, la gestione del processo "Procedimenti disciplinari" alla UOS Ufficio Legale, attività in precedenza curata dalla UOC Affari Generali.

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). Con delibera n. 345 del 06.03.2020 è stato nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) aziendale, attualmente in fase di rinnovo. L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. Il quadro delle competenze ad esso attribuite dal d.lgs. 150/2009 si è progressivamente ampliato, conferendo specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. In particolare, le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012. La nuova disciplina - improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con

ANAC – prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici. Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV dal d.lgs. 150/2009 di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza. Da ultimo, nel PNA 2022 viene affidata all'OIV la verificare della coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, nonché i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto del PNA 2019-2021, pagg. 32 e ss. e al contenuto del PNA 2022, pagg. 53 e ss.).

La mappatura dei processi

Con il piano Anticorruzione 2019 Anac ha ridefinito la metodologia di valutazione del rischio, prevedendo il passaggio da un sistema quantitativo ad un sistema qualitativo. Su tali presupposti, nel corso degli anni 2021 e 2022 questa Azienda ha provveduto alla definizione della nuova gestione informatica delle mappature e delle misure di mitigazione del rischio, innanzitutto identificando le misure già state adottate dall'Azienda stessa e verificando la loro corretta e continua attuazione nel tempo.

La mappatura delle attività e delle misure è attualmente effettuata con l'ausilio del programma "Data Protection Manager" dello Studio Storti, con il quale AOUP intrattiene rapporti contrattuali anche nell'area della Privacy. In particolare, il "Modulo Anticorruzione" presente nel programma permette di gestire il processo di prevenzione e contrasto alla corruzione negli enti pubblici.

Successivamente alla fase di avvio della nuova mappatura, nel corso dell'anno 2022 si è proceduto al censimento di alcune delle misure di trattamento del rischio, alla ridefinizione delle attività di monitoraggio e sono stati effettuati controlli a campione sui nuovi processi mappati, apponendo le modifiche ed integrazioni necessarie e acquisendo esperienza ed elementi utili per l'ottimizzazione del nuovo modello adottato. Considerando anche le indicazioni che sono contenute nel PNA 2022, nel corso del corrente anno si procederà alla revisione della mappatura dei processi che coinvolgono la spendita di risorse pubbliche. L'impegno è di definire progressivamente l'intero sistema e creare i presupposti per la sua completa integrazione con quello curato dal Servizio di Audit interno.

Le Aree di rischio

Con riferimento alle Aree di rischio, si è adottata la classificazione proposta nell'Allegato 1 del PNA 2019, per aggregare i processi in modo omogeneo. Le aree di rischio adottate dall'Azienda sono sia generali che specifiche, dove quelle generali sono intese come comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano le "Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale", ambito di competenza dell'Azienda stessa.

Si sono dunque individuate 10 Aree di rischio, che vengono di seguito elencate:

- 1) Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)
- 2) Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
- 3) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- 4) Liste di attesa
- 5) Attività libero professionale
- 6) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- 7) Rapporti con soggetti erogatori
- 8) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

- 9) Affari legali e contenzioso
- 10) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

L'elenco dei processi

Con specifico riferimento ai processi mappati all'interno dell'Azienda, si è optato per una aggregazione delle attività curate dai singoli Uffici in un numero limitato di processi (*rectus* processi organizzativi), così da premettere una più agevole analisi dei rischi, con una reale utilità del nuovo sistema introdotto che tenga innanzitutto conto della sostenibilità organizzativa delle scelte effettuate. Il tutto, nella prospettiva di una completa integrazione con il sistema mappatura dei processi aziendali svolto dal Servizio Audit interno e diretto alla valutazione della rischiosità dei processi aziendali (cd. Risk Scoring - RS).

Atteso ciò, sono stati mappati in Azienda 14 processi, che vengono di seguito indicati:

- 1) Amministrazione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno
- 2) Acquisizione di beni e servizi - gestione del contratto - magazzino
- 3) Gestione sperimentazioni cliniche
- 4) Gestione liste di attesa
- 5) Libera professione
- 6) Gestione lavori pubblici
- 7) Gestione patrimonio immobiliare
- 8) Gestione finanziamenti pubblici e privati
- 9) Acquisizione e vendita di prestazioni e servizi sanitari presso terzi
- 10) Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie
- 11) Affari legali e contenzioso
- 12) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- 13) Attività conseguenti al decesso
- 14) Formazione

L'elenco delle attività

In ordine alle attività curate dai singoli Uffici all'interno dell'Azienda con riferimento ai processi sopra richiamati, si è optato per una mappatura sintetica delle attività, così da premettere anche in questo caso una più agevole analisi dei rischi evitando un'eccessiva parcellizzazione delle valutazioni sui rischi e delle misure correlate. Sono state mappate in Azienda 123 attività, di cui alcune sono state successivamente escluse dal monitoraggio; le attività vengono di indicate nella tabella riepilogativa "Elenco delle attività dell'Azienda Ospedale-Università Padova", allegata al presente documento.

Valutazione e trattamento del rischio

L'individuazione dei processi e delle attività indicate nel precedente Paragrafo 3 è stata svolta partendo dalla mappatura utilizzata sino all'anno 2021 e per ogni singola attività è stata individuata la Struttura che può svolgere azioni di coordinamento tra le varie strutture, così da premettere una gestione coordinata delle misure di trattamento del rischio. Il sistema di valutazione e trattamento del programma informatico adottato fa sì che il rischio iniziale di un'attività, una volta individuato e correttamente decritto, possa essere abbattuto attraverso l'associazione di una o più misure generali, specifiche, alternative e/o ulteriori. Attraverso uno specifico Modulo è possibile poi associare le risorse interne ed esterne alle attività che le stesse svolgono, con la relativa indicazione della percentuale di impiego delle risorse nell'ambito dell'attività analizzata. In diversi punti del modulo Anticorruzione è inserito un pulsante di export che permette di avere un'estrazione in un foglio di calcolo delle seguenti informazioni:

- associazione attività - fattori abilitanti (nuova terminologia in uso nel PNA 2019 in sostituzione della dicitura "cause")

- associazione rischi – attività
- associazione misure di trattamento – attività
- processi – attività

Gli eventi rischiosi sono individuati in riferimento ad ogni singola attività e sono indicati nella Sezione "Eventi rischiosi potenziali associati" del "Registro delle attività mappate ai fini di Anticorruzione", allegato al presente documento. I rischi individuati complessivamente in Azienda sono 84. Con riferimento ad ogni singolo evento rischioso, per la corretta definizione del livello di esposizione al rischio, in adempimento alle prescrizioni contenute nell'Allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021, si è adottato l'approccio qualitativo, individuando inizialmente 4 indicatori di rischio – c.d. "key risk indicators" – in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio della singola attività. Successivamente al confronto con i Dirigenti e i Referenti, relativamente alle specifiche attività oggetto di monitoraggio, sono stati introdotti tutti i key risk indicators indicati nell'Allegato 1 del PNA 2019-2021 (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto del PNA 2019-2021, Allegato 1, pagg. 33 e ss. e al contenuto del PTPCT di AOUP 2022-2024, pagg. 25 e ss.).

Come sopra riferito, nel corso degli anni 2021-2022 si è operato un lavoro di ripensamento complessivo del sistema adottato in Azienda, adottando il sistema qualitativo di valutazione del rischio che è attualmente in corso di verifica e definizione. In tale contesto, nell'anno 2023 continuerà l'attività di sviluppo, con specifico riferimento al censimento delle misure di trattamento del rischio già attuate in Azienda, al fine di ottenere un significativo miglioramento nella gestione di tutte le attività connesse all'Anticorruzione. In particolare, si verificherà l'applicazione in Azienda delle misure di mitigazione del rischio in materia di contratti pubblici, secondo le indicazioni contenute nella Sezione speciale "Il PNRR e i contratti pubblici" del PNA 2022.

Trattamento del rischio: le misure generali

A seguito dell'emanazione della L.190/2012 e dell'adozione dei Piani della prevenzione della corruzione triennali, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha attivato ogni utile modalità di raccordo delle pianificazioni aziendali, attività che ha ricevuto un decisivo impulso nella previsione legislativa con la quale si è introdotto il PIAO. Tra gli strumenti generali che concorrono al trattamento del rischio vi è il sistema di controllo interno curato dal Servizio di Audit dell'Azienda Ospedale-Università Padova (DDG 1612 del 29.12.2014) in attuazione della delibera della Giunta Regionale n. 501 del 19/04/2013. Il governo del rischio amministrativo-contabile quale strumento di contenimento del rischio amministrativo-contabile, viene, di fatto, inseriti a tutti gli effetti, nel processo di programmazione e controllo aziendale. Vi è poi il documento di indirizzo per la formazione: piano della formazione aziendale annuale (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto della Sottosezione 3.3 – Formazione del PIAO).

Codice di Comportamento Aziendale. Con il D.P.R. n.62 del 16 aprile 2013 è stato approvato il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. lgs.n.165 del 30 marzo 2001, che all'art. 1 comma 2 stabilisce "*Le previsioni del presente Codice sono integrate e specificate dai Codici di Comportamento adottati dalle singole amministrazioni, ai sensi dell'art. 54, comma 5, del citato D.lgs. n.165/2001*". Con DDG 210 del 27.02.2014 è stato quindi approvato il Codice di Comportamento Aziendale. Successivamente il nuovo Codice di comportamento aziendale è stato approvato nella versione definitiva con delibera del Direttore Generale n. 1934 del 28.10.2021, sulla base delle linee guida ANAC, approvate con delibera n. 177/2020. Nel corso dell'anno 2023 si procederà alla modifica del Codice comportamento aziendale, in adempimento alle disposizioni della Legge n. 79 del 29 giugno 2022, di conversione del Decreto Legge 36 del 2022 (cd. Decreto PNRR 2) e alle modifiche previste nel decreto approvato dal Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2022. Tra le novità introdotte vi saranno il divieto di discriminazioni basate sulle condizioni personali, i criteri di misurazione della performance e la responsabilità dei dirigenti per la crescita dei propri collaboratori, l'adozione di comportamenti green rispettosi dell'ambiente e norme più severe sull'utilizzo dei social media da parte dei dipendenti PA.

La rotazione del personale. Altro strumento di trattamento è costituito dalla rotazione del personale. A tal proposito, si debbono innanzitutto distinguere i concetti di rotazione ordinaria e straordinaria. La rotazione c.d. ordinaria del personale costituisce uno dei principi cardine introdotti dalla Legge n.190/2012 con l'obiettivo di limitare il consolidarsi di rapporti che possano configurare o alimentare dinamiche di "*mala gestio*", evitando che il dipendente pubblico possa instaurare rapporti privilegiati in contrasto con l'interesse pubblico, conseguenti alla permanenza nel tempo nel medesimo ruolo o funzione. Tale misura deve essere vista, innanzitutto, come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane e non come strumento da assumere in via emergenziale o con valenza punitiva. La rotazione straordinaria rappresenta una misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista dall'art.16, comma 1, lett. l-quater) del d.lgs. n.165/2001. Tale norma dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedono 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". ANAC, con l'obiettivo di far fronte all'incertezza normativa relativa alla definizione del concetto di "condotte di natura corruttiva" e alla determinazione precisa del momento del procedimento penale in cui debba essere effettuata dall'amministrazione la valutazione della condotta assunta dal dipendente, è da ultimo intervenuta con delibera n.215 del 26 marzo 2019 recante "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art.16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n.165/2001".

Con specifico riferimento all'Azienda, mediante i Piani triennali anticorruzione aziendali adottati nel 2017, 2018 e 2019 in costanza di nuovi cambiamenti organizzativi dovuti alla costituzione dell'Azienda Zero e all'aggregazione delle Aziende ULSS del Veneto, si era preventivata l'attivazione di un tavolo per procedere alla definizione di criteri di rotazione dei Dirigenti e del personale addetto, laddove considerato possibile. La riorganizzazione della sanità regionale già con il 2017, ma in modo più preciso nel 2018, ha coinvolto a pieno titolo anche l'Azienda Ospedaliera e ha portato l'Amministrazione ad una scelta di continuità, al fine di mantenere coerenza con gli indirizzi programmatici, di salvaguardare la continuità della gestione amministrativa/tecnica/professionale, anche attraverso le specificità professionali acquisite dai Dirigenti e dal personale addetto ai settori operativi, oggetto di riorganizzazioni continue e di mantenere gli standard di erogazione dei servizi richiesti.

La riorganizzazione definita dall'Atto Aziendale, adottato inizialmente con deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 16.05.2019, ha previsto in particolare la revisione dei processi e dell'attività dell'area tecnico-professionale-amministrativa, la razionalizzazione del numero delle strutture per effetto dell'accorpamento delle funzioni, con conseguente aggiornamento della dotazione degli incarichi dirigenziali e della relativa retribuzione.

In tale contesto di profondi mutamenti organizzativi, sulla base dell'Atto aziendale che costituisce la cornice di riferimento per l'adozione dei regolamenti interni aziendali che definiscono, sul piano organizzativo e gestionale, le regole di funzionamento e le responsabilità in conformità ai principi nazionali e regionali, con deliberazione n. 939 del 9 agosto 2019, è stato recepito il nuovo "regolamento sull'affidamento, conferma e revoca degli incarichi dirigenziali e per la disciplina ed il funzionamento del Collegio Tecnico relativi all'Area della Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa". Il nuovo regolamento ha stabilito, all'art. 8, relativamente agli incarichi di UOC e UOS/UOSD, che il conferimento avvenga tramite indicazione di apposita procedura selettiva con valutazione comparata dei curricula dei candidati, al fine di garantire oggettività ed imparzialità nella scelta degli affidatari, nonché attraverso avviso di selezione interna.

Pertanto, nel 2019 sono stati indetti avvisi di selezioni interne per il conferimento di n. 7 incarichi, di durata quinquennale, di Direttore UOC - area della Dirigenza Tecnica, Professionale e Amministrativa, delle UU.OO.CC. individuate dall'Atto Aziendale di cui alla deliberazione n. 539 del 16.05.2019.

Nell'ambito della riorganizzazione definita dall'Atto Aziendale, adottato con la citata deliberazione del Direttore Generale n. 539/2019, è stata individuata la U.O.C. Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero, struttura inizialmente posta in staff alla Direzione Generale e

che ora afferisce alla Direzione Amministrativa, alla cui Direzione nel corso dell'anno 2020 è stato nominato l'Ing. Mirco Giusti.

Con delibera del Direttore Generale n. 1 del 07.01.2022 "Atto Aziendale dell'Azienda Ospedale-Università Padova: recepimento del Decreto n. 144 del 23 dicembre 2021 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale di approvazione ed adozione in via definitiva", si sono confermate le strutture sopra riportate e si sono apportate modifiche all'Atto Aziendale, al fine di rendere il documento coerente con la programmazione regionale, approvando le riorganizzazioni intervenute e disciplinando anche gli ambiti di competenza di le Unità Operative Semplici (UOS).

In merito all'effettiva rotazione dei dirigenti negli ambiti in cui è più elevato il rischio corruttivo, si evidenzia come, nel corso dell'anno 2022 è stato conferito l'incarico di Direttore della UOC Provveditorato, Economato e Gestione Logistica alla Dott.ssa Maria Elena Serafin, mentre rimane da conferire l'incarico di Direttore della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università, il cui incarico è stato assunto ad interim dal Direttore Amministrativo dalla seconda metà dell'anno 2021. Si evidenzia inoltre che nel corso del 2022 al l'Ing. Alessio Gasparetto è stato nominato, previa selezione, di Responsabile UOS Sistemi Informativi ed è stato conferito l'incarico di Responsabile ad interim UOS Ufficio Legale alla sopraccitata Avv. Maria Grazia Calì.

Atteso ciò, in termini generali è opportuno rilevare come la rotazione del personale, sebbene misura di prevenzione della corruzione imprescindibile, vada comunque attuata in modo non confliggente con l'ottimale funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Ente e correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico, in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione (Per un approfondimento, si vedano le considerazioni in merito dell'ANAC, riportate nell'Allegato 2 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021, pagg. 4 e ss.). La rotazione dei dirigenti sanitari titolari si Strutturain Azienda è pertanto difficile, se non impossibile, in quanto figure c.d."infungibili" il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi. Vi è da considerare inoltre lo stretto rapporto di collaborazione scientifica che lega l'Azienda e l'Università degli Studi di Padova e che si esplicita anche della designazione condivisa di alcune figure apicali all'interno dell'Azienda stessa (Per un approfondimento, si veda l'Atto Aziendale da ultimo approvato con delibera n. 1 del 7.1.2022, Titolo IV - L'organizzazione dell'Azienda, pp. 26 e ss.).

Con specifico riferimento alle strutture amministrative aziendali, come già riferito, si sta procedendo al completamento della riorganizzazione e si ritiene opportuno quindi adottare specifiche misure di rotazione solo al completamento di tale attività.

Vi è da sottolineare comunque che in Azienda si sono adottate misure di compartecipazione ai procedimenti, con specifiche responsabilità in capo ai collaboratori del Direttore di Struttura, ai quali vengono conferiti gli "incarichi di funzione" e che solitamente assumono il ruolo di "Responsabile di procedimento", dando così piena attuazione al principio per cui la responsabilità del procedimento è assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale (Per un approfondimento, si veda in merito quanto suggerito dall'ANAC, Allegato 2 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021, pag. 6). Gli incarichi di funzione sono previsti nel CCNL relativo al personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 21.05.2018, che all'art. 14 e seguenti ha introdotto la disciplina relativa a tali incarichi, conferibili al personale del comparto, nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale, per lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse, rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza. Al fine di dare applicazione alle citate disposizioni del CCNL, con delibera del direttore Generale n. 1661 del 27.11.2020 si è recepito il Regolamento "Incarichi di funzione" e si è proceduto alla revisione dell'area assistenziale e alla revisione di tutti gli incarichi di posizione organizzativa dell'Area Tecnico-Amministrativa. Gli incarichi sono stati conferiti nel corso dell'anno 2021 per quanto riguarda il Ruolo Sanitario, mentre nell'anno 2022 si sono completati i conferimenti di incarichi dell'Area Tecnico-Amministrativa. Alla luce del recente CCNL, sottoscritto in data 2 novembre 2022, tale organizzazione aziendale degli

incarichi verrà revisionata in attuazione alle nuove disposizioni che prevedono un nuovo sistema degli incarichi a decorrere dal 01/01/2023. Pertanto, l'Amministrazione si confronterà con le organizzazioni sindacali di categoria per l'individuazione dei criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi, nonché dei criteri per la graduazione degli stessi secondo le risorse economiche disponibili. Con specifico riferimento alle misure generali di trattamento del rischio adottate in Azienda, si sono quindi indicate nel "Registro delle attività mappate ai fini di Anticorruzione" la "Segregazione dei compiti" e la "Rotazione dei funzionari", quest'ultima indicata come parzialmente adottata in quanto vi è stata una generale revisione e riassegnazione dei ruoli - c.d. "Incarichi di funzione" - in capo ai collaboratori dei Direttori di Struttura, come sopra descritta, ma non si è attuato un piano di rotazione dei Direttori stessi.

Adozione Protocollo di legalità. Il PNA 2015, le cui priorità sono state riconfermate nel Piano Nazionale 2019, contempla, tra gli interventi/misure di prevenzione della corruzione nell'ambito dei rapporti tra aziende sanitarie e aziende fornitrici di beni, servizi e lavori la previsione "in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati, di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità". Il Protocollo di legalità rappresenta, quindi, un sistema di vincoli, la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante o dal soggetto pubblico che attiva una collaborazione/contratto con soggetti privati, un presupposto necessario e condizionante.

La Regione Veneto attraverso accordi con gli Uffici territoriali del Governo ha stipulato il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture; Protocollo che ha costituito una linea di condotta anche per l'Azienda Ospedale-Università Padova che, nei propri atti di gara, ha inserito le clausole risolutive del contratto indicate dal Protocollo della Regione.

A seguito della scadenza del Protocollo regionale, adottato nel 2015, con propria Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019 la Giunta regionale ha approvato un nuovo schema di Protocollo di Legalità tra Regione Veneto, "anche in rappresentanza delle AULSS del Veneto", con gli Uffici territoriali del Governo del Veneto, ANCI e UPI che mantiene i contenuti del precedente ed aggiunge elementi di novità derivanti, ma non solo, dall'adozione del nuovo codice dei contratti, D.Lgs. 50/2016, dall'aggiornamento delle modalità di acquisizione della certificazione antimafia con l'entrata a regime da gennaio 2016 della BDNA (banca dati nazionale antimafia). Con atto deliberativo n. 1164 del 30.09.2019 avente ad oggetto "Adozione del protocollo di legalità" l'Azienda Ospedale-Università Padova si è dotata di tale strumento utile ad incrementare la sicurezza degli appalti, la trasparenza delle relative procedure, con l'impegno ad agire secondo le regole del Codice di comportamento nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture nonché per uniformare i comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, con l'impegno ad agire secondo le regole del Codice di comportamento ed inoltre per garantire la leale concorrenza a tutti i partecipanti alle gare in fase concorsuale e assicurare una corretta e trasparente esecuzione del contratto. A seguito della scadenza in data 16.09.2022 del citato Protocollo di legalità, con nota prot. n. 67386 del 14.10.2022, la Direzione dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto ha fornito a questa Azienda e a tutti gli altri Enti facenti parte del servizio sanitario regionale alcune istruzioni operative, delle quali questa Azienda ha preso atto con atto deliberativo n. 2260 del 26.10.2022.

Pantouflage. Con il termine pantouflage si intende indicare l'insieme delle limitazioni della libertà negoziale del dipendente per il periodo successivo alla cessazione del rapporto lavoro. L'art. 53, comma 16-ter D.Lgs. n. 165/2001 stabilisce che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di

restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti". La norma, introdotta dalla L. 190/2012, è volta a contrastare eventuali fenomeni corruttivi dei dipendenti pubblici titolari di poteri autoritari o negoziali i quali – nell'approssimarsi della scadenza del rapporto di lavoro con l'ente pubblico – potrebbero essere tentati di sfruttare la propria posizione ed il proprio potere all'interno dell'amministrazione al fine di favorire alcuni soggetti privati assoggettati alla vigilanza o comunque destinatari di attività amministrativa da parte dell'ente pubblico di appartenenza, così da precostituirsi posizioni lavorative di prestigio presso le stesse aziende private. Con specifico riferimento al contesto aziendale, nel corso dell'anno 2021, si sono implementate azioni dirette a disciplinare e dare attuazione alle prescrizioni contenute nell'art. 53, c. 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001, in particolare introducendo una specifica clausola nei contratti di assunzione e di incarico dirigenziale del personale dirigente. Nel corso dell'anno 2022 si è predisposta una dichiarazione che viene consegnata ai dipendenti che cessano il servizio, per essere riconsegnata sottoscritta. In particolare, la dichiarazione viene richiesta al personale dirigente o titolare di incarico di funzione o posizione organizzativa. In adempimento alle specifiche disposizioni contenute nel PNA 2022, nel corso del corrente anno si procederà all'inserimento di una apposita clausola negli atti di assunzione del personale non dirigenziale appartenente all'area dei professionisti della salute e dei funzionari e dell'eventuale area dell'elevata qualificazione e si programmeranno inoltre adeguate attività di controllo.

Whistleblowing. L'articolo 54 bis del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165, introdotto dalla Legge Anticorruzione n.190/2012 successivamente modificato dalla Legge n.179/2017, detta le "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". Si tratta di una norma finalizzata a tutelare il dipendente pubblico che segnala condotte illecite all'interno dell'ambiente di lavoro e a favorire così l'emersione di fattispecie di illecito. Tale strumento è noto nei paesi anglosassoni come whistleblowing.

In particolare, il comma 5 dispone che, in base alle linee guida di ANAC, le procedure per il whistleblowing debbano avere caratteristiche precise. In particolare "prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione". L'Azienda Ospedale-Università Padova, ritenendo importante dotarsi di uno strumento sicuro per le segnalazioni, ha aderito al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi richiamati. La piattaforma si basa sul software open source Globaleaks che rende impossibile rintracciare l'origine della segnalazione. Elemento importante è l'assegnazione di un codice alfanumerico che permette al segnalante di verificare successivamente lo stato di avanzamento della segnalazione, di dialogare, di scambiare messaggi o trasmettere eventuali informazioni aggiuntive in maniera totalmente anonima, con il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, attraverso il sito aziendale, provvederà ad effettuare adeguata attività di sensibilizzazione e comunicazione sull'importanza dello strumento della segnalazione nei confronti dei dipendenti, provvederà, altresì, a informare sui diritti e obblighi dei segnalanti in caso di divulgazione di azioni illecite, ivi compresa la possibilità di rivolgersi direttamente anche ad ANAC beneficiando delle misure organizzative dalla stessa adottate in materia.

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono le seguenti:

- la segnalazione viene formulata da qualsiasi dispositivo digitale, pc, tablet o smartphone, attraverso la compilazione di un questionario sul portale aziendale e può essere inviata anche in forma anonima (se anonima, sarà presa in carico solo se adeguatamente circostanziata);
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) e da questi gestita mantenendo il dovere di riservatezza nei confronti dell'identità del segnalante;

- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta dell'RPCT e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti.

In applicazione della legge 179/2017 "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", provvedimento che tutela i cosiddetti "whistleblower", il dipendente che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la riservatezza dell'identità, non potrà essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito.

Formazione. La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'Azienda ed è prevista una specifica formazione in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, secondo quanto previsto dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190 riguarda la pianificazione di adeguati percorsi formativi. Su questo tema, si rimanda alla lettura del successivo Paragrafo "3.3 - Piano Triennale dei fabbisogni di personale – La formazione del personale"

Le misure generali di trattamento del rischio sono individuate in riferimento ad ogni singola attività e sono indicate nella Sezione "Misure di trattamento – Misure generali" del "Registro delle attività mappate ai fini di Anticorruzione", allegato al presente documento. Come sopra riferito è in corso di verifica l'intero sistema ed in particolare, per alcune attività che sono state oggetto di specifico monitoraggio, si è provveduto a effettuare il censimento delle misure di trattamento del rischio già operanti in Azienda. Tale censimento sarà esteso progressivamente a tutte le attività mappate.

Trattamento del rischio: previsione delle misure specifiche

Libera professione. Con deliberazione n. 316 del 9 marzo 2018, questa Azienda ha approvato il nuovo Regolamento per lo svolgimento dell'attività libero professionale, recependo nella sua previgente disciplina le linee guida regionali in materia di attività a pagamento, ex art. 58, commi 7,9 e 10 del CCNL 8 giugno 2000 dell'area della dirigenza medica e sanitaria, di cui alla DGRV n. 1314 del 16 agosto 2016.

L'anno 2018 ha visto questa Azienda fortemente impegnata in una complessa attività di revisione dei processi in materia di attività libero professionale, in adempimento della normativa e della contrattazione nazionale, ma anche delle norme dettate dal legislatore regionale. La rigorosa applicazione di quest'ultima disciplina, non sempre in armonia con quella nazionale, pur attuate a seguito di specifiche indicazioni della Direzione Generale, ha permesso un proficuo confronto con la dirigenza medica e con le relative rappresentanze sindacali, ma anche con il mondo accademico, e con la stessa Regione del Veneto. Detto confronto si è svolto, in particolare su alcuni principi, quali il rispetto dei tempi d'attesa quale "conditio sine qua non" per poter esercitare l'attività libero professionale e l'obbligo di garantire pari volumi di attività ambulatoriale tra libera professione ed istituzionale a livello di Unità Operativa (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto del Regolamento aziendale in materia di libera professione, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 744 del 28.06.2019).

Piano dei controlli interno – liste d'attesa. Con D.G.R.V. n. 2022 del 28.12.2018, "Aggiornamento dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto", la Regione, alla luce di quanto disposto con D.G.R.V. n. 733 del 29.05.2017 che ha attribuito ad Azienda Zero le funzioni afferenti al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza e le liste di attesa e la sicurezza del paziente, ha rivisitato il sistema dei controlli sanitari, fermo restando la funzione di programmazione regionale in materia. L'Azienda, con delibere n. 825 del 19.07.2019, n. 1162 del 28.06.2021 e n. 300 del 18.02.2022 ha rinnovato la composizione del Nucleo Aziendale per i Controlli (NAC), prevedendo al suo interno la presenza di personale medico, infermieristico e amministrativo. Secondo la disciplina prevista, il NAC elabora il "Piano annuale dei controlli interni" che deve essere presentato, entro il mese di marzo di ogni anno di riferimento, al Direttore Sanitario che ne curerà la successiva adozione e trasmissione al Nucleo Regionale di Controllo e all'U.O.C. Ispezioni Sanitarie e Socio-Sanitarie di Azienda

Zero. Il Piano comprende tutte le categorie di controllo definite dal provvedimento regionale 2022/2018, ma anche altre specifiche tipologie che siano risultate critiche a livello locale, che debbono essere adeguatamente esplicitate e motivate. All'interno del piano sono indicate le attività di prevenzione in capo ai responsabili del Registro "Unico" dei ricoveri ospedalieri e registro "Unico delle liste operatorie", oltre al verbale dei controlli interni con relazione dei Responsabili delle Liste di attesa, affinché sia evidente la verifica annuale del buon funzionamento dei processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni in ottemperanza alla vigente normativa.

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero. Con Determina n. 12 del 28.10.2015, l'ANAC ha aggiornato il Piano Nazionale Anticorruzione, offrendo un supporto operativo che consenta alle pubbliche amministrazioni e agli altri soggetti tenuti all'introduzione di misure di prevenzione della corruzione, di apportare eventuali correzioni volte a migliorare l'efficacia complessiva del impianto a livello sistemico. La citata determina fornisce inoltre degli approfondimenti per alcune aree specifiche ritenute ad alto rischio, tra le quali al punto 2.2.4 vengono prese in esame le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica che possono coinvolgere anche gli operatori sanitari connesse alla commistione di molteplici interessi che finiscono fatalmente per concentrarsi su questo particolare ambito.

Al fine di regolare le attività relative ai decessi intraospedalieri l'Azienda Ospedale-Università di Padova si è dotata di apposito regolamento, approvato con delibera n. 62 del 25.01.2017. Secondo quanto previsto da tale documento, il personale dell'Azienda ha il divieto assoluto di fornire informazioni ai familiari dei defunti in merito alla scelta dell'impresa di onoranze funebri ed è inoltre fatto assoluto divieto di comunicare alle stesse imprese il nome dei deceduti giacenti presso i locali aziendali. Di contro, è fatto divieto assoluto alle imprese di onoranze funebri di pubblicizzare e promuovere propri servizi e l'accesso dei dipendenti delle stesse imprese in nelle aree riservate all'interno deve essere specificatamente autorizzato, previa identificazione degli operatori incaricati (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto della delibera n. 62 del 25.01.2017 "Approvazione Regolamento dei rapporti con le Imprese di Onoranze Funebri").

Definizione regole per Medical Device (MD) e concessione apparecchiature all'Azienda per l'esecuzione di studi clinici - Revisione regolamentazione attività di ricerca clinica. Nel corso degli anni l'UOSD Progetti e Ricerca Clinica ha continuato a tracciare e regolamentare - in accordo con le UOC/UOS aziendali competenti - l'ingresso presso i Centri sperimentali di apparecchiature in comodato d'uso necessarie per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche presentate da promotori commerciali e non commerciali, nonché a verificare - nell'ipotesi di indagini cliniche di dispositivi profit post marketing - le modalità di ingresso dei dispositivi in Azienda Ospedale e la compatibilità/congruenza rispetto alle richieste presentate dai promotori (in particolare, con riferimento alla numerosità attesa di pazienti presso il Centro sperimentale dell'Azienda Ospedale).

Nel corso dell'anno 2023 verrà ultimata la revisione del modulo comodati per la concessione in comodato d'uso gratuito di attrezzature e tecnologia, in collaborazione con le strutture di Ingegneria Clinica e Sistemi Informativi. La revisione è condotta con particolare attenzione ai profili anticorruzione e di protezione dei dati personali, di cui al Reg. UE 679/2016 e alla normativa correlata, nonché alla DGR Veneto n. 1633 del 19/12/2022.

Con delibera del Direttore Generale n. 1401 del 26.07.2021, successivamente integrata dalla delibera n.1883 del 21.10.2021, si è completata la fase di approvazione del nuovo prototipo aziendale di convenzione con promotore commerciale, in seguito al recepimento della Regione Veneto dello schema di contratto per la conduzione della sperimentazione clinica profit sui medicinali, predisposto dal Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici di AIFA. Il modello è stato integrato con i necessari riferimenti centro-specifici e con le previsioni già

condivise con il RPD aziendale, in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679 in materia di trattamento dei dati personali e utilizzato a decorrere dal 1 agosto 2021.

Nel corso del 2023 si procederà alla approvazione dei nuovi schemi di contratto e relativi allegati per gli studi clinici, sulla base dei nuovi templates pubblicati dal Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici con circolare n. 5 del 10/11/2022.

Regolamento Affidamento Servizi legali. In ordine alle procedure di conferimento degli incarichi a legali con delibera n. 426 del 15.04.2019 sono stati elaborati due regolamenti: a) il regolamento per il conferimento di incarichi a legali esterni; b) il regolamento per il patrocinio legale dei dipendenti. Il primo stabilisce che la rappresentanza in giudizio dell'Ente è, in via prioritaria, affidata all'Avvocatura dell'Ente. Nell'ambito di tale attività di rappresentanza e difesa in giudizio dell'Azienda possono verificarsi casi in cui risulta opportuno e conveniente affidare il patrocinio a legali esterni, pertanto, nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale e dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e pubblicità, si stabiliscono le modalità per il conferimento da parte dell'Azienda di incarichi di patrocinio legale a professionisti esterni, nonché le condizioni giuridiche ed economiche. Il secondo regolamento disciplina le condizioni e la procedura di ammissione al patrocinio legale con oneri a carico dell'Ente, ai sensi delle vigenti disposizioni dei CC.CC.NN.L., in favore dei dipendenti dell'Azienda Ospedale-Università Padova, sia dirigenti che di comparto, coinvolti in procedimenti di responsabilità civile, penale o contabile - amministrativa per fatti o atti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio. (Per un approfondimento, si rimanda al contenuto della delibera n. 426 del 15.04.2019 "Formazione di un elenco di avvocati esterni per la concessione del patrocinio ai dipendenti e gli incarichi di difesa da affidare a legali esterni"). Con delibera del Direttore Generale n. 2643 del 19.12.2022 è stato pubblicato l'elenco aggiornato degli avvocati esterni cui affidare eventuali incarichi di difesa.

Adozione del Protocollo di azione di vigilanza collaborativa tra ANAC e Azienda Ospedale - Università Padova. In data 22/04/2020 è stato sottoscritto tra Regione del Veneto, Comune di Padova, Provincia di Padova, Università degli Studi di Padova e Azienda Ospedale Università Padova l'Accordo di Programma per la realizzazione del "Nuovo Polo della Salute - Ospedale Policlinico di Padova", ai sensi dell'art. 32 della L.R. 29/11/2001, n.35. L'Atto aziendale dell'Azienda ha previsto l'attivazione della Unità Operativa Complessa Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero, struttura incaricata della realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova, a supporto della Direzione strategica nello sviluppo e nel completamento dell'opera. In particolare, ad essa è affidata la mission della pianificazione e controllo del progetto, che prevede la realizzazione con modalità diverse di due presidi ospedalieri - il Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est - San Lazzaro e l'Ospedale "Giustiniani", sede quest'ultima che sorgerà in corrispondenza dell'attuale sito ospedaliero, come sopra riferito. La struttura è composta da un team multidisciplinare stabile e dedicato, che si occupa della realizzazione delle opere in tutte le fasi, dall'inizio fino alla loro entrata in funzione. All'interno della struttura viene svolta anche la funzione di RUP, nel rispetto delle norme del Codice dei Contratti.

Con riferimento alla realizzazione del Nuovo Polo della Salute - Ospedale Policlinico di Padova - che risulterà un Presidio Ospedaliero HUB a carattere Nazionale e Regionale - nel corso dell'anno 2021, previa approvazione con atto deliberativo n. 485 del 26 marzo 2021, l'Azienda ha sottoscritto con Anac un Protocollo di azione di vigilanza collaborativa in data 31/03/2021. In particolare, il Protocollo ha ad oggetto la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero, ritenuto di pubblico interesse, ai sensi del D.lgs. 50/2016, il cui investimento prevede un quadro economico di spesa stimato in € 481.692.600,00 e l'attività di vigilanza riguarda le procedure per l'affidamento dei relativi servizi di ingegneria e architettura e le relative procedure di gara finalizzate alla realizzazione dei lavori. Nel corso dell'anno 2022, l'Azienda ha collaborato con Anac nella predisposizione degli atti e nell'attività di gestione delle procedure di gara, attivando il procedimento di verifica degli atti secondo quanto previsto dallo stesso Protocollo. Tale azione congiunta dei due Enti permette il rafforzamento della correttezza e

della trasparenza delle procedure di affidamento poste in essere, riducendo nel contempo il rischio di contenzioso in corso di esecuzione ed assicurando efficacia dissuasiva verso condotte corruttive.

Con atto deliberativo n. 970 del 27 maggio 2021, è stato approvato e successivamente sottoscritto l'atto integrativo del Protocollo di azione di vigilanza collaborativa, che ne estende l'applicazione all'appalto di lavori per la realizzazione del nuovo edificio di Pediatria, intervento riguardante il nuovo Ospedale "Giustiniani", che prevede una spesa stimata in complessivi € 61.135.000,00.

Le misure specifiche di trattamento del rischio sono individuate in riferimento ad ogni singola attività e sono indicati nella Sezione "Misure di trattamento - Misure specifiche" del "Registro delle attività mappate ai fini di Anticorruzione", allegato al presente documento. Come sopra riferito è in corso di verifica l'intero sistema ed in particolare, per alcune attività che sono state oggetto di specifico monitoraggio, si è provveduto a effettuare il censimento delle misure di trattamento del rischio già operanti in Azienda. Tale censimento sarà esteso progressivamente a tutte le attività mappate.

2.3.3 - Trasparenza

Il concetto di trasparenza ha registrato nell'ordinamento nazionale un ampliamento progressivo, frutto di successivi interventi normativi. L'art.1 comma 1 del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, ha esteso i confini della trasparenza che oggi è intesa come *«accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche»*.

La trasparenza acquisisce così, negli intenti del legislatore, un ruolo di primo piano nell'attuazione del principio democratico in quanto concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

Stretta poi è l'interrelazione della trasparenza con la prevenzione del rischio corruttivo.

Rendendo accessibili ai cittadini informazioni rilevanti riguardanti in particolare il conferimento di incarichi e l'utilizzo del danaro pubblico, la trasparenza ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione nella Pubblica Amministrazione; tanto che, una delle principali novità introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, è stata la piena integrazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza (PTPCT), ora costituente la sezione relativa del PIAO.

L'Azienda Ospedale-Università Padova, nel rispetto della normativa vigente e delle linee guida Anac, ha dato attuazione al principio della trasparenza amministrativa attraverso la più ampia diffusione di informazioni concernenti la sua organizzazione e attività.

Tutti gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza sono assolti attraverso la apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale <http://www.aopd.veneto.it>

Modalità organizzative per assicurare gli adempimenti

L'attuazione di quanto previsto nella sottosezione relativa alla trasparenza del PIAO è basata sull'apporto dei Responsabili delle Strutture competenti per materia, individuati nell'**Allegato 2.1 al presente Piano "Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabili degli obblighi"**, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del dato e pubblicarlo nella sezione apposita.

Per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi il Referente per la Trasparenza e il RPCT attivano incontri periodici volti a verificare le più opportune misure organizzative adatte allo scopo. Un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti

interni all'Amministrazione che da parte di soggetti esterni, segnatamente dell'OIV, è necessaria per assicurare che l'attuazione del Piano – sottosezione trasparenza - sia corretta e duratura.

Il RPCT effettua il monitoraggio interno delle attività del PTPCT rispettando le scadenze indicate nelle linee guide, di norma ogni tre mesi. Tale monitoraggio riguarda il processo di attuazione del Piano – sottosezione trasparenza - sia corretta e duratura attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti, con particolare riguardo alla necessità che i Servizi aziendali mantengano il materiale pubblicato sul sito web aziendale in costante aggiornamento.

Le misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono quelle già individuate e adottate negli anni precedenti e in particolare:

- definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati che deve rispondere a precisi criteri di qualità delle informazioni pubblicate, ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità
- utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni. Le tabelle aumentano, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili
- semplificazione, per le sezioni per le quali non sono richiesti adempimenti con cadenza annuale, e/o con struttura tabellare, la cui pubblicazione continua ad essere manuale, del processo di pubblicazione, mediante flussi automatici di pubblicazione, attraverso l'utilizzo del software già in uso per la procedura delibere;
- apposizione, come regola generale, della data di aggiornamento del dato, documento od informazione. La data va esposta in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione Trasparente", con l'avvertenza di distinguere la data di aggiornamento da quella di prima pubblicazione. La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati. Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico
- pubblicazione, in una logica di piena apertura verso l'esterno, di "dati ulteriori" oltre a quelli espressamente indicati e richiesti da specifiche norme, come previsto dalla legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del medesimo d.lgs. 33/2013 laddove stabilisce che «le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento». I dati ulteriori sono pubblicati nella sotto-sezione di 1° livello "Altri contenuti" sotto-sezione di 2° livello "Dati ulteriori", laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione "Amministrazione trasparente
- azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati.
- coordinamento delle pubblicazioni inserite nella sezione Amministrazione Trasparente con quelle di altre sezioni.

Le attività di controllo da parte di soggetti esterni sono di competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione che, ai sensi dell'art. 44 del n. 33/2013, verifica:

- la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione anticorruzione e trasparenza e quelli della Performance;
- l'adeguatezza dei relativi indicatori.

I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle Performance, nonché l'Organismo Indipendente di Valutazione, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzative sia individuali del Responsabile e dei Dirigenti dei singoli Servizi.

A tal fine si evidenzia che la Direzione Generale ha previsto che le risultanze dei monitoraggi siano elemento di verifica per il corretto conseguimento dello specifico obiettivo di budget assegnato alle Strutture interessate, così come individuate **nell'Allegato 2.1 al presente Piano "Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabili degli obblighi"**.

Obblighi di pubblicazione e responsabilità

Lo strumento guida per assicurare il rispetto degli obblighi è **l'Allegato 2.1 "Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabili degli obblighi"**, recante indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 e dalla Linee Guida ANAC – delibera 1310 /2016 e dal PNA 2022, riportante l'indicazione dei nominativi, intesi nella loro funzione (Direttore pro-tempore del), dei responsabili degli Uffici e dei Servizi dell'Azienda Ospedale-Università Padova, responsabili dei dati e delle informazioni, nonché della loro pubblicazione nelle sezioni apposite i quali hanno la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, anche per quanto attiene al formato dei medesimi in ossequio al dettato normativo, sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni

Il RPCT, nell'ambito specifico della trasparenza, ha il compito di:

- provvedere alle misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- controllare l'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate
- segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e accesso civico generalizzato

Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), nonché al Direttore Generale e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D.Lgs n. 33/2013). La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15 e 46 del D.Lgs. n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art 47 D.Lgs n. 33/2013). Le sanzioni riguardano i soggetti che sono tenuti a contribuire agli adempimenti previsti dal D.Lgs n. 33/2013 e, quindi, non solo il RPCT per le sue attribuzioni specifiche, ma anche i Responsabili che debbono fornire dati per realizzare la pubblicazione. In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la mancata, incompleta o ritardata pubblicazione, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente resosi colpevole della mancanza, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art.15, comma 3, e art. 26, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013).

L'accesso: Tipologie

Con deliberazione n. 1100 del 15/09/2017 il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova ha approvato, anche sulla scorta degli orientamenti applicativi e delle linee guida emanate dall'ANAC con determinazione n. 1309 del 28/12/2016, un Regolamento che disciplina in modo organico e coordinato i profili applicativi delle modalità di esercizio delle tre distinte tipologie di accesso di seguito riportate:

- ✓ accesso ai documenti amministrativi e ai documenti sanitari, ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/90 e s.m.i.;
- ✓ accesso civico semplice o accesso semplice (di seguito denominato accesso semplice) ai sensi dell'art 5, comma 1, del D.Lgs. 33/2013;
- ✓ accesso civico generalizzato o accesso generalizzato (di seguito denominato accesso generalizzato), ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013, cosiddetto FOIA (Freedom of Information Acts), introdotto dalla D.Lgs 97/2016 che ha modificato il D.Lgs 33/2013.

Di tali tipologie di accesso si tratta, sinteticamente, nei paragrafi successivi, rinviando per le misure organizzative necessarie al fine di assicurare l'efficacia di tali istituti al succitato Regolamento allegato alla Deliberazione del Direttore Generale n.1100/2017 pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti.

L'Azienda Ospedale-Università Padova ha attivato sullo stesso sito istituzionale <http://www.aopd.veneto.it> nella sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti, l'indirizzo di posta elettronica accessocivico.aopd@aopd.veneto.it cui inoltrare le richieste di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato. Il sito web <http://www.aopd.veneto.it> rappresenta, infatti, per l'Azienda il principale e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti pertanto sarà il luogo preferenziale della comunicazione tra cittadino e amministrazione.

Accesso documentale: Legge 241/90

L'accesso agli atti, di cui agli articoli 22 e seguenti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale") prevede che il richiedente deve dimostrare di essere titolare di "*un interesse diretto concreto e attuale, corrispondente ad un situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso*".

Tale diritto si caratterizza come strumento di tutela individuale di situazioni soggettive e non come strumento di controllo sociale dell'operato della pubblica amministrazione.

Eventuali segnalazioni in ordine a disfunzioni del procedimento di accesso agli atti, dunque, non devono essere trasmesse all'ANAC, che non ha competenze in materia, ma ai soggetti specificamente indicati nella legge n.241/1990, art. 25. L'accesso documentale deve essere tenuto distinto dall'accesso civico ex D.Lgs 33/2013 (art.5) e dall'accesso generalizzato ex D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016 (art.5, co 2).

Accesso civico ex D.Lgs 33/2013, art. 5

L'accesso civico previsto dal D.Lgs n. 33/2013 va tenuto distinto dal diritto di accesso ai documenti amministrativi disciplinato dalla Legge 241/90 sopra richiamata.

L'istituto dell'accesso civico consente a chiunque il diritto di richiedere, gratuitamente e senza necessità di motivazione, documenti, informazioni o dati di cui le pubbliche amministrazioni hanno omesso la pubblicazione prevista dalla normativa vigente. Per l'esercizio dell'accesso civico la richiesta deve essere presentata al RPCT, in caso di ritardo o di mancata risposta entro 30 giorni, al titolare del potere sostitutivo.

Accesso civico generalizzato ex D.Lgs 33/2013 , come modificato dal D.Lgs 97/2016, art.5, c. 2

Il D.Lgs 33/2013, come modificato dal D.Lgs 97/2016, ha introdotto un'ulteriore tipologia di accesso: il cd. accesso civico generalizzato (Freedom of Information Act - FOIA) delineato nell'art.5, comma 2 e disciplinato dalle Linee Guida dell'ANAC con delibera n. 1309 del 28/12/2016" *Linee Guida recanti indicazioni operative ai fine della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, c. 2 del D.Lgs 33/2013*".

Tale tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex L. 241/1990, ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e a promuovere la partecipazione al dibattito pubblico. Infatti, tale istituto prevede il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis.

Esso prescinde dall'obbligo di pubblicazione dei documenti, in attuazione del principio di trasparenza. Infatti l'art.1, c.1 del decreto, definisce l'accesso generalizzato strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'Azienda, a far data dal 2016, ha istituito, come previsto dalla delibera ANAC n. 1309/2016, il registro delle richieste di accesso presentate all'Azienda (accesso civico e accesso civico generalizzato) che viene aggiornato, con cadenza semestrale. Il registro delle richieste di accesso presentate all'Azienda contiene: l'indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con la delibera sopracitata. Il registro è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, nella sezione Amministrazione trasparente - "altri - contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l'Autorità intende svolgere sull'accesso generalizzato, la pubblicazione del cd. registro degli accessi risulta utile per l'Azienda che in questo modo rende noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività.

Il registro non riporta gli accessi agli atti ai sensi della L. 241/90, poichè la ratio sottesa al suddetto registro, esplicitata dalla stessa Autorità, è quella di realizzare un monitoraggio sulle decisioni delle amministrazioni relative alle richieste di accesso civico e accesso civico generalizzato, non condizionate dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, nonchè allo scopo di rendere noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività. In quest'ottica, pertanto, non possono trovare spazio all'interno del suddetto registro le istanze di accesso documentale ex artt. 22 e ss. della L. 241/90 che subordinano la conoscibilità degli atti detenuti dall'Amministrazione alla sussistenza di una posizione giuridica legittimante, corrispondente ad un interesse diretto, concreto ed attuale collegato al documento di cui si richiede l'accesso. Il carattere soggettivo delle motivazioni poste a supporto di dette istanze costituisce un fattore determinante ai fini del loro accoglimento e, di conseguenza, vanificherebbe quelle esigenze di semplificazione perseguite attraverso la pubblicazione nel registro degli accessi di richieste aventi ad oggetto documenti generalmente conoscibili.

Trasparenza e tutela dei dati personali

La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «*contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato*»

Ritiene la Corte che, se da una parte il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto fondamentale all'intangibilità della sfera privata, attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova sia riferimenti nella Costituzione italiana (artt. 2, 14, 15 Cost.), sia specifica protezione nelle varie norme europee e

convenzionali, dall'altra parte, con eguale rilievo, si incontrano i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost.) a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla. Principi che, nella legislazione interna, si manifestano nella loro declinazione soggettiva, nella forma di un diritto dei cittadini ad accedere ai dati in possesso della pubblica amministrazione, come stabilito dall'art. 1, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013.

Il bilanciamento tra i due diritti è, quindi, necessario, come lo stesso Considerando n. 4 del Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che «Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità.

In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che *«richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi»*.

L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione. Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.). Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'applicazione, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del D.Lgs 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. Occorre evidenziare che l'art. 2-ter del d.lgs. n. 196 del 2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1 sopracitato». Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione. Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto

alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d). Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7-bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione». In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali. Si ricorda inoltre che, ai sensi della normativa europea, il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (cfr. Art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679 Parte IV, § 7. "I rapporti del RPCT con altri organi dell'amministrazione e con ANAC") svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del Regolamento (UE) 2016/679). L'Azienda Ospedale-Università Padova, Titolare del trattamento dei dati, ha nominato il RPD, che svolge i compiti previsti dall'art. 39 del Regolamento (UE), in un contesto organizzativo e procedimentale assai complesso, qual è quello aziendale, dove il trattamento dei dati riguarda un volume consistente di dati, trasmessi anche a paesi extra UE, relativi alla salute ed anche genetici, ma anche effettuati nell'ambito della didattica e della ricerca e degli studi clinici che coinvolge l'Università degli Studi di Padova. Il RPD supporta il Titolare nei molteplici adempimenti imposti dal Regolamento UE 2016/679, fornisce consulenza su assunzioni di decisioni del Titolare del Trattamento che impattano sulla protezione dei dati e gestisce il riscontro agli interessati nei casi di esercizio dei diritti. Il punto di contatto del RPD, pubblicato nel sito web aziendale, è il seguente: rpd.aopd@aopd.veneto.it

Pubblicazione dei dati relativi al personale dirigente

Anac con propria delibera n. 586 del 26 giugno 2019 stabilisce che i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, "che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017". A tali figure dovrebbe essere aggiunto, alla luce dell'organizzazione di questa Azienda, anche il responsabile di struttura semplice dipartimentale. Diversamente, "i dirigenti di strutture semplici non sono assoggettati alla lett. f)", mentre "[r]imangono totalmente esclusi dall'applicazione dell'art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono alcuna delle posizioni indicate all'art. 41, co. 2", come precisato dall'ANAC nella stessa delibera n. 586/2019, al paragrafo 2.4.6 "Dirigenti sanitari". In accordo con l'Organismo Indipendente di Valutazione, questa Azienda ha peraltro deciso di sospendere le pubblicazioni previste dall'art. 14 del d.lgs. 33/2013, dando applicazione in senso strettamente letterale all'art. 41 del d.lgs. n. 33/2013, che per i soggetti sopra menzionati richiede unicamente la pubblicazione dei dati previsti dall'art. 15 del d.lgs. n. 33/2013. L'Azienda ritiene anche per il corrente anno di mantenere fermo questo indirizzo applicativo, riservandosi di provvedere successivamente alla richiesta e pubblicazione di tutti i dati necessari, anche in funzione dell'auspicato riordinamento normativo previsto dal art. 1, comma 7, del Decreto-Legge n. 162/2019 (Per un approfondimento in merito, si invita alla lettura del Paragrafo 9.5 "Pubblicazione dei dati relativi al personale dirigente" del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024).

Attività di monitoraggio 2022

Nel corso del 2022 il RPCT, che ha l'obbligo di monitorare lo stato di attuazione degli adempimenti contenuti nel D.lgs. n. 33 del 14.03.2013, come modificato dal D.lgs. n. 97 del

25.5.2016, e dalle Linee Guida dell'ANAC n. 1310/2016, ha svolto trimestralmente, su tutte le sezioni dell'Amministrazione Trasparente, con il supporto del Referente per la Trasparenza aziendale, l'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza sul sito aziendale Amministrazione Trasparente, da parte dei responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, sollecitando le Unità Operative interessate (vie brevi/mail), anche con l'invio di un report, a verificare quanto indicato e a provvedere, secondo i suggerimenti inseriti, alla puntuale pubblicazione, richiamando alla completezza, alla chiarezza e all'aggiornamento delle informazioni pubblicate, in un'ottica di costante implementazione e adeguamento del sito aziendale "Amministrazione Trasparente". Lo strumento guida, di cui si è avvalso il RPCT, per assicurare il rispetto di tali obblighi, è **stato l'allegato 1 al PTPC 2022-2024** recante indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni con l'indicazione dei nominativi o la funzione dei responsabili degli uffici e dei servizi dell'Azienda Ospedale- Università Padova, responsabili dei documenti, dei dati e delle informazioni, nonché i tempi della loro pubblicazione.

Le risultanze dei monitoraggi effettuati hanno evidenziato che il livello di adempimento, nel 2022, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa di riferimento e dalle linee e guida è stato, in generale, buono presentando solo alcuni ritardi, in particolare da parte dei Responsabili dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione delle sezioni per le quali non sono previsti automatismi, nell'aggiornare e/o implementare manualmente i dati con cadenza annuale e/o con struttura tabellare, secondo quanto previsto dal PTPC 2022-2024, dovute a problemi di tipo organizzativo e ai mutamenti normativi di settore che hanno determinato un rallentamento delle attività di implementazione di tali sezioni dell'Albero della Trasparenza.

L'RPCT, anche per le vie brevi (telefonate, mail etc) ha, comunque, sollecitato, con il supporto del Referente per la Trasparenza aziendale, i Direttori delle Strutture interessate e i loro collaboratori dedicati, la puntuale pubblicazione richiamando loro alla completezza, alla chiarezza e all'aggiornamento dei documenti, dei dati e delle informazioni pubblicate, nel rispetto, altresì, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Si dà atto, comunque, che tali Responsabili hanno dimostrato collaborazione e un atteggiamento reattivo ai richiami da parte dell'RPCT all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, e al rispetto delle indicazioni fornite dallo stesso RPCT, su alcune modifiche e/o integrazioni, emerse in occasioni degli incontri con l'OIV, da apportare ad alcune specifiche sezioni dell'Albero della Trasparenza, anche di tipo formale, per migliorare la coerenza e leggibilità delle informazioni pubblicate.

L'Azienda, anche per il 2022, si è trovata in linea con la Regione del Veneto che, all'interno del "Vademecum obiettivi Direttori Generali 2022" ha inserito anche gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento a:

- 1) Pubblicazione dei dati relativi all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti. Pubblicazione dei criteri per l'assegnazione del trattamento dei premi e degli incentivi, nonché i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità.
- 2) Pubblicazione dei tempi di pagamento dell'amministrazione.

Nel corso dell'anno 2022, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha chiesto di essere informato circa lo stato di attuazione della sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente". La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti dell'OIV il PTPC 2022-2024 le attività di revisione e aggiornamento dell'Albero della Trasparenza.

L'OIV, ha, inoltre, verificato, anche per l'anno 2022, l'assenza di filtri tecnici tali da impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione Amministrazione trasparente

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità, redazione della Relazione annuale sullo stato del medesimo), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.

L'OIV, in data 06/06/2022, ha effettuato, ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e delle delibere ANAC n. 1310/2016 e n. n. 201/2022, presso l'Azienda Ospedale-Università Padova, la verifica sulla pubblicazione, sulla completezza, sull'aggiornamento e sull'apertura del formato di ciascun documento, dato ed informazione elencati nell'Allegato 2.1.A – Griglia di rilevazione al 31 maggio 2022 della delibera n. 201/2022.

Gli esiti e l'attestazione dell'OIV con riguardo all'Azienda Ospedale – Università Padova sono consultabili e scaricabili nella home page aziendale "Amministrazione Trasparente" - *sezione* Controlli e Rilievi sull'Amministrazione - *sottosezione* Attestazioni dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

Programma delle attività 2023 – collegamento con ilCiclo delle Performance

PROGRAMMA DELLE ATTIVITA' anno 2023		
entro il	attività	soggetti
15/01/2023	Relazione sull'attività svolta in tema di prevenzione della corruzione 2022, da pubblicare su sito aziendale	RPCT
31/01/2023	Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO 2023	Direttore Generale, RPCT e Dirigenti
31/01/2023	Pubblicazione su sito istituzionale del PIAO 2023	RPCT
15/02/2023	Comunicazione alle UO del PIAO 2023	RPCT
31/03/2023	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente - 1° monitoraggio	RPCT e Dirigenti
31/05/2023	Richiesta alle UO del fabbisogno formativo su prevenzione corruzione e trasparenza	RPCT
30/06/2023	Incontri con Referenti/Dirigenti per formazione sull'applicativo anticorruzione	RPCT, Referenti e Dirigenti
30/06/2023	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente - 2° monitoraggio	RPCT
30/09/2023	Definizione organizzazione di supporto a	Direttore Generale/Direttore

	RPCT	Amministrativo
30/09/2023	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente - 3° monitoraggio	RPCT
31/12/2023	Verifica a campione di almeno 4 attività, all'interno dei processi mappati per anticorruzione	RPCT e Referenti/Dirigenti
31/12/2023	Attività formative in materia di prevenzione della corruzione trasparenza e codice condotta	RPCT, Referenti, Dirigenti Strutture, Formazione
31/12/2023	Revisione Regolamento Ricerca Clinica e regolamentazione sulle modalità di accesso e gestione fondo "no profit"	Direttore Generale su proposta UOSD Progetti e Ricerca Clinica
31/12/2023	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente - 4° monitoraggio	RPCT

ALLEGATO 2.1 – Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabili degli obblighi

ALLEGATO 2.2 – Elenco delle attività dell'Azienda Ospedale-Università Padova

ALLEGATO 2.3 – Registro delle attività mappate ai fini di Anticorruzione

SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano

3.1 – Struttura Organizzativa

Come già precisato in Sezione 1 la missione dell'AOUP, quale Ospedale *Hub* di eccellenza di rilievo regionale nonché azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e UNIPD, è quella di realizzare *"l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD e della Scuola di Medicina e Chirurgia.*

Il ruolo di centro Hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale.

L'AOUP garantisce tutte le attività assistenziali in un processo che include in modo inscindibile le attività di didattica e di ricerca".

L'organizzazione dell'Azienda è improntata ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché a quello di flessibilità che la rendono funzionale agli obiettivi di volta in volta fissati dalla Direzione e si articola in:

- Dipartimenti;
- Unità Operative Complesse (UOC);
- Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD), ove previste per particolari condizioni di carattere organizzativo;
- Unità Operative Semplici (UOS), ove previste per particolari condizioni di carattere organizzativo.

Nel rispetto delle prerogative di autonomia in materia di programmazione di ciascuna istituzione, UNIPD, Scuola di Medicina e Chirurgia e AOUP realizzano il confronto e l'integrazione della programmazione universitaria con quella aziendale attraverso la definizione di programmi annuali e pluriennali che coinvolgono tutte le Unità Operative, rispondenti ai requisiti di accreditamento per la rete formativa delle Scuole di Specializzazione previsti dalla legislazione nazionale in materia.

Il Protocollo di Intesa definisce gli atti che il Direttore Generale dell'AOUP adotta di concerto o di intesa con il Rettore dell'UNIPD.

I Dipartimenti

L'AOUP individua due forme di aggregazione dipartimentale:

- Dipartimento Didattico Scientifico Assistenziale Integrato (DIDAS);
- Dipartimento Funzionale.

Sulla base della programmazione regionale, l'AOUP partecipa, inoltre, alla formazione e organizzazione dei Dipartimenti Interaziendali.

Dipartimento didattico scientifico assistenziale integrato (DIDAS)

I Dipartimenti didattico-scientifico-assistenziali integrati (di seguito *Didas*) rappresentano il modello di dipartimento peculiare dell'AOUP. Essi sono lo strumento ordinario di gestione operativa dell'Azienda, assicurano l'esercizio integrato delle attività didattiche, di ricerca e assistenziali attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari, al fine di assicurare il più alto livello possibile di integrazione fra prestazioni didattiche, di ricerca e di assistenza, fondendo al meglio le differenti e complementari

competenze istituzionali dell'Università e del SSR, nell'ambito di una gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali e umane.

I *Didas* rispondono a un individuato obiettivo strategico nell'ambito della didattica, della ricerca e dell'assistenza, da conseguire ottimizzando le risorse impiegate. Essi devono garantire l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra didattica, ricerca e assistenza.

I *Didas* possono essere organizzati secondo le seguenti tipologie:

- per aree funzionali;
- per gruppo di patologie, organi e apparati;
- per particolari finalità assistenziali nella loro integrazione con quelle didattico-scientifiche.

Dipartimento Funzionale

Il Dipartimento Funzionale aggrega UOC e UOSD che, anche se appartenenti a dipartimenti strutturali diversi, concorrono alla realizzazione di specifici obiettivi aziendali strategici e trasversali. La durata del Dipartimento funzionale è correlata ad un progetto che individua obiettivi da raggiungere in un tempo definito. Specificamente in ambito sanitario, il Dipartimento Funzionale ha, quale principale obiettivo, quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

Dipartimento Interaziendale

Con delibera di Giunta Regionale possono essere istituiti *Didas* interaziendali; la delibera istitutiva, assunta di concerto con l'Università, disciplinerà le modalità di funzionamento dei Dipartimenti interaziendali.

Le Unità Operative

Le Unità Operative sono articolazioni organizzative che aggregano al loro interno risorse professionali (di tipo sanitario, tecnico, professionale e/o amministrativo), strutturali e tecnologiche complessivamente orientate a perseguire gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale secondo i criteri dell'efficienza e dell'efficacia organizzativa.

Le Unità Operative aziendali sono distinguibili in Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici secondo la definizione ricavabile dalle vigenti disposizioni regionali, dai vigenti contratti collettivi ed in relazione alla rispondenza ai seguenti parametri:

- rilevanza strategica o grado di priorità dell'azione svolta rispetto agli obiettivi aziendali o alla domanda di servizi;
- complessità delle relazioni organizzative (intersettorialità, interdisciplinarietà e interprofessionalità) riferibili alla struttura per conseguire più elevati livelli di efficacia, efficienza e rendimento degli interventi;
- livello qualitativo e quantitativo dei prodotti e servizi offerti e delle risorse da gestire (budget);
- rilevanza, intensità e frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'Azienda;
- livello di autonomia e di responsabilità.

Esse costituiscono l'articolazione principale del dipartimento e sono espressamente finalizzate all'assolvimento di specifiche e definite funzioni, di amministrazione, di programmazione o di produzione di prestazioni o servizi sanitari, la cui complessità organizzativa o la cui valenza

strategica rendano opportuna l'individuazione di una posizione con responsabilità organizzativa e di gestione delle risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie assegnate.

Unità Operative Complesse

Sono articolazioni aziendali interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, cui è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate. Esse esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o aziendale e che mobilitano un volume di risorse umane, finanziarie e/o tecniche o un valore complessivo della produzione quantitativamente o qualitativamente significativo.

In ogni caso l'individuazione delle UOC è subordinata al rispetto di alcuni presupposti:

- rispondenza delle funzioni agli atti di programmazione regionale o aziendale;
- rispondenza alla normativa regionale in materia di accreditamento;
- necessità di gestione unitaria e di integrazione delle attività al fine di evitare la frammentazione delle funzioni in ragione del miglioramento della qualità della performance, nell'ottica del miglior utilizzo delle risorse assegnate;
- compatibilità con le risorse disponibili.

Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le UOSD sono articolazioni interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate, e sono previste per particolari condizioni di carattere organizzativo. Tali funzioni possono realizzarsi mediante la gestione condivisa di specifiche risorse con una o più UOC di riferimento, in conformità alla pianificazione regionale e alla programmazione aziendale, finalizzate ad una più efficace e proficua organizzazione, ad una ottimizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate, nonché ad una migliore qualità assistenziale.

Unità Operative Semplici

Sono articolazioni interne alla UOC alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate, e sono previste per particolari condizioni di carattere organizzativo.

Strutture in Staff alla Direzione Generale

Al fine di garantire la piena attuazione del processo di aziendalizzazione del SSN e consentire altresì il perseguimento dell'integrazione tra attività di assistenza, didattica e ricerca, l'AOUP si avvale di Unità Operative di staff a supporto delle proprie funzioni strategiche per sviluppare e sostenere particolari e specifiche esigenze di coordinamento.

Le strutture di staff sono dotate di risorse proprie, caratterizzate da elevato orientamento ai risultati, flessibilità nei compiti svolti, nei processi e negli strumenti utilizzati, alto tasso di innovazione organizzativa e gestionale delle attività.

La Direzione Medica

La Direzione Medica rappresenta lo snodo organizzativo di collegamento tra il livello strategico ed operativo in base agli obiettivi assegnati nell'ambito della pianificazione e programmazione aziendale.

La Direzione Medica concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali operando sulla base degli indirizzi della Direzione Generale, collabora con il Direttore Sanitario garantendo supporto tecnico alle scelte strategiche della Direzione, assicurando tutti gli elementi utili per le decisioni di orientamento della politica aziendale.

La Direzione Medica, in stretta collaborazione con la Direzione delle Professioni Sanitarie e con la UOS Professioni Sanitarie e, rapportandosi con le altre articolazioni aziendali, promuove l'implementazione e la diffusione degli strumenti di governo clinico, la realizzazione di percorsi clinico-assistenziali, la formazione degli operatori, le attività di ricerca e innovazione clinica, sovrintendendo, nel contempo, nell'ambito della mission aziendale, a tutti gli aspetti organizzativi e di tipo igienico sanitario e attuando gli indirizzi operativi e gli obiettivi definiti dalla Direzione Sanitaria.

La Direzione Medica si articola in tre Direzioni Mediche due delle quali differenziate per indirizzi come previsto dalla programmazione regionale.

La Direzione delle Professioni Sanitarie

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) è una Unità Operativa Complessa in staff alla Direzione Sanitaria che si propone di concorrere ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche. La DPS si pone in una prospettiva di sviluppo delle professioni e delle competenze, di valutazione dei processi assistenziali attraverso l'adozione di idonei indicatori di esito, di innovazione e di sviluppo organizzativo e di ricerca.

I Servizi amministrativi e tecnici

I Servizi Amministrativi e Tecnici dell'Azienda rappresentano le "strutture di supporto alla produzione", mediante le quali vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità di produzione.

Essi sono organizzati in Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali, Semplici e in articolazioni organizzative.

Considerato l'impianto sopra descritto si rimanda al sito aziendale, sezione Amministrazione Trasparente http://aopd.veneto.it/sez_4090 per la consultazione dell'organigramma aziendale, così come adottato secondo il vigente Atto Aziendale in corso di revisione, organigramma che, sebbene ancora non recepisca le modifiche nel frattempo intervenute con specifici provvedimenti, fornisce pur tuttavia un dettaglio dell'organizzazione dell'Azienda Ospedale - Università Padova consentendo di coglierne appieno la declinazione organizzativa e funzionale. A riguardo si rappresenta che le modifiche delle Unità Semplici Dipartimentali, ad esclusione di quelle individuate dalle schede di dotazione ospedaliera e dall'Allegato A1 della stessa DGR, avvengono in attuazione di quanto previsto dalla D.G.R.V. n. 1306/2017, con provvedimento del Direttore Generale nel rispetto dello standard regionale, fermo restando la comunicazione alla Direzione Generale Area Sanità e Sociale.

Come emerge dagli organigrammi, il sistema delle responsabilità si distribuisce attraverso un sistema di apicalità che garantisce un modello organizzativo che permette la gestione della complessità. Di seguito viene riportata una tabella riepilogativa degli incarichi di direzione di maggiore responsabilità, da cui si evince il numero di apicalità ospedaliera e non ospedaliera, nonché il numero di incarichi di Direzione di UOSD previsti dal vigente Atto Aziendale, secondo le precisazioni sopra riportate.

TIPOLOGIA U.O.	AREA OSPEDALIERA			AREA NON OSPEDALIERA	TOT
	Direzione Universitaria	Direzione Ospedaliera	Totale		
UOC	60	31	91	10	101
UOSD	37		37	1	38
Totale			128	11	139

Per quanto riguarda l'area ospedaliera l'Unità Operativa è normalmente costituita da una figura dirigenziale apicale, un numero di dirigenti medici e sanitari funzionali alla gestione delle attività assistenziali di competenza, unità dedicate ad attività di segreteria e un numero di unità del comparto proporzionato alla tipologia di attività svolta e all'orario di apertura del servizio. Una rilevazione effettuata con riferimento alla data del 31.12.2022 rileva una consistenza media per Unità Operativa di area ospedaliera pari a 46,1 unità. Con riferimento all'area non ospedaliera il valore medio si abbassa invece sensibilmente, attestandosi al 28,7.

Come già precisato in Sezione 1 il numero di Unità Operative Semplici individuate nel vigente Atto Aziendale è pari a 81 (di cui 14 di area non ospedaliera) con riferimento alle quali si segnala che all'atto della stesura del presente piano è in corso di definizione il nuovo assetto, essendo stato avviato il percorso di revisione del sistema incarichi, con avvio delle procedure selettive per il conferimento di molte di esse.

3.2 – Lavoro Agile

Il lavoro agile è una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, senza precisi vincoli di luogo, basata sui principi di autonomia, responsabilità, fiducia e delega, nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità.

Tale modello organizzativo si propone come strumento di ripensamento intelligente delle modalità di lavoro in grado di innescare un profondo cambiamento culturale e di promuovere un processo di innovazione nell'organizzazione del lavoro e nel funzionamento delle pubbliche amministrazioni e dei servizi ai cittadini.

Il lavoro agile si è affermato sia come una misura di conciliazione vita-lavoro sia come una nuova visione del lavoro volta a favorire una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, una più elevata produttività ed un più efficace orientamento ai risultati.

Ai vantaggi goduti dal lavoratore agile sul piano della conciliazione tra vita privata e professionale si affiancano quelli del datore di lavoro che può vantare alle sue dipendenze lavoratori più efficienti, responsabilizzati e motivati.

Il lavoro agile, inoltre, pone l'attenzione su temi di interesse collettivo e sviluppo economico del territorio favorendo la riduzione degli spostamenti a favore di una migliore viabilità, il contenimento dei livelli di inquinamento e un abbattimento dei costi sia per il datore di lavoro che per il lavoratore.

Sulla base di queste premesse, il lavoro agile per l'Azienda Ospedale Università Padova persegue le seguenti finalità:

- promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo, nonché la fiducia, la delega e la capacità di gestione del tempo in rapporto agli obiettivi specifici dell'attività lavorativa nei responsabili e nelle figure quadro;
- consolidare, inoltre, le competenze manageriali nell'organizzazione del lavoro per obiettivi svolto dai collaboratori e nella concomitante valutazione step-by-step di tali obiettivi;
- favorire altresì, attraverso lo sviluppo della cultura gestionale orientata al risultato, l'incremento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti casa-lavoro, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi, percorrenza e inquinamento;
- agevolare la conciliazione vita-lavoro di tutti i dipendenti che lo svolgono.

In tale contesto, e grazie anche all'esperienza sviluppata nel periodo dell'emergenza pandemica, è stato attivato un tavolo sindacale che ha permesso di definire uno specifico accordo per il personale del comparto che regola il lavoro agile. Al fine di condividere la visione completa sul tema si allega il provvedimento aziendale di adozione del Regolamento firmato con le OO.SS. che permetterà, dal 2023, di avviare un percorso di utilizzo del lavoro agile in linea con le nuove esigenze del sistema e anche con le più recenti disposizioni contrattuali in merito.

3.3 - Piano Triennale dei fabbisogni di personale

L'AOUP riconosce nel personale una risorsa da valorizzare mediante adeguate politiche di gestione, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale ai processi aziendali negli ambiti di competenza. Ne promuove la crescita e lo sviluppo professionale attraverso il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nell'interesse della stessa organizzazione e dei cittadini/utenti.

Il processo di valorizzazione del personale si sviluppa nel rispetto delle normative di cui al D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., delle normative regionali, dei contratti collettivi nazionali di lavoro; considera tutte le componenti professionali operanti in azienda ai vari livelli, coinvolge le rappresentanze sindacali del personale e si concretizza mediante la predisposizione di programmi specifici da realizzare al suo interno, definiti dall'Azienda stessa e condivisi con i vari soggetti interessati. Tale processo comporta la creazione di un clima lavorativo nel quale aumenti la competitività "positiva" legata ad un miglioramento del contenuto del lavoro, ad un arricchimento delle competenze professionali, ad una liberazione delle capacità creative ed innovative del singolo individuo.

L'AOUP, pertanto, definisce le politiche del personale distinguendole in:

- politiche di reclutamento atte a pianificare l'acquisizione delle risorse umane, coerente con i bisogni dell'organizzazione e degli utenti;
- politiche di valorizzazione;
- politiche di sviluppo, in termini di adeguamento delle professionalità alle nuove esigenze organizzative e sociali;
- politiche di formazione come metodo permanente per assicurare il costante adeguamento delle conoscenze, delle competenze e abilità;
- politiche retributive finalizzate a identificare sistemi premianti basati su un appropriato sistema di valutazione delle performance a livello individuale e armonizzato rispetto agli obiettivi aziendali.

L'AOUP, nel definire le politiche del personale, promuove la partecipazione degli operatori mediante:

- un adeguato sistema di relazioni sindacali, nel rispetto dei vincoli normativi ma che assicuri l'effettiva partecipazione e un proficuo confronto tra le parti nella definizione delle scelte aziendali;
- un adeguato sistema di comunicazione interna che assicuri la circolazione delle informazioni relative alle scelte aziendali, gli obiettivi e le strategie, favorendo la condivisione degli operatori e la stratificazione del senso di appartenenza all'Azienda;
- la promozione dell'iniziativa degli operatori, in forma singola o aggregata, rivolta a sviluppare progettualità di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e della razionalizzazione dei processi con l'obiettivo di migliorare i servizi resi ai cittadini/utenti;
- l'analisi all'attenzione del clima interno utilizzando metodologie che permettano di approfondire il benessere organizzativo.

Per le sue finalità l'Azienda, nel rispetto delle vigenti normative e compatibilmente con il buon andamento delle attività assistenziali, favorisce la possibilità di frequentare le proprie strutture ed operare in forma tutelata, per finalità di formazione e ricerca, da parte di studenti e di professionisti, anche provenienti da altre strutture.

Le politiche sul personale che vengono poste in essere dall'Azienda Ospedale – Università Padova sono strettamente collegate al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) la cui elaborazione si basa sul presupposto che esso si sviluppi in maniera coerente con il ciclo della programmazione dell'Ente, in armonia con gli obiettivi generali e le priorità strategiche individuati, nonché nel rispetto dei vincoli economici. In linea con tale filosofia, è necessario rivedere annualmente la programmazione triennale per poter ri-orientare le assunzioni in base alle principali linee direttive, alle priorità definite nei documenti di programmazione regionale e alle principali progettualità che si stanno sviluppando, in continuità con le attività già avviate.

I punti di partenza per sviluppare una previsione, dal punto di vista tecnico, sono l'analisi della consistenza del personale, la rilevazione e l'analisi di fenomeni che possono rivelarsi importanti nel caratterizzare la dinamica di gestione del personale, nonché le evidenze in termini di fabbisogno rilevato, ma non ancora soddisfatto.

Con riferimento al PTFP 2023-2025 si riporta di seguito una tabella che rileva la consistenza del personale al 31.12.2022:

Macroprofili	Ruolo	AOUP	UNIV
Dirigenza medica	S	858	286
Dirigenza veterinaria	S	0	0
Dirigenza sanitaria	S	82	60
Dirigenza ruoli PTA	PTA	23	4
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		963	350
Personale infermieristico/ostetrico	S	2964	11
Personale tecnico sanitario	S	410	40
Personale della riabilitazione	S	74	5

Personale della prevenzione	S	10	2
Altro personale ruolo sanitario	S	0	0
OSS/OTAA	T	1091	0
Altro personale ruolo tecnico (escluso	T	216	52
Personale ruoli amm.vo professionale	PA	433	107
TOTALE PERSONALE COMPARTO		5198	217
TOTALE PERSONALE IN SERVIZIO		6161	567

Un aspetto che si sta accentuando, come più volte sottolineato nei diversi documenti di settore nonché in specifici incontri e convegni in materia, è il fenomeno della *greatresignation* ovvero delle grandi dimissioni che tocca anche il sistema sanitario pubblico e che non ha risparmiato nemmeno l'Azienda Ospedale - Università Padova.

A riprova di quanto detto, anche nel 2022 è stato registrato un fattore che aveva già caratterizzato gli ultimi anni, ovvero un notevole *turn over* tra le fila di tutti i profili e di tutti i ruoli, tale da condizionare fortemente l'andamento delle assunzioni 2022. Anche nell'anno in parola, infatti, si è verificato il fenomeno riscontrato nel 2021 e nel 2020, ovvero che l'impegno profuso per l'immissione in servizio di un notevole contingente di personale, soprattutto nei ruoli sanitari, resosi necessario per fronteggiare contestualmente la situazione emergenziale e rispondere ai tempi di attesa dell'erogazione di prestazioni assistenziali, ha avuto quale contropartita un numero di dimissioni molto al di sopra dell'andamento storico. Nel solo anno 2022 a fronte di 592 cessazioni vi sono state 585 assunzioni al fine di garantire un tempestivo ripristino del personale in servizio.

Il 2022 è stato, infatti, caratterizzato per la necessità di ripristinare l'organico di profili professionali per i quali non vi era graduatoria utile a fine 2021, ovvero in primis il profilo del personale infermieristico e ostetrico, quello dell'operatore socio sanitario e quello del tecnico sanitario di laboratorio biomedico. Anche con riferimento al profilo del dirigente medico, è stato possibile ripristinare l'organico in aree particolarmente in sofferenza, quali ad esempio l'area delle Medicine e delle Chirurgie, quella della Psichiatria, della Pediatria, dell'emergenza - urgenza (sia con riferimento al Pronto Soccorso che alle Anestesi). La possibilità di attingere a graduatorie concorsuali, nelle quali erano presenti numerosi candidati, ha consentito alla nostra Azienda di soddisfare il fabbisogno immettendo nuove forze.

Parallelamente l'Azienda ha, comunque, portato avanti alcune progettualità in coerenza con l'organizzazione aziendale, quali il Centro per la Terapia Cellulare del Diabete, il Servizio di Procreazione Medicalmente Assistita, e il passaggio dall'Azienda Ulss 6 Euganea - Ospedale di Camposampiero del Laboratorio di Immunologia dei Trapianti presso la nostra UOC Immunotrasfusionale.

Elemento che deve essere rilevato è la possibilità che è stata offerta alle Aziende sanitarie di poter assumere personale specializzando, nel rispetto delle disposizioni di cui alla L. 145/2018. La nostra Azienda, sulla quale insiste l'Università degli Studi di Padova e la sua Scuola di Medicina, ha attivato numerosi contratti con personale specializzando, il cui numero tra le file del personale dipendente è cresciuto significativamente nell'ultimo anno permettendo di utilizzare anche questa formula per garantire la tenuta dei servizi e del sistema.

Il Piano del Fabbisogno di Personale per l'anno 2023, il quale viene poi riprodotto per i successivi due anni, recepisce la necessità di sopperire al turn over dell'anno in corso con riferimento al personale del comparto che svolge mansioni di assistenza sanitaria: risultano infatti esaurite per la nostra Azienda numerose graduatorie concorsuali nei profili professionali dove si registra maggior turn over, che pertanto viene previsto in assunzione nel corso del 2023 (Infermiere, Ostetrica, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica).

Altro aspetto caratterizzante la programmazione 2023 è la necessità di potenziare ulteriormente l'area dei laboratori tramite acquisizione di personale dirigenziale sanitario, non medico, soprattutto nel profilo professionale di Dirigente Biologo. A tal proposito, si rappresenta che recentemente è stato sottoscritto l'Accordo tra Regione Veneto e Università degli Studi di Padova disciplinante le modalità di svolgimento della formazione per l'assunzione a tempo determinato, presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale, degli specializzandi odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi, ai sensi della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 s.m.i. che ci consentirà l'immissione in servizio di tale personale già utilmente collocato nelle graduatorie di procedure selettive già espletate.

E' importante ricordare, tuttavia, che le dinamiche all'interno delle quali si sviluppa la programmazione devono necessariamente rispettare il tetto di spesa definito a livello regionale.

Un aspetto determinante da affiancare al processo di assunzione di risorse umane è, indubbiamente, quello della valorizzazione delle competenze, della valutazione della performance individuale in ottica di miglioramento nonché della continua riqualificazione delle professionalità attraverso i diversi strumenti a disposizione dell'Azienda.

Rispetto a tali priorità, si stanno sviluppando varie attività e progettualità nella convinzione che anche lo stesso fenomeno delle grandi dimissioni vada affrontato con un tentativo di aumentare la fidelizzazione del personale e le condizioni di benessere psico-fisico dei lavoratori.

Valorizzazione delle competenze

La firma del recente CCNL per l'area del Comparto (siglato in data 2 novembre 2022), oltre a prevedere un nuovo sistema di classificazione, introducendo la nuova area del personale di elevata qualificazione, permette di riavviare alcuni percorsi di riqualificazione. A riguardo, l'Azienda ha già avviato con le organizzazioni sindacali il confronto per rivedere il Regolamento per la gestione dei passaggi di profilo, al fine di valorizzare le attitudini dei lavoratori e governare al contempo tale fenomeno in modo periodico e strutturato.

Le parti successivamente avvieranno il confronto anche per definire dei criteri per l'acquisizione dei differenziali economici di professionalità all'interno delle medesime aree, nonché per disciplinare il nuovo sistema degli incarichi, che a differenza del precedente contratto nazionale coinvolge quasi l'intero sistema classificatorio del personale, e la correlata graduazione economica.

Relativamente alla Dirigenza Area Sanità, in attuazione al CCNL 19/12/2019, l'Azienda ha provveduto alla revisione del sistema degli incarichi dirigenziali e alla relativa graduazione economica alla luce delle risorse disponibili. Il confronto con le organizzazioni sindacali di categoria ha portato alla sottoscrizione di una prima intesa in data 15/4/2022, prevedendo un adeguamento della retribuzione di posizione per tutta la Dirigenza Area Sanità retroattivamente dal 01/01/2020 e di una seconda intesa in data 24/10/2022 portando ad un ulteriore incremento della posizione dal 01/01/2022 grazie ad ulteriori risorse aggiuntive in incremento dei fondi contrattuali. Contemporaneamente l'Azienda ha avviato lo scorso anno un'impegnativa ricognizione degli incarichi previsti nell'atto aziendale con conseguente

revisione della mappatura più aderente all'attuale organizzazione. Con il coinvolgimento dei Direttori di Dipartimento si è proceduto, e per alcune aree aziendali è tuttora in corso, alla revisione degli incarichi gestionali (UOSD/UOS), nonché l'individuazione degli incarichi professionali sia di nuova istituzione secondo CCNL (Altissime Professionalità) che, successivamente, delle Alte Specializzazioni. Questa fase di istituzione degli incarichi e conferimento per la valorizzazione delle professionalità interne è stata avviata nel secondo semestre dell'anno 2022 per giungere ad un'attuazione nel corso del 2023.

In previsione del rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale nell'anno in corso in AOUP è stato istituito un Gruppo di Lavoro per selezionare e predisporre le evidenze da produrre rispetto ai requisiti previsti dalla norma, e per dichiarare le azioni di miglioramento da avviare al fine di raggiungere il risultato desiderato. I requisiti oggetto di valutazione riguardano:

- 1) Rischio clinico
- 2) Formazione e sviluppo Risorse Umane
- 3) Procedure e Sistema Gestione Qualità
- 4) Comunicazione
- 5) Strumenti di miglioramento
- 6) PDTA per il trattamento integrato dell'obesità nell'adulto.

L'Azienda Ospedale-Università Padova, oggi caratterizzata da alta complessità, costante evoluzione tecnologica e multidisciplinarietà, è impegnata a offrire prestazioni di alto livello nelle sue dimensioni tecnico-professionali (efficacia), organizzativo-gestionali (efficienza) e relazionali-percepite (custodesatisfaction). Migliorare la qualità delle proprie prestazioni significa anche incrementare le competenze dei propri professionisti coerentemente con i bisogni di salute della popolazione.

La mappatura delle competenze diventa quindi uno strumento di governo importante per lo sviluppo delle Risorse Umane, oltre che il requisito previsto e da soddisfare nella fase di visita per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale. La mappatura delle competenze è un processo molto complesso, da sempre ricercato dalle istituzioni sanitarie, molto difficile da realizzare e implementare. Attraverso l'analisi delle competenze del personale (tecnico-professionali e trasversali) ci si pone l'obiettivo di modificare l'approccio di risoluzione dei problemi del sistema entro cui il professionista è inserito a lavorare, e si creano le premesse su cui costruire poi le ipotesi del cambiamento "possibile". La mappatura delle competenze, infatti, contribuisce a identificare i "gap" di conoscenza e capacità operative dei collaboratori presenti e a ipotizzare percorsi di miglioramento differenziati per profilo professionale e abilità, da cui dipendono i cambiamenti successivi. L'Azienda Ospedale-Università Padova, ha già avviato un sistema di sviluppo delle competenze aziendale che ha trovato fino ad ora applicazione solo nei servizi certificati. A seguito delle ondate epidemiche di questi ultimi anni, lo sviluppo delle competenze degli operatori sta diventando un'esigenza sia di sopravvivenza organizzativa che di impegno concreto di gestione, di valorizzazione e sviluppo professionale.

Si è, dunque, deciso di avviare da subito un'azione di miglioramento che prevede di estendere la metodologia di analisi delle competenze sul modello aziendale anche a reparti e servizi non certificati. Per realizzarla nel breve tempo disponibile si è coinvolto il direttore di dipartimento di area medica per l'interesse dimostrato sull'argomento, e si è cercato nel territorio la disponibilità di società competenti in tema. Tra tutte è stata identificata la società SSMI (SixSigma Management Institute) EUROPE LIMITED che ha già sostenuto progettualità aziendali di unità operative per il supporto metodologico all'introduzione di modelli di lavoro innovativi. E' stata già svolta un'accurata analisi del contesto organizzativo dell'area medica della Clinica Medica III e dei profili professionali presenti, facendo uso e valorizzando gli strumenti aziendali elaborati dal Servizio di Qualità aziendale. Il progetto prevede che una volta stabiliti i gap di competenza verrà avviata una formazione agli operatori mirata a migliorare, completare e integrare le competenze professionali richieste, secondo criteri di

priorità e urgenza. Le sessioni formative si svolgeranno in momenti di plenaria per la condivisione del progetto con il personale, affidando loro dei mandati di studio e approfondimento personale, guidati da un tutor e una fase di valutazione finale. Il gruppo interessato a questa fase sperimentale di progetto sarà composto da 115 membri dell'Unità Operativa Complessa di area medica e, a seguito della valutazione del risultato raggiunto, si prevederanno avanzamenti successivi.

Un ulteriore progetto di miglioramento delle competenze che l'azienda sta sostenendo è il Progetto Syllabus ovvero il programma di assessment e formazione digitale rivolto ai dipendenti pubblici, nell'ambito del Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo del capitale umano "Ri-formare la PA in cui l'Azienda diventa parte attiva del programma, informando dell'adesione i propri dipendenti e promuovendo gli interventi formativi a partire da una riflessione sistematica sulle priorità strategiche e sugli effettivi fabbisogni di competenze.

Valutazione della performance individuale

In ottemperanza al D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009, la valutazione dell'attività si basa sulla gestione del ciclo della performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti nonché la crescita delle competenze professionali mediante la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti e raggiunti. Il concetto di valutazione opera in maniera onnicomprensiva interessando la valutazione della performance organizzativa e, a scendere, quella individuale.

Con il sistema di valutazione aziendale l'AOUP intende perseguire le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, dell'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

La metodologia di valutazione, nel rispetto della normativa nazionale, è affidata alla contrattazione aziendale ed utilizza la Scheda di Valutazione ai fini dell'applicazione dell'istituto incentivante e della progressione economica orizzontale collegandoli al raggiungimento degli obiettivi di budget sia a livello di Unità Operativa sia a livello individuale.

L'Azienda sta sviluppando con le organizzazioni sindacali un percorso che permetta sempre di più di garantire che la valutazione individuale della performance sia profilata sul singolo professionista, al fine di favorire un percorso di miglioramento professionale personalizzato. Questo percorso è stato avviato con la delegazione di parte sindacale che rappresenta la Dirigenza Area Sanità.

Ai sensi del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., dei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro vigenti, nonché della D.G.R.V. n. 2205 del 6 novembre 2012, l'Organismo Indipendente di Valutazione è preposto a sovrintendere e monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati dei dirigenti apicali, responsabili di struttura, garantendo la correttezza dell'intero processo. In linea con lo spirito di collaborazione che da sempre ha caratterizzato il lavoro con l'OIV il percorso di revisione del sistema di valutazione si sta arricchendo anche dei contributi che fornisce tale organismo.

Per un approfondimento sulla materia si rimanda alla Sezione 2 – paragrafo 2.2.5.

La formazione del personale

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'Azienda. Le risorse per detto istituto sono definite annualmente e nel rispetto delle disposizioni contenute nei CCNL e delle direttive regionali.

L'AOUP, a tal fine, predispone un piano di formazione del personale tenendo conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie in relazione agli obiettivi, della

programmazione delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche, nonché, delle esigenze di formazione continua del personale sanitario alla luce del D.Lgs. n. 229/1999.

La progettualità formativa aziendale prevista per il 2023 comprende tutta una serie di iniziative formative volte all'aggiornamento continuo degli operatori aziendali di tutte le qualifiche; esse sono progettate per favorire la crescita individuale e professionale degli operatori attraverso il rafforzamento delle competenze esistenti e per l'introduzione e lo sviluppo di riflessioni su nuovi approcci di cura e di presa in carico del bisogno degli utenti.

I criteri adottati per la stesura del piano formativo del nuovo anno sono stati:

- elaborazione dei dati raccolti dalla compilazione di un questionario on-line rivolto a tutti gli operatori dipendenti, somministrato nel periodo compreso tra il 20/09/2022 fino al 30/10/2022;
- elaborazione dei dati raccolti dalle schede del fabbisogno formativo richiesto alle UOC, UOS, Dipartimenti che hanno avuto l'indicazione di formulare non più di 2 iniziative formative per il nuovo anno;
- riflessione sulle tematiche di interesse nazionale che la Regione Veneto con la DGRV n. 1918 del 21.12.2018, ha declinato in obiettivi formativi specifici regionali. Per l'anno 2023 infatti è stato ribadito alle Aziende Sanitarie del Veneto che le tematiche di interesse da inserire nei Piani Formativi Aziendali dovranno essere:
 1. Outcome clinico-assistenziali (con particolare attenzione a: gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica; le infezioni correlate all'assistenza con particolare attenzione all'igiene delle mani; la gestione delle lesioni da pressione);
 2. Modelli Organizzativi;
 3. Modelli Organizzativi/assistenziali;
 4. Age/diversity management;
 5. Sicurezza dei lavoratori nell'ambiente di lavoro;
 6. Benessere e qualità della vita dei lavoratori;
 7. Emergenza COVID-19
- fabbisogno espresso dai Comitati Aziendali, da specifici progetti strategici Aziendali, dalle riflessioni del gruppo di lavoro sullo stress-lavoro correlato;
- domanda di rinnovo per l'accreditamento istituzionale delle Aziende Sanitarie con i suoi requisiti di competenza richiesti in tema di formazione quali percorsi dedicati per i neo assunti, e per la mappatura delle competenze degli operatori.

Dalla analisi, confronto, sintesi di ciascuno degli elementi considerati è stato elaborato il Piano formativo per l'anno 2023, presentato, discusso e confrontato con il Comitato Scientifico per la formazione che ha dato il suo contributo in data 16/12/2022.

Il Piano si struttura in due filoni principali uno destinato al caricamento in piattaforma della ECM Regione del Veneto degli eventi accreditati, l'altro di quelle richieste formative pervenute dall'area dei servizi amministrativi che non verranno accreditate. Il piano quindi racchiude sia consolidate e pluriennali esperienze di formazione riferite ai filoni più tradizionali, (emergenza sanitaria, sicurezza negli ambienti di lavoro, revisione di processi di lavoro), sia la sperimentazione di nuovi modelli di progetti formativi che risultano più originali o per l'uso di metodologie innovative di coinvolgimento del partecipante o per l'impegno a coinvolgere più servizi al fine di misurare la formazione avviata.

Si allega, per completezza, la DGR 2744 del 28/12/2022 "Documento di indirizzo per la formazione - piano di formazione anno 2023".

Specifica attenzione va dedicata alla Formazione Prevenzione corruzione e trasparenza formazione del PTPCT 2022. Uno degli adempimenti previsti dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190 riguarda la pianificazione di adeguati percorsi formativi.

L'individuazione dei dipendenti da inserire nel Programma triennale di formazione in materia di prevenzione della corruzione e di rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, D.P.R. 62/2013, e del Codice di comportamento aziendale, viene effettuata dal Dirigente della

struttura preposto d'intesa con il RPCT in collaborazione con il Responsabile della UOS Formazione.

Come previsto dall'art. 14 del Codice di comportamento aziendale, al personale dell'Azienda sono rivolte attività formative in materia di trasparenza e integrità, volte a far conseguire ai dipendenti una piena conoscenza dei contenuti del Codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti. Le attività formative sono rivolte a tutti i dipendenti e, in particolare, a coloro che operano nelle aree a maggior rischio di corruzione. Fin dal 2013 si è impostata una "formazione interna" specifica, dedicata prioritariamente al personale addetto alle aree considerate a maggior rischio di corruzione e sono stati effettuati specifici corsi (Per un approfondimento, si rimanda alla lettura della sezione "Formazione" dei vari Piani triennali aziendali di contrasto alla corruzione).

Nel corso del 2021 è stata prevista una specifica formazione in materia di anticorruzione e trasparenza per tutte le strutture aziendali, sanitarie e amministrative, svolta tramite un corso di formazione on line finalizzato a promuovere le conoscenze di base in materia. In particolare, si è inteso fornire un focus su tutte le novità e modifiche recentemente introdotte, nonché elementi conoscitivi adeguati ad individuare il rischio di comportamenti che possono integrare fattispecie di reato, ovvero di illeciti disciplinari o amministrativi. Nel corso del 2022 sono state previste specifiche attività formative in materia di anticorruzione, trasparenza, conflitto di interessi, whistleblowing e sulla "nuova" metodologia di "analisi del rischio", rivolte a tutte le figure sanitarie e amministrative che sono incaricate a vario titolo della gestione dei dati. Nel Documento di indirizzo per la formazione – piano di formazione anno 2023, da ultimo approvato con delibera n. 2798 del 30.12.2022, sono state previste specifiche attività formative in materia di anticorruzione, trasparenza, privacy e in materia di corretta gestione degli appalti.

Parallelamente alla priorità di garantire la riqualificazione delle competenze tecniche e trasversali, vi è l'importanza di favorire e supportare i dipendenti che si iscrivono a percorsi di istruzione e qualificazione personale. Alla luce anche della recente approvazione del CCNL dell'Area del Comparto (2 novembre 2022), è in fase di revisione il Regolamento di concessione dei permessi retribuiti per motivi di studio al fine di adeguarlo alle nuove disposizioni che ampliano la concessione anche ai percorsi formativi telematici.

ALLEGATO 3.1 – Delibera Regolamento Lavoro Agile

ALLEGATO 3.2 – Tabelle Piano triennale fabbisogno di personale

ALLEGATO 3.3 – Delibere Piano formativo 2023

SEZIONE 4: Monitoraggio

Rilevazione della soddisfazione dell'utenza

In linea con quanto definito dalla DGR 49/2022, nel 2023 presso l'Azienda Ospedale-Università di Padova verranno avviate le indagini relative all'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente - PREMs (Patient Reported Experience Measures) per la valutazione della qualità percepita relativamente ai ricoveri ordinari presso i reparti di degenza aziendali, dopo aver concluso nel 2022 le attività preliminari previste.

Tale attività è stata individuata altresì dalla Regione come Obiettivo dei Direttori Generali (Q 15) con DGR 1702/2022.

Per le aree non indagate dalle suddette indagini, come ad esempio i servizi ambulatoriali, verranno avviate a cura dell'URP indagini di qualità percepita attraverso la somministrazione e successiva elaborazione di questionari cartacei standard, già in uso presso questa Azienda, nelle UU.OO. che ne facciano richiesta.

Monitoraggio Sezione "Performance"

Il monitoraggio della performance, ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 150/2009, è garantito dall'Organismo Indipendente di Valutazione che valuta il processo di budget, in quanto parte del Ciclo della Performance; verifica l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione fino alla valutazione finale, a garanzia del rispetto delle regole e della correttezza della metodologia adottata dall'Azienda. In particolare, a inizio d'anno esamina il processo di formulazione del Budget e, a fine anno, il grado di raggiungimento degli obiettivi generali e specifici, evidenziando eventuali criticità del processo di valutazione.

Comunque durante l'anno l'OIV verifica l'andamento della performance attraverso gli strumenti e i dati forniti dai sistemi di controllo strategico e di gestione, segnalando la necessità o l'opportunità di interventi correttivi (vedasi periodo emergenziale).

Il Controllo di Gestione elabora i dati di attività, costo e i flussi informativi e supporta i valutatori e l'OIV nei monitoraggi e nelle valutazioni. Provvede anche all'invio periodico alle UU.OO. dei dati di monitoraggio degli obiettivi definiti nelle schede di budget e supporta la Direzione e i referenti dei singoli obiettivi nell'attuare eventuali azioni di miglioramento.

La Direzione inoltre effettua degli incontri durante l'anno per la presentazione dei dati di monitoraggio.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance, validata dall'OIV, che evidenzia, rispetto all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

Monitoraggio Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"

In ordine alle attività dirette al contrasto della corruzione, esse sono oggetto di un adeguato monitoraggio e di controlli in merito alla corretta e continua attuazione delle misure. In primo luogo, occorre ribadire che la responsabilità di tale monitoraggio è del RPCT ma si sta sviluppando in Azienda un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT. Il monitoraggio di primo livello, dunque, viene attuato in autovalutazione da parte dei Referenti o dai Responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT da parte delle unità

organizzative in cui si articola l'amministrazione. Per l'annualità 2023, in considerazione dell'adozione della nuova mappatura e del nuovo sistema di trattamento del rischio che si sta sviluppando in Azienda, verranno implementate adeguate attività di monitoraggio e verranno svolti controlli a campione sui nuovi processi mappati.

Monitoraggio Sezione "Organizzazione e capitale umano"

Con riferimento alle risorse umane di una azienda sanitaria, si rappresentano di seguito i principali strumenti di monitoraggio che ne guidano l'agire.

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n. 165/2001. Tale strumento di programmazione deve svilupparsi in maniera coerente con il ciclo della programmazione dell'Ente, in armonia con gli obiettivi generali e le priorità strategiche individuati, nonché nel rispetto dei vincoli economici. Non è pertanto difficile comprendere la complessità del percorso di predisposizione di uno strumento di programmazione qual è il PTFP, la cui elaborazione, per quanto siano state fatte analisi di natura preventiva, non può che richiedere approfondimenti e verifiche in itinere, anche in relazione alle proposte e alle segnalazioni da parte dei vari attori coinvolti nel processo di programmazione ed erogazione dei servizi. Sebbene il PTFP si sviluppi in una prospettiva triennale, esso viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno esso viene modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo e funzionale.

Di anno in anno la Regione Veneto adotta un provvedimento con cui vengono definite le disposizioni nei confronti delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Con tale provvedimento vengono impartite indicazioni sul reclutamento del personale nelle sue varie forme e si definiscono gli obiettivi di costo per il personale del SSR, il quale viene poi successivamente ridistribuito per le singole aziende.

Considerato che tutte le acquisizioni di personale, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, ivi comprese quelle per turn over, salvo poche eccezioni, come ad esempio l'acquisizione di personale appartenente alle categorie protette per ottemperare agli obblighi normativi di cui alla L. 68/99, sono subordinate al rilascio dell'autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, trimestralmente le Aziende sono tenute a trasmettere a quest'ultima i piani trimestrali delle assunzioni nelle quali vengono declinate le singole richieste di personale necessarie a soddisfare il fabbisogno di personale.

Generalmente con la stessa cadenza trimestrale, la Regione Veneto richiede alle singole aziende sanitarie una rilevazione sul costo del personale che la stessa sta sostenendo al fine di verificare il rispetto del tetto di spesa che viene definito su base annua.

ALLEGATI