

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025

(ai sensi del D.L. 9 giugno 2021 n. 80)



APPROVATO CON DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE n.118 DEL 10/02/2023

Sommario

Premessa	6
La ridefinizione delle attività a seguito dell'emergenza Covid 19	7
L'implementazione delle progettualità connesse al PNRR	7
Il progressivo riallineamento dei volumi dell'attività erogata ai livelli pre-pandemia	9
Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione	11
1.1 Il Territorio e la Popolazione	11
1.2 L'Assistenza Ospedaliera	13
1.2.1. Strutture e posti letto	13
1.2.2. Ricoveri	14
1.2.3. Accessi al Pronto Soccorso	15
1.3 L'Assistenza Specialistica	18
1.4 L'Assistenza Distrettuale	19
1.5 Assistenza Primaria	19
1.5.1 Anziani e Disabili	20
1.5.2 Assistenza a Pazienti con Dipendenza	21
1.5.3 Assistenza Psichiatrica	23
1.5.4 Assistenza Area Materno Infantile ed età evolutiva	24
1.6 Il Dipartimento di Prevenzione	25
1.6.1 Attività di contenimento dell'epidemia covid-19	25
1.6.2 UOC Servizio igiene e sanità pubblica	26
1.6.3 UOC Medicina legale	27
1.6.4. UOC Servizio igiene degli alimenti e nutrizione	27
1.6.5 UOC Servizio Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro	28
1.6.6 UOC Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)	29
1.6.7. UOC Servizio veterinario di sanità animale (AREA A) e UOC Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)	30
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione	32
2.1. Valore pubblico	32
2.1.1 La valorizzazione della vocazione turistica del territorio	35
2.1.2 Lo sviluppo delle progettualità del P.N.R.R.	40
2.2. Sintesi dell'andamento dei risultati economici	44
2.3. Performance	45
2.3.1 Il raggiungimento degli Obiettivi	45
2.3.2 Il ciclo della performance	50
2.3.3 Pari opportunità e Uguaglianza di genere	52
2.4 Rischi corruttivi e trasparenza	55

2.4.1	Politiche e strumenti	55
2.4.2	Ambito oggettivo – Nozione di corruzione e di prevenzione della corruzione	55
2.4.3	Ambito di applicazione	56
2.4.4	Analisi del contesto	56
	Altre analisi sui dati di criminalità e corruzione	58
	L'economia	62
	Focus sul sistema sanitario nazionale e regionale	64
	Focus sull'incidenza sul SSN dell'emergenza Covid-19 ed esiti della campagna di vaccinazione	68
2.4.5	Soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione – una cabina di regia per il PNRR.	75
	I. Focus sulla figura del rpct – aggiornamento pna 2022	75
2.4.6	Misure obbligatorie - misure per la riduzione del rischio	77
	I. Codice di comportamento e diffusione di buone pratiche e valori	77
	II. Gestione dei conflitti di interesse	78
	III. Rapporti con società civile – il nuovo portale aziendale dedicato	79
	IV. Tutela dipendente che effettua segnalazioni di illecito	80
	V. Formazione	81
	VI. Rotazione del personale	82
	VII. Svolgimento di incarichi esterni	83
	VIII. Pantouflage	83
	IX. Altre attività di area generale per ridurre il rischio di corruzione	85
	X. Responsabile dell'anagrafe stazione appaltante (RASA)	86
2.4.7	Misure per la trasparenza	87
	I. Premessa.	87
	II. Obiettivi strategici.	87
	III. Trasparenza in tema di contratti pubblici alla luce del PNA 2022.	88
	IV. Trasparenza degli interventi PNRR (PNA 2022)	89
	V. Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili.	90
	VI. Processo di attuazione degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente".	90
	VII. Gestionale informatico.	91
	VIII. Monitoraggio	91
	IX. Accesso civico generalizzato.	92
	X. Accesso civico generalizzato e contratti pubblici (PNA 2022)	93
	XI. Accesso civico cd. semplice.	93
2.4.8	Individuazione delle attività con più elevato rischio di corruzione – integrazione con il sistema di controllo interno regionale	95
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano		98
3.1	Struttura organizzativa	98
	3.1.1 L'Ospedale	98
	3.1.2 Il Distretto	99

3.1.3 Il Dipartimento di Prevenzione	99
3.2 Organizzazione del lavoro agile	101
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	102
Formazione del personale	107
Diritto allo studio	114
Fondazione Scuola di Sanità pubblica, management delle aziende socio-sanitarie	116
Collaborazione con la Fondazione Università Ca' Foscari in ambito di formazione specialistica universitaria.	116
Sezione 4. Monitoraggio	118
Valore pubblico	118
Performance	119
Prevenzione della Corruzione	120

allegati

- 1 - Obblighi di pubblicazione amministrazione trasparente
- 3 - tabella misure di prevenzione 2022-2024
- 4 - CRSA- Control Risk Self Assessment 2021
- 5 – Piano triennale per il Fabbisogno del Personale 2023-2025

LEGENDA DELLE ABBREVIAZIONI UTILIZZATE (anche senza punteggiatura)

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

Premessa

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

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

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

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

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di governance e malgrado il contesto caratterizzato dalla forte



discontinuità, non viene meno il principio della programmazione e la necessità di ricomporre l'evolversi dei fenomeni in un quadro generale della gestione e degli obiettivi di salute affidati alle Aziende sanitarie dalla normativa e dalla programmazione nazionale e regionale. Il presente PIAO segue pertanto, per la gestione del ciclo della performance, le indicazioni del D.Lgs. n. 150/2009 e successive modificazioni ed integrazioni (D. Lgs. 74/2017) e come definito dalle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione del Veneto, con la DGR 140/2016.

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

La ridefinizione delle attività a seguito dell'emergenza Covid 19

L'annualità 2022 è stata caratterizzata dalla progressiva attenuazione delle restrizioni e misure correlate all'emergenza sanitaria venutasi a manifestare a seguito della pandemia, e dalla contestuale ripresa e rilancio dell'attività ordinaria. Come noto, il 30 gennaio 2020, in seguito alla segnalazione da parte della Cina (31 dicembre 2019) di un cluster di casi di polmonite eziologia ignota (poi identificata come un nuovo coronavirus Sars-CoV-2) nella città di Wuhan, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato l'epidemia di coronavirus in Cina, emergenza di interesse internazionale. Il giorno successivo il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati a partire dal 22 gennaio, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale. Il Consiglio dei ministri n. 51 ha mantenuto fino al 31 marzo 2022 lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Con il progredire della campagna vaccinale e la riduzione dei contagi da Sars-Cov (sia pure con il ricorrente presentarsi di alcune fasi acute, che non hanno però raggiunto i valori del 2021), l'attività dell'ULSS 4 (in continuità con quanto disposto dalla programmazione nazionale e regionale, nonché con le progettualità in attuazione del PNRR), in attuazione del generale principio sancito all'art. 32 della Costituzione del diritto alla salute, al fine di tutelare, migliorare e promuovere la salute dei cittadini, mantenendo appieno gli standard di erogazione del servizio, ha focalizzato la sua attività su due linee di indirizzo generali:

- l'implementazione delle progettualità connesse al PNRR
- il progressivo riallineamento dei volumi dell'attività erogata ai livelli pre-pandemia

L'implementazione delle progettualità connesse al PNRR

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

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

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

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

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

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

ha conseguito entro il 31 dicembre 2021.

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

Missione 5: Coesione e Inclusione.

Missione 6: Salute

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

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

M6-C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E MEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE					
Componente	Tipologia	Progetto	Totale intervento	Finanziamento PNRR	Finanziamento FSR/altro
Inv. 1.1:	Casa della Comunità	Cavallino-Treporti	2.736.000	2.700.000	36.000
Case della Comunità e presa in carico della persona		Jesolo	1.757.000	1.110.000	647.000
		San Donà di Piave	2.480.000	2.000.000	480.000
		San Michele al Tagliamento	341.250	341.250,00	
		Caorle	1.308.000	1.308.000	
Inv. 1.2.2:	Interconnessione		162.599	162.599	
Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - COT (Centrale Operativa Territoriale)	Lavori	COT San Donà di Piave via Trento	40.000	40.000	
		COT San Donà di Piave Ospedale	355.965	355.965	
	Device		221.270	221.270	
Inv. 1.3:	Ospedale di Comunità	Jesolo	3.500.000	3.500.000	
Ospedali di Comunità					
TOTALE M6C1			12.902.083	11.739.083	1.163.000

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

Il progressivo riallineamento dei volumi dell'attività erogata ai livelli pre-pandemia

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

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

Con il mutare dello scenario legato all'emergenza pandemica e del quadro normativo si è provveduto a un progressivo aggiornamento del Piano Operativo regionale, attraverso le DGR n. 759 del 15 giugno 2021, n. 1.061 del 3 agosto 2021, n. 1.293 del 21 settembre 2021, n. 1.788 del 15 dicembre 2021 e n. 162 del 22 febbraio 2022, che dispone tra l'altro l'utilizzo delle risorse previste dall'art. 1 comma 278 della L. 234/2021 per la ULSS 4, secondo la ripartizione sottostante.

Riparto finanziamento recupero liste d'attesa		
Per privati	Per altre iniziative	Totale
291.386,00	1.439.439,00	1.730.825,00

A queste si affianca prioritariamente il finanziamento non utilizzato negli anni 2020 e 2021 previsto dall'art. 29, comma 8, del D.L. 104/2020 (convertito con modificazioni dalla L. 126/2020 – DGR 1.329/2020) nonché le ulteriori risorse non utilizzate nel 2021 del budget assegnato con DGR 1.293/2021 e 1.788/2021.

In merito alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il Piano Operativo Aziendale individuava un totale di 8.856 prestazioni in lista d'attesa al 01/01/2022, ripartite come da criteri sotto riportati.

Criteri di priorità	N. prestazioni in galleggiamento e sospese
Prime visite PNGLA	2.996
Diagnostica paziente oncologica (esenzione 048) escluso controllo	132
Visite di controllo	1.787
Eventuali prime visite in priorità B (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	8
Altre prestazioni monitorate nel PNGLA	1.976
Altro	1.957
TOTALE	8.856

Il processo ha coinvolto tutte le U.O. sia ospedaliere che territoriali ed è stato monitorato attraverso aggiornamenti trimestrali puntualmente inviati alla Regione Veneto; tale sforzo ha portato in occasione del IV monitoraggio regionale (trasmesso in data 10/01/2023) al recupero del 100% delle prestazioni in lista d'attesa al 01/01/2022.

In relazione ai ricoveri, i pazienti in lista di attesa al 1° gennaio 2022 erano 1.615 (stratificati per complessità del DRG e classe di priorità di ricovero). Il recupero di tali prestazioni, rendicontato nei monitoraggi trimestrali per la Regione Veneto, è stato calcolato al IV trimestre pari all'89% del totale lista d'attesa.

In merito alle prestazioni di screening, le prestazioni da recuperare individuate dal Piano risultano pari a:

- screening mammografico: 2.422 (di primo livello)



- screening citologico: 3.557 (di primo livello)
- screening colon retto: 7.917 (di primo livello)

In occasione del III monitoraggio trimestrale, il recupero delle attività di screening risultava pari al 37%.

Sezione 1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione	AZIENDA ULSS N.4 VENETO ORIENTALE
Sede legale	SAN DONA' DI PIAVE – 30027 -, P.ZZA DE GASPERI 5
Ulteriori sedi operative	https://www.aulss4.veneto.it/strutture
Codice fiscale	02799490277
Direttore Generale	Dott. Mauro Filippi
Atto aziendale	ATTO AZIENDALE - Gazzetta Amministrativa
Personale 2022	2.614
Sito web	www.aulss4.veneto.it
URP	telefono: 0421.228057 e-mail: urp@aulss4.veneto.it
PEC	protocollo.aulss4@pecveneto.it
Amministrazione Trasparente	https://trasparenza.aulss4.veneto.it

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

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

1.1 Il Territorio e la Popolazione

Il territorio dell'ULSS 4 Veneto Orientale è situato nella parte orientale della provincia di Venezia e confina con la provincia di Treviso e la Regione Friuli-Venezia Giulia. Dal 2018 ha una superficie di 1.107 Km², una popolazione di 225.594 abitanti (al 01.01.2022), distribuiti in 21 Comuni (Annone Veneto, Caorle, Cavallino-Treporti, Ceggia, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Eraclea, Fossalta di Piave, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave, Portogruaro, Pramaggiore, San Donà di Piave, San Michele al Tagliamento, San Stino di Livenza, Teglio Veneto e Torre di Mosto).

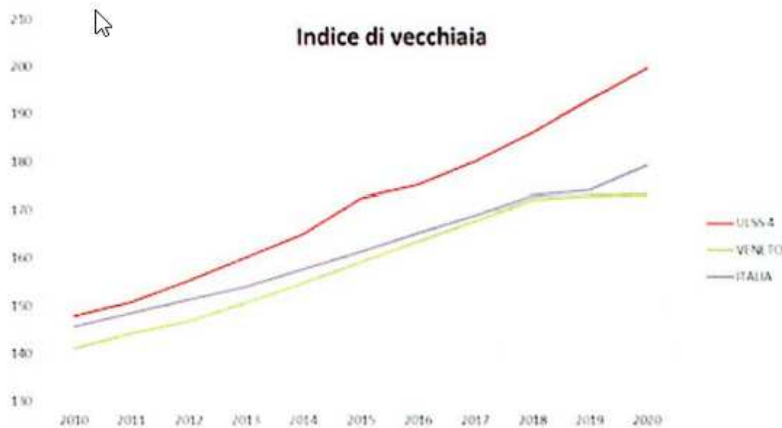
Principali indicatori demografici.

Indicatori demografici al 01/01/2022	Numero
Popolazione residente*	225.594
Superficie (km ²)	1.107
Densità abitativa (abitanti/km ²)	203,79
Popolazione 0-14 anni*	16.531
Popolazione 65 anni e più*	55.498
Indice di vecchiaia*	2,06

*Fonte: DWH regionale, sez. Indicatori DG (dati al 1° gennaio 2022)

Di seguito si riportano i grafici su alcuni indicatori demografici, comparando i dati dell'azienda ULSS 4 Veneto Orientale con quelli dell'Italia e del Veneto negli ultimi 10 anni.

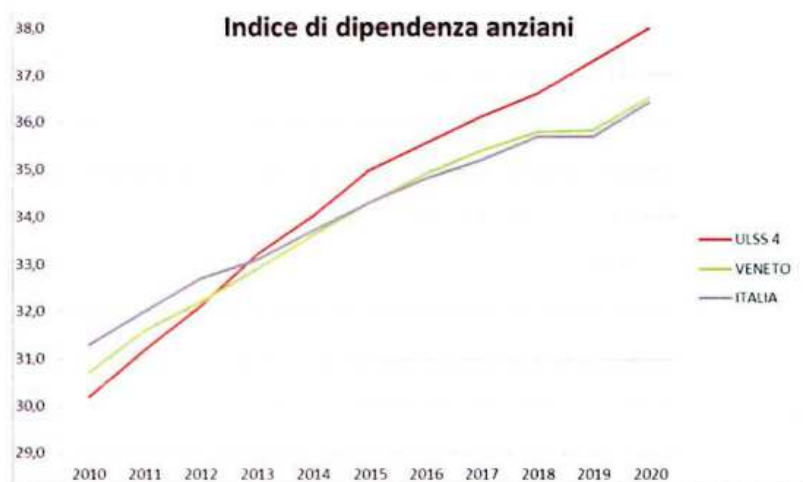
L'indice di vecchiaia misura il numero di anziani presenti in una popolazione ogni 100 giovani, permettendo così di analizzare il livello di invecchiamento di un territorio. È calcolato secondo il rapporto percentuale tra la popolazione con oltre 65 anni e la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni. Il grafico evidenzia come l'indicatore, riferito al territorio dell'Azienda, è nettamente superiore sia alla media veneta che a quella nazionale. Questo trend in costante crescita è dovuto principalmente all'aumento dell'aspettativa di vita e



alla contestuale riduzione del tasso di natalità. Al 01/01/2022 l'indice di vecchiaia aziendale ha raggiunto il valore di 206%.

L'indice di dipendenza anziani rappresenta il rapporto percentuale tra la popolazione con più di 65 anni e la popolazione in età convenzionalmente attiva (15-64). Analogamente all'indice di vecchiaia, anche i valori dell'indice di dipendenza anziani nel territorio dell'azienda ULSS 4 risultano superiori a quelli regionali e nazionali.

Fonte dei dati: elaborazione dati Istat e dati demografici AUlss 4



Fonte dei dati: elaborazione dati Istat e dati demografici AUlss 4

Nel territorio dell'ULSS 4 Veneto Orientale sono situate le spiagge dell'Alto Adriatico ove è presente la più alta concentrazione turistica balneare in Italia, che comporta un elevato impegno aggiuntivo nell'offerta di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di competenza della stessa ULSS 4. Nonostante le difficoltà imposte dall'emergenza sanitaria l'Azienda ha mantenuto il proprio impegno organizzando anche nel 2022 le azioni ormai consolidate.

L'Azienda ULSS 4 Veneto Orientale ha inteso, già dal 2014, denominare "Vacanze in Salute" l'insieme dei servizi socio-sanitari offerti al turista concentrando la propria attenzione non solo sull'erogazione di servizi sanitari volti a proteggerlo in situazioni di urgenza ed emergenza, ma anche sulle sinergie con gli Enti Locali e gli attori economici, al fine di valorizzare le destinazioni turistiche con una offerta di servizi ed azioni attenti al benessere e alla salute del medesimo.

A fronte di questo scenario l'organizzazione dei servizi sanitari estivi legati al Programma "Vacanze in salute" 2022 è stata modulare e progressiva prevedendo:

- dal 23.04.22 apertura H24 del Punto di Primo Intervento (PPI) di Bibione, e dal 30.04.2021 dei PPI di Caorle e Cavallino Treporti; i PPI sono rimasti attivi fino al 30.09.2022



- dall'11.06.2022 all'11.09.2022 apertura della Postazione Ambulanza Eraclea Mare con servizio dalle 10 alle 20
- dal 01.07.2022 al 11.09.2022 servizio di Assistenza Primaria Diurna per turisti che è stato garantito dal Team dei Medici di Medicina Generale presso le sedi aziendali di Jesolo Lido e Bibione,
- dal 31.05.2022 al 30.09.2022 avvio del servizio dialisi per turisti a Bibione di Jesolo;
- apertura di 10 succursali farmaceutiche a Caorle, Bibione e Jesolo per la stagione turistica

Il programma "Vacanze in Salute" ha avviato altresì una serie di azioni volte a migliorare la cura della salute in vacanza nonché la possibilità di accedere alle vacanze anche in presenza di eventuali patologie in condizioni di piena accessibilità, che saranno oggetto di disamina più dettagliata nella sezione dedicata al "Valore Pubblico".

1.2 L'Assistenza Ospedaliera

1.2.1. Strutture e posti letto

L'Assistenza Ospedaliera viene garantita tramite quattro strutture con ruolo spoke, ovvero:

- tre ospedali per acuti, di cui due costituiscono strutture pubbliche e il terzo costituisce struttura privata accreditata per 123 posti letto, come previsto dalla DGR 2122/2013 e confermato anche dai successivi atti di programmazione;
- un ospedale riabilitativo. Da rilevare che l'Ospedale di Jesolo classificato di tipo mono specialistico riabilitativo, in base a quanto previsto dalla DGR 2122/2013 nella nuova programmazione della DGR 614/2019 è stato riconosciuto "struttura riabilitativa provinciale".

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

I posti letto delle strutture pubbliche risultano essere pari a 477 a dicembre 2022, ripartiti secondo il regime di ricovero e la struttura nella tabella sottostante.

		Numero di posti letto			
		2019	2020	2021	2022
Portogruaro	Day hospital	4	3	4	4
	Day surgery	13	13	13	13
	Degenza ordinaria	221	214	212	208
	TOT	238	230	229	225
San Donà di Piave	Day hospital	3	3	3	3
	Day surgery	13	14	14	14
	Degenza ordinaria	186	196	196	196
	TOT	202	213	213	213
Jesolo	Day hospital	-	-	-	-
	Day surgery	-	-	-	-
	Degenza ordinaria	77	116	41	39



	TOT	77	116	41	39
TOTALE ULSS 4		517	559	483	477

Fonte: Modelli ministeriali HSP22bis – posti letto medi nel mese di dicembre dell'anno indicato

Su questa programmazione interviene la programmazione approvata dalla Regione Veneto con la DGR 614/2019 e declinata dall'Azienda Ulss 4 nel piano approvato con la deliberazione del Direttore generale n. 884 del 24 settembre.

Rispetto alla situazione in essere i principali cambiamenti sono sintetizzati nella tabella successiva.

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

1.2.2. Ricoveri

La serie storica dei ricoveri a fine 2022 evidenzia la ripresa dell'attività, dopo la netta flessione del 2020, provocata dagli effetti dell'emergenza sanitaria.

Serie storica del numero ricoveri per PP.OO.

	2019		2020		2021		2022 (fino a novembre)	
	Numero ricoveri	% su tot	Numero ricoveri	% su tot	Numero ricoveri	% su tot	Numero ricoveri	% su tot
Portogruaro	8.650	38%	7.273	37%	7.039	35%	6.742	36%
S.Donà	9.214	41%	8.004	41%	8.088	41%	7.526	41%
Jesolo	1.171	5%	1.055	5%	1.029	5%	712	4%
Rizzola	3.721	16%	3.219	16%	3.795	19%	3.596	19%
Totale ricoveri	22.756	100%	19.551	100%	19.951	100%	18.576	100%

Fonte: dati flusso SDO (2022 gennaio-novembre)

1.2.3. Accessi al Pronto Soccorso

Gli accessi al Pronto Soccorso, dopo il calo del biennio 2020-2021, si collocano nel 2022 ai livelli pre-pandemia; la distribuzione secondo il triage non evidenzia significative modifiche nel triennio considerato.

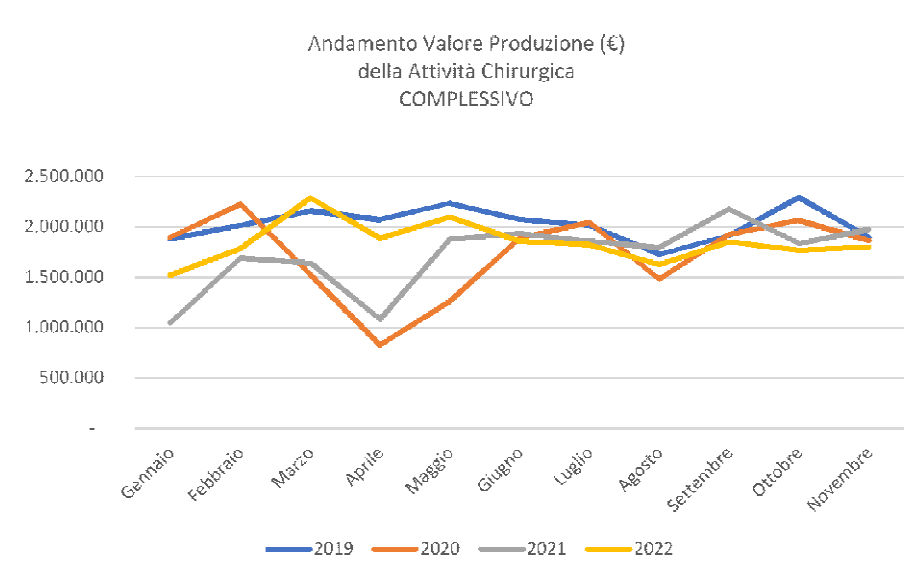
Triage	2019	2020	2021	2022
0 - Non attivato	30	103	106	130
1 - Rosso	2.005	1.364	1.574	2.019
2 - Arancione		8.595	18.272	22.440
3 - Giallo	22.698	9.396	5.110	7.389
4 - Verde	10.212	4.576	5.730	7.701
5 - Bianco	74.432	52.629	65.425	71.015
Totale complessivo	109.377	76.663	96.217	110.694

enti

L'attività chirurgica (ricoveri con DRG chirurgico nelle UO di Chirurgia generale, Chirurgia vascolare, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria e Urologia) evidenzia un graduale recupero; tale recupero è particolarmente evidente per l'attività di specialistica ambulatoriale, che è pressoché allineata al 2019 sia per quanto riguarda il numero di interventi che per quanto riguarda il valore della produzione; gli interventi in regime di ricovero (diurno, ordinario o week surgery) mostrano un trend di crescita più rallentato. L'andamento mensile evidenzia come nel 2022 le attività non abbiano risentito del blocco forzato nei primi mesi dell'anno.

Valore della produzione dell'attività chirurgica al 30 novembre – esclusa Oculistica

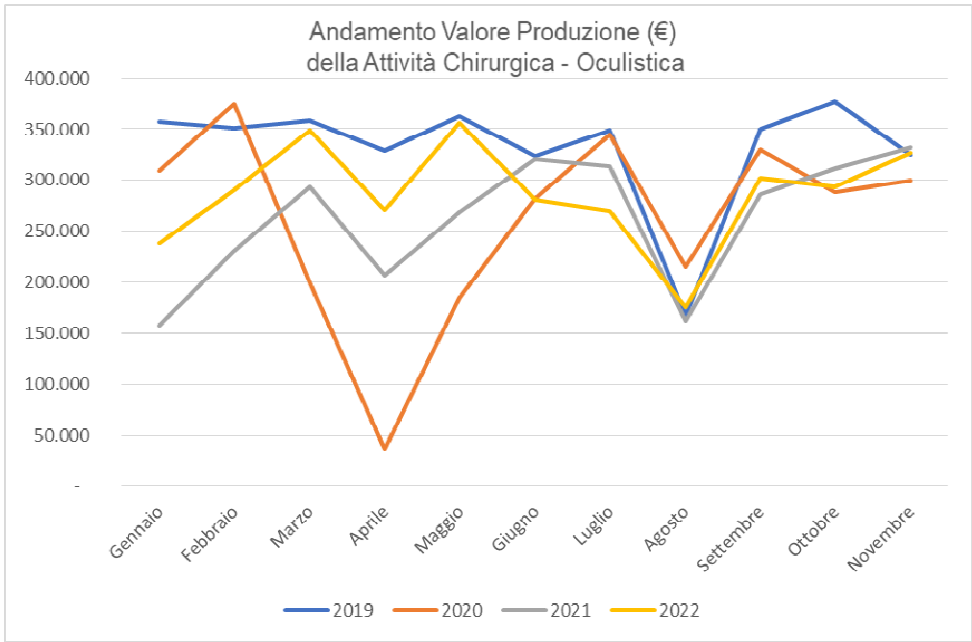
	Ricoveri + Specialistica Ambulatoriale	Ricoveri	Specialistica Amb.	Totale
Al 30/11/2019	N	5.069	3.193	8.262
	€	21.024.915	1.261.710	22.286.625
	Valore Medio €	4.148	395	2.697
Al 30/11/2020	N	4.063	2.518	6.581
	€	18.139.935	876.735	19.016.670
	Valore Medio €	4.465	348	2.890
Al 30/11/2021	N	4.003	2.570	6.573
	€	18.043.148	882.748	18.925.896
	Valore Medio €	4.507	343	2.879
Al 30/11/2022	N	4.453	3.094	7.547
	€	19.234.466	1.071.377	20.305.843
	Valore Medio €	4.319	346	2.691
Delta 30/11/2022 - 30/11/2021	N	11%	20%	15%
	€	7%	21%	7%
	Valore Medio €	-4%	1%	-7%



Per quanto concerne la branca di Oculistica (caratterizzata da una netta prevalenza dell'attività in regime ambulatoriale) l'andamento è sostanzialmente in linea con l'attività prodotta nel 2021 per quanto riguarda il numero di ricoveri, ma con un valore della produzione più elevato del biennio precedente, anche se non ancora in linea con il 2019.

Valore della produzione dell'attività chirurgica al 30 novembre –Oculistica

OCULISTICA	Ricoveri + Specialistica Ambulatoriale	Ricoveri	Specialistica Amb.	Totale
Al 30/11/2019	N	305	2.940	3.245
	€	821.899	2.828.872	3.650.771
	Valore Medio €	2.695	962	1.125
Al 30/11/2020	N	247	2.343	2.590
	€	680.446	2.185.246	2.865.692
	Valore Medio €	2.755	933	1.106
Al 30/11/2021	N	195	2.276	2.471
	€	525.333	2.358.034	2.883.367
	Valore Medio €	2.694	1.036	1.167
Al 30/11/2022	N	201	2.296	2.497
	€	577.811	2.595.401	3.173.212
	Valore Medio €	2.875	1.130	1.271
Delta 30/11/2022 - 30/11/2021	N	3%	1%	1%
	€	10%	10%	10%
	Valore Medio €	7%	9%	9%



1.3 L'Assistenza Specialistica

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

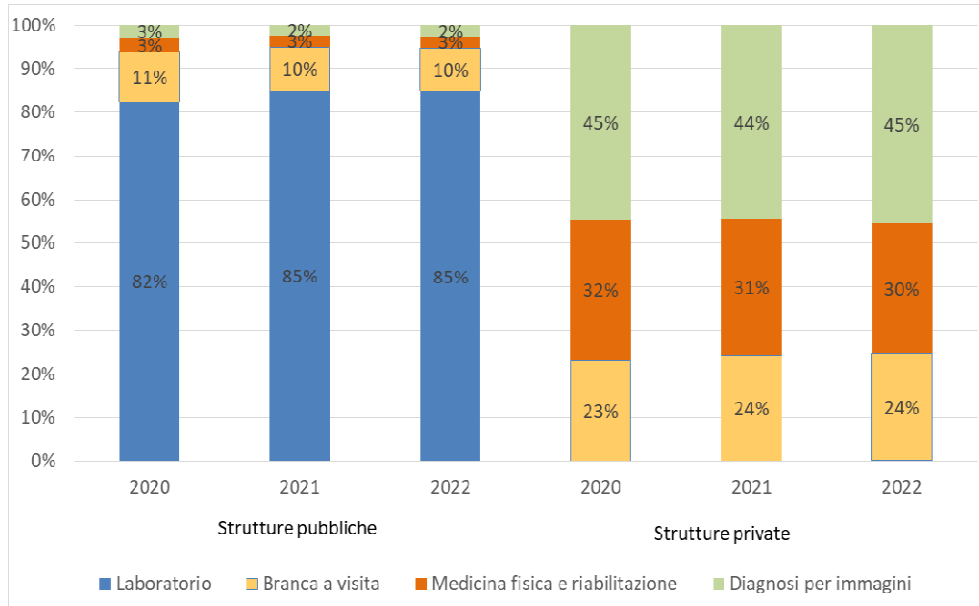
I dati rilevati dal flusso SPS per il periodo 2018 – 2022 individuano la netta ripresa dell'attività di specialistica ambulatoriale, che - dopo il blocco forzato del 2020 – riprende con volumi superiori a quelli pre-Covid; in particolare l'attività di laboratorio delle strutture pubbliche risulta in forte crescita.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale

	2018	2019	2020	2021	11/2022
Strutture Pubbliche	2.343.147	2.371.293	1.994.980	2.466.146	2.378.178
Strutture Private	228.404	179.195	167.405	179.704	167.207
Totale prestazioni	2.571.551	2.550.488	2.162.385	2.645.850	2.545.385
di cui LABORATORIO	1.886.566	1.890.388	1.644.111	2.093.237	2.016.635
- Strutture Pubbliche	1.862.421	1.890.388	1.644.111	2.093.237	2.016.487
- Strutture Private	24.145				148

Fonte: dati flusso SPS

Distribuzione delle prestazioni 2020-2022 per tipologia di struttura e branca.



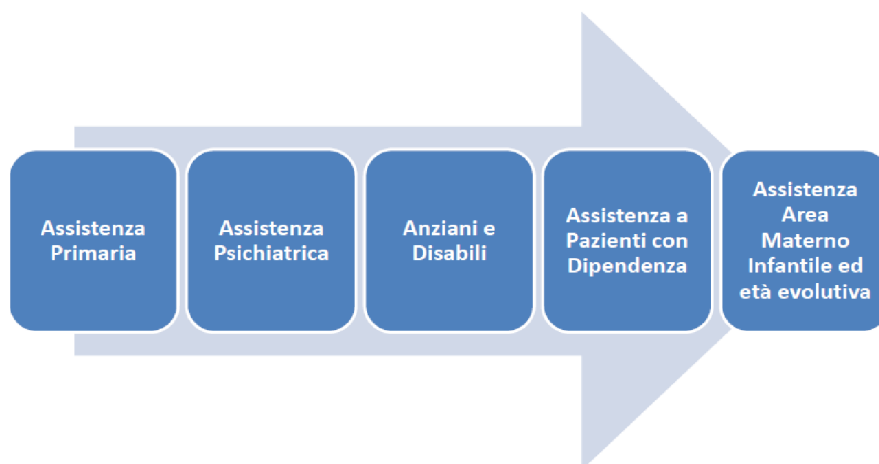
1.4 L'Assistenza Distrettuale

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

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

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

L'organizzazione dell'assistenza distrettuale è assicurata attraverso le seguenti funzioni:



1.5 Assistenza Primaria

Le attività di Assistenza Primaria sono assicurate da 127 Medici di Medicina Generale (MMG) e 19 Pediatri di Libera Scelta (PLS) con studi professionali ubicati in tutto il territorio (dato al 31/12/2022).

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

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

Per quanto riguarda le attività di cure domiciliari, la Centrale Operativa Territoriale ha visto una sostanziale conferma dell'attività svolta nell'anno precedente, con un ampliamento in particolare per quanto riguarda i

nuovi utenti in carico ad ADIMED (il confronto 2021-2022 mostra un aumento del 119,62%).

Cure Domiciliari (dati di attività riferiti al 2022)				
	2019	2020	2021	2022
N° transizioni di Pazienti fragili in carico alla COT	5.935	n.d.	4.842	4.430
N° transizioni con fragilità sociale seguiti da Sportello Integrato	1.664	n.d.	1.652	n.d.
Utenti ADIMED e ADP (Assistenza programmata) in carico	6.522	n.d.	2.662	1.913
Nuovi utenti in carico ADIMED (Assistenza Integrata)	400 (già compresi nel totale precedente)	n.d.	423 (già compresi nel totale precedente)	929 (già compresi nel totale precedente)
TOTALE	14.121	n.d.	9.156	6.343

Sul fronte delle cure palliative, l'attività garantita sia in ambito domiciliare che residenziale (negli hospice attivi presso le due IPAB del territorio) è stata la seguente:

Hospice	p.l. autorizzati	Presenze nell'anno (dato al 31 dicembre)				num. gg di assistenza al 31 dicembre			
		2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Monumento ai Caduti in Guerra	7	93	n.d.	111	86	1.542	n.d.	1.910	1.914
IPAB G. Francescon	8	93	n.d.	--	--	1.398	n.d.	--	--
TOTALE	15	186		111	86	2.940		1.910	1.914

L'assistenza a domicilio ai pazienti terminali ha coinvolto nel 2022 696 pazienti, in leggera flessione rispetto al 2021.

Assistenza a domicilio ai pazienti terminali	2021	2022
Numero pazienti	771	696

1.5.1 Anziani e Disabili

L'Assistenza agli Anziani viene erogata tramite strutture convenzionate (attività diurna semiresidenziale con 44 posti, residenziale con 1.223 posti letto di 1° e 2° livello, stati vegetativi con 14 posti letto, alta protezione Alzheimer con 10 posti letto). Complessivamente nel 2022 hanno usufruito di questo tipo di assistenza 1.660 utenti.

L'Area della Disabilità è garantita con interventi semiresidenziali presso centri diurni con una capacità ricettiva complessiva di 330 posti e interventi residenziali presso le comunità alloggio con 99 posti letto accreditati. Nel 2022 gli utenti inseriti presso i centri diurni sono stati 290 e quelli presso le comunità alloggio sono stati 88 (di cui 69 in centri dell'Ulss e in centri extra Ulss), oltre a 46 sollievi. L'Azienda eroga inoltre prestazioni di promozione e integrazione delle persone con disabilità (integrazione scolastica, inserimenti lavorativi, assistenza psicologica) e di assistenza domiciliare.

Area Anziani				
	2019	2020	2021	2022
Utenti in carico ai centri diurni	46	n.d.	29	29
Utenti per posti di 1° e 2° livello assistenziale	1.492	n.d.	1.486	1.660
Utenti Stati vegetativi permanenti	15	n.d.	7	8
Utenti Sezioni Alta protezione Alzheimer	37	n.d.	27	20
Utenti accolti ricovero di sollievo	98	n.d.	85	66
Utenti in carico con servizio di telesoccorso/telecontrollo	1.129	n.d.	1.028	929
Utenti seguiti dai Centri Sollievo (DGR 1873/2013)	47	n.d.	53	66
Utenti in carico Progetto "Dimissioni paziente fragile"	137	n.d.	219 utenti attivati su 236 utenti segnalati	123
TOTALE	3.001		2.934	2.901

Area disabilità				
	2019	2020	2021	2022
Utenti inseriti in comunità alloggio (inclusi ricoveri sollievo)	152	n.d.	124	88
Utenti coinvolti nei Progetti di autonomia e vita indipendente	21	n.d.	35 (+ 42 ANFFAS)	40
Utenti in carico al servizio sociale professionale	636	n.d.	785	806
Giornate di accoglienza temporanea di sollievo	1.585	n.d.	878	1496
Utenti in carico progetti ex legge 112 (dopo di noi)	15	n.d.	17	19
Utenti in carico al Servizio Integrazione Lavorativa	293	n.d.	334	374
Utenti del progetto Turismo Inclusivo	34	n.d.	21	23
TOTALE	2.736		2.035	2.846

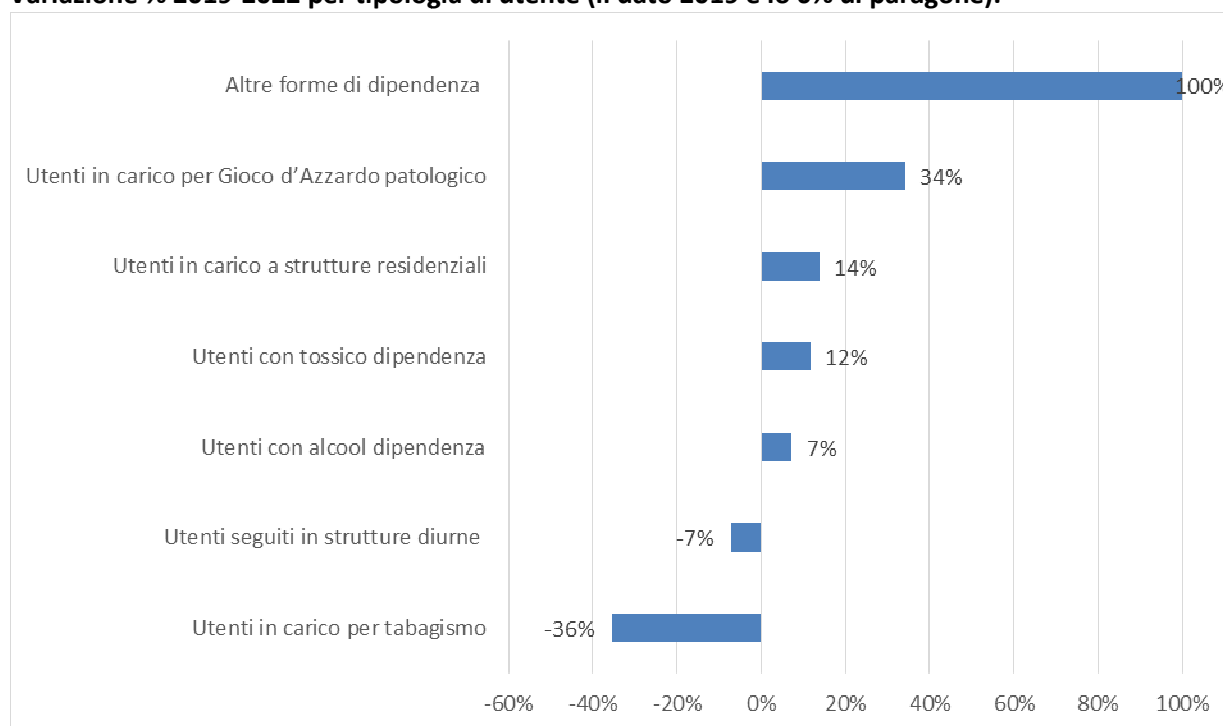
1.5.2 Assistenza a Pazienti con Dipendenza

Per quanto riguarda l'Assistenza nell'area delle dipendenze, il Dipartimento di riferimento nel 2022 ha seguito, complessivamente 1.410 utenti, in linea con il dato del 2021; la variazione del dato 2022 rispetto al 2019 (ultimo anno pre-pandemia) evidenzia una diminuzione nella quota di utenti in carico per tabagismo o

seguiti da strutture diurne, mentre aumenta l'utenza in carico a strutture residenziali così come le altre forme di dipendenza seguite dal SERD.

Profilo assistenziale / N. utenti	2019	2020	2021	2022
Utenti con tossico dipendenza	620	n.d.	707	693
Utenti con alcool dipendenza	359	n.d.	429	385
Utenti in carico per tabagismo	76	n.d.	43	49
Utenti in carico per Gioco d'Azzardo patologico	82	n.d.	116	110
Altre forme di dipendenza	32	n.d.	75	64
Utenti seguiti in strutture diurne	28	n.d.	21	26
Utenti in carico a strutture residenziali	73	n.d.	63	83
TOTALE	1270		1454	1410

Variazione % 2019-2022 per tipologia di utente (il dato 2019 è lo 0% di paragone).



Particolare attenzione è stata posta all'area della prevenzione rivolta a obiettivi diversificati (utenti e loro familiari, studenti e docenti per l'attività scolastica) con la partecipazione degli Istituti scolastici di 1° e 2° grado del territorio, forze dell'ordine, Comuni, associazioni e gruppi di auto aiuto. I dati al 2022 evidenziano un incremento, rispetto all'annualità precedente, dei partecipanti ai progetti di prevenzione in ambito territoriale (1.007 utenti rispetto ai 751 del 2021) nonché degli istituti scolastici coinvolti nelle attività di prevenzione generale in ambito scolastico (33, mentre al 2021 ammontavano a 30).

Progetti di prevenzione generale in ambito territoriale	
Ambito di intervento	Partecipanti
Progetti educativi, di animazione, di promozione e prevenzione a favore di minori e giovani (PPTS linea A)	1.007

Progetti di prevenzione generale in ambito scolastico	
Tipologia intervento	Partecipanti

Progetto di Prevenzione Territorio Scuola linea B docenti	Partecipanti alla rete e consulenze N. 430
	Istituti aderenti N. 33
Progetto di Prevenzione Territorio Scuola linea B studenti	Studenti partecipanti a progetti di prevenzione e consulenze N. 2387
Progetto di Prevenzione Territorio Scuola linea A e B genitori	Genitori che hanno ricevuto formazione o consulenza N. 461
Formazione della rete per docenti, op. sociali e sanitari	Partecipanti N. 333

Progetti di prevenzione selettiva	
Tipologia intervento	Partecipanti
Off limits Progetto di informazione e counselling - PPTS linea C	34.563
Safe night in games Progetto regionale	Coordinamento 9 incontri
Alcool e altre sostanze Psicotrope	Incontri con aziende n 4
Gioco d'Azzardo Patologico	866
Coaching abitativo e sociale	1160

1.5.3 Assistenza Psichiatrica

L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) che include la UOC Psichiatria e la UOSD Disturbi del Comportamento alimentare (DCA). Il Dipartimento articola gli interventi tra prestazioni ambulatoriali territoriali/domiciliari, assistenza semiresidenziale e residenziale. Gli utenti dei Centri di Salute Mentale (non ripetuti) complessivamente seguiti nel 2022 sono stati 2.880. A questo dato si accompagnano altri indicatori, riportati di seguito.

Dipartimento Salute Mentale				
Unità di offerta	Utenti anno 2021	Prestazioni (p) giornate di presenza (g)	Utenti anno 2022	Prestazioni (p) giornate di presenza (g)
Centro Salute mentale	2.672		2.880	
Assistenza Territoriale	605	(p) 17.109	644	(p) 17.472
Prestazioni Ambulatoriali	2.622	(p) 48.573	2.860	(p) 47.508
Day Hospital Territoriale	480	(g) 2.184	429	(g) 2.008
Centro Diurno	174	(g) 9.431	167	(g) 8.568
Comunità Terapeutica	23	(g) 5.745	22	(g) 5.464
Comunità Alloggio (est+base)	40	(g) 11.605	41	(g) 12.049
Gruppi Appartamenti	11	(g) 3.206	10	(g) 3.497
SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura)				
<i>Tasso di occupazione posti letto SPDC</i>		(%) 84,2%		(%) 83,7%
<i>Degenza media SPDC</i>		(g) 16,05		(g) 18,34
TOTALE	6.627	(p) 65.682 (g) 32.171	7.053	(p) 64.980 (g) 31.586

La Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) Disturbi del Comportamento Alimentare è la struttura di riferimento a livello provinciale, che può assicurare diversi livelli di trattamento in relazione alla complessità clinico assistenziale presente, grazie alle diverse unità di offerta: ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, in regime di ricovero ospedaliero presso la degenza di pediatria del presidio

ospedaliero di Portogruaro.

Dipartimento Salute Mentale UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare		
Unità di offerta	Utenti anno 2022	Prestazioni (p) giornate di presenza (g)
DCA Utenti in carico	387	(p) 8.246
DCA Assistenza Residenziale	62	(g) 6.607
DCA Assistenza Semiresidenziale	13	(g) 554
DCA Ambulatoriale	312	(p) 4.210
TOTALE	774	(p) 12.456 (g) 7.161

1.5.4 Assistenza Area Materno Infantile ed età evolutiva

Afferiscono a quest'area gli interventi da assicurarsi in maniera integrata e globale nell'ambito della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psico-sociale e della patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia, promuovendone la salute. Per quanto riguarda quest'area, l'attività più significativa viene riportata nella tabella che segue:

UOS Consultorio				
Tipologia	2021		2022	
	Utenti anno 2021	interventi	Utenti anno 2022	interventi
Utenti con almeno 1 accesso	1.393		1342	
Nuovi utenti anno	668		634	
<i>di cui coppie</i>	54		36	
<i>di cui famiglie</i>	236		217	
Utenti senza mandato dell'autorità giudiziario (problematiche singolo/coppia/famiglia)	676	5.237	571	5.424
Utenti con mandato dell'autorità giudiziaria (problematiche singolo/coppia/famiglia)	717		771	
<i>di cui Tribunale Ordinario*</i>	128	3.776	182	5.460
<i>di cui adozioni</i>	98	1.274	113	1.243
<i>di cui affido</i>	79	1.739	82	1.705
<i>di cui Tutela Minori</i>	412	14.832	394	14.459
Area Ostetrico Ginecologica	3.058	11.854	2475	10.242
TOTALE	4.451	38.712	3.817	38.533

UOS Neuropsichiatria Infantile		
Tipologia	Utenti 2021	Utenti 2022
Minori in carico	4.098	4190
	(di cui 558 extra ulss)	Di cui 490 extra aulss



Alunni certificati per sostegno e/o assistenza scolastica/educativa	733	808
Utenti seguiti dal Servizio Sociale NPI	394	414
Utenti in carico per assistenza scolastica	267	287
TOTALE	5.492	5.699

1.6 Il Dipartimento di Prevenzione

L'anno 2022 è stato caratterizzato da una ripresa completa delle attività delle unità operative del Dipartimento di Prevenzione a fianco delle quali sono state assicurate le attività per il contenimento dell'epidemia da Covid-19: il tracciamento dei casi e contatti e il rilascio delle misure contumaciali, la gestione dei Punti Tamponi per la somministrazione dei test per SARS-COV-2, la gestione della Campagna vaccinale anti-COVID.

Nei primi tre mesi dell'anno, la gestione delle misure di contenimento dell'epidemia ha necessitato, oltre che degli operatori stabilmente assegnati al Nucleo Covid e operatori sanitari e amministrativi assunti con contratti ad hoc, anche del contributo di risorse in personale da tutte le unità operative del dipartimento di Prevenzione.

Si riportano di seguito in maniera sintetica le principali attività e prestazioni erogate dai servizi del Dipartimento di Prevenzione

1.6.1 Attività di contenimento dell'epidemia covid-19

Campagna vaccinale anti-COVID

La Campagna vaccinale anti-COVID è proseguita per tutto l'anno, secondo le indicazioni ministeriali e regionali. L'attività è stata svolta per la maggior parte presso i Centri Vaccinali di Popolazione di San Donà di Piave, Portogruaro e Jesolo, che nell'ultima parte dell'anno sono stati progressivamente chiusi per la riduzione delle richieste di vaccinazione. L'attività di somministrazione dei vaccini è proseguita presso gli ambulatori vaccinali delle tre sedi del Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

In totale, nel corso del 2022 le dosi somministrate sono state 111.782, di cui 93.654 (84%) dai Centri Vaccinali, 13.838 dai Medici di Medicina Generale, 2.949 dai Centri Servizi, 679 domiciliari e 662 dalle farmacie territoriali.

Attività di sorveglianza sanitaria casi e contatti COVID

Nel corso del 2022 è proseguita l'attività di sorveglianza e contact tracing, affidata al Nucleo Covid del Servizio Igiene e Sanità Pubblica. Le persone positive sottoposte a misura contumaciale di isolamento sono state 83.193, mentre i contatti stretti sottoposti in quarantena sono stati 40.500 contatti stretti.

Dal 24/03/2022 il decreto ministeriale ha mantenuto le misure contumaciali esclusivamente per i casi positivi.

Inoltre sono stati presi in carico e gestite le misure contumaciali per 185 viaggiatori internazionali.

Esecuzione tamponi

Il numero di tamponi eseguiti presso i Punti Tampone aziendali di San Donà di Piave, Portogruaro, Jesolo e

PPI del litorale è pari a 167.718.

1.6.2 UOC Servizio igiene e sanità pubblica

Anche nel corso del 2022, il Servizio Igiene e Sanità Pubblica è stato fortemente impegnato nelle attività di prevenzione legate all'emergenza pandemica, dedicando molte risorse, garantendo comunque le attività di competenza, per le quali c'è stata la piena ripresa. In particolare sono state garantite tutte le prestazioni vaccinali secondo il calendario vaccinale e gli obiettivi regionali, la sorveglianza e il controllo delle malattie infettive contagiose, la gestione e il monitoraggio dei tre programmi di screening oncologici, e le prestazioni di prevenzione nei luoghi di vita

Le principali attività svolte sono riassunte nelle seguenti tabelle

Attività vaccinale (non Covid)	
n° dosi totali somministrate	54.203
n° dosi somministrate ai minori di 14 anni	26.538
n° dosi antinfluenzale totali gestite	44.915
copertura vaccinale a 24 mesi per vaccino esavalente	96%

Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	
n° ispezioni ambiente piscina e area wellness	121
n° visite al fine autorizzativo di strutture socio sanitarie	22
n° commissioni pubblico spettacolo	73
n° idoneità alloggiative	61
n° sopralluoghi per vendita/uso prodotti fitosanitari	31
totale	308

Screening oncologici	
n° inviti di 1° livello screening	74.162
n° test di 1° livello screening cervicale eseguiti	16.335
n° persone gestite aderenti agli screening	41.388

1.6.3 UOC Medicina legale

L'Unità Operativa di Medicina Legale ha garantito nel 2022, in sinergia con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica, l'attività di medicina necroscopica a livello territoriale.

Inoltre ha svolto l'attività certificativa di primo livello nel primo semestre del 2022 per le prestazioni essenziali mentre, e dal mese di giugno ha riportato l'attività a regime per tutte le certificazioni di primo livello con l'apertura regolare (previa prenotazione CUP) degli ambulatori di San Donà di Piave e di Portogruaro.

Infine, ha assicurato le attività previste in tema Commissione Medica di cui alla Legge 300/1970, l'attività istruttoria di cui alla Legge 210/92 (danni da vaccinazioni e trasfusioni) nonché valutazione degli stati di patologia grave.

Le attività svolte nel 2022 sono riassunte nelle seguenti tabelle.

CERTIFICAZIONI A VALENZA MEDICO LEGALE DI PRIMO LIVELLO	
Certificato ad uso adozione	26
Certificato cessione V° stipendio	6
Certificato riduzione sensibile deambulazione	777
Certificati esenzione cinture di sicurezza	9
Certificato cure dentarie straordinarie	2
Certificato esenzione conoscenza lingua italiana	8
Certificato per idoneità patentino gas tossici	9
Altri certificati a valenza medico legale	7
Certificato conseguimento/rinnovo patente A-B	544
Certificato conseguimento/rinnovo patente C-D	22
Prove psicotecniche	27
Certificato rilascio/rinnovo porto armi	110
Certificato rilascio/rinnovo patente nautica	30
Certificato ad uso elezioni	7

VISITE NECROSCOPICHE TOTALI N. 928

ALTRE ATTIVITÀ	
Commissione idoneità (Legge 300/70)	5
Istruttoria pratiche legge 210/1992	5
Valutazione richieste patologia grave	8

1.6.4. UOC Servizio igiene degli alimenti e nutrizione



La ripresa della piena funzionalità dell'unità operativa anche a periodo emergenziale non ancora concluso, è stata occasione di revisione ed efficientamento dei processi relativi ai controlli ufficiali, compresa l'informatizzazione della gestione e dell'archiviazione delle pratiche "popolando" i gestionali dei registri regionali SIAN-Net e OMNIA.

I dati di attività sono così riassunti:

Controlli Ufficiali del settore alimentare	
Numero di stabilimenti ispezionati	253
Numero stabilimenti risultati non conformi	120
Numero totale di ispezioni	863
Campionamenti alimenti	258
Campionamenti acqua potabile di acquedotto	160

Altre attività	
Certificati sanitari per esportazione	166
Validazione menù delle scuole	9
Ambulatorio nutrizionale: numero visite	189
Consulenze su progetti	25

1.6.5 UOC Servizio Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro

Le principali attività svolte dallo SPSAL nel corso del 2022 hanno riguardato:

- I. Attività di informazione, assistenza e consulenza ai Datori di Lavoro, RSPP, Preposti, Lavoratori , RLS, Medici competenti.
- II. Attività di verifica in **421** aziende della corretta applicazione del protocollo covid-19 in occasione della vigilanza nei luoghi di lavoro nei comparti Edilizia, Agricoltura ed Altri comparti produttivi.
- III. Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro, per la quale si riporta di seguito i dati riassuntivi degli interventi:

	Edilizia	Agricoltura	altro	TUTTI I COMPARTI
N° sopralluoghi	179	35	108	322
N° aziende oggetto di ispezione	296	25	87	408
N° infrazioni				93
N° cantieri notificati	3731			3731
N° piani lavoro verificati bonifica amianto	604			604

Altre attività	
N° inchieste infortuni	40
Né inchieste malattie professionali	80

1.6.6 UOC Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)

L'UOC Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale svolge attività di controllo su tutti i prodotti di origine animale (latte, carni, prodotti ittici, uova e miele) e i loro derivati nelle fasi di produzione (macelli-mercati ittici - centri imballaggi uova, ecc.), di lavorazione, di distribuzione e di somministrazione.

Sinteticamente si riportano le attività svolte nel corso del 2022.

Attività svolte	N.
-----------------	----

Controlli Ufficiali negli stabilimenti (accessi)	1.769
Campioni alimenti	793
Campioni molluschi bivalvi (piano di sorveglianza igienico-sanitaria dei molluschi bivalvi)	391
RASFF allerte prodotti alimentari e mangimi	43
Controlli Ufficiali attività: ispezioni	2.573*
Audit su attività	65*
N° ore di per attività di ispezione negli stabilimenti di macellazione riconosciuti ore (MSU in macello compresa)	3.943,30
Certificazioni per esportazioni alimenti di origine animale	310

* Dati da consolidare dopo estrazione flussi da parte regionale

1.6.7. UOC Servizio veterinario di sanità animale (AREA A) e UOC Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)

Le attività della UOC di Sanità Animale e Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche possono essere così riassunte:

- Controllo sorveglianza e monitoraggio delle principali malattie infettive degli animali d'allevamento e più in generale delle malattie degli animali trasmissibili all'uomo (Zoonosi);
- Controllo dell'igiene delle produzioni zootecniche (dall'alimentazione degli animali, al benessere, all'uso del Farmaco in allevamento fino al trattamento dei Sottoprodotti di origine animale) e controllo della Filiera alimentare ai fini della sicurezza alimentare
- Igiene Urbana: controllo e sorveglianza degli animali d'affezione vaganti e delle tutela del loro benessere

Sinteticamente si riportano le attività svolte nel corso del 2022 per i tre settori sopra menzionati.

Controllo sorveglianza e monitoraggio malattie infettive degli animali d'allevamento e delle malattie trasmissibili all'uomo	
Numero sopralluoghi eseguiti per Sanità Animale in allevamento (Monitoraggio IA, Campionamento IA, Certificazioni export animali, biosicurezza, risanamento)	611
Numero campioni eseguiti	5.168

Sicurezza alimentare (attività svolte negli allevamenti)	
<i>Interventi per anagrafe, alimentazione animale, benessere animale, farmaco sorveglianza, latte in allevamento, campionamenti pet food, altre certificazioni export petfood, controlli PAT</i>	1.073

Igiene urbana (anagrafe canina e tutela animali d'affezione)	
Cani randagi controllati	270
Cani randagi e gatti in libertà sterilizzati e altri interventi chirurgici	450*
Colonie feline censite nell'anno	52**
Cani/gatti feriti/malati soccorsi	89
Animali Morsicatori	191
Igiene urbana/extraurbana-sospetti maltrattamenti su animali	62

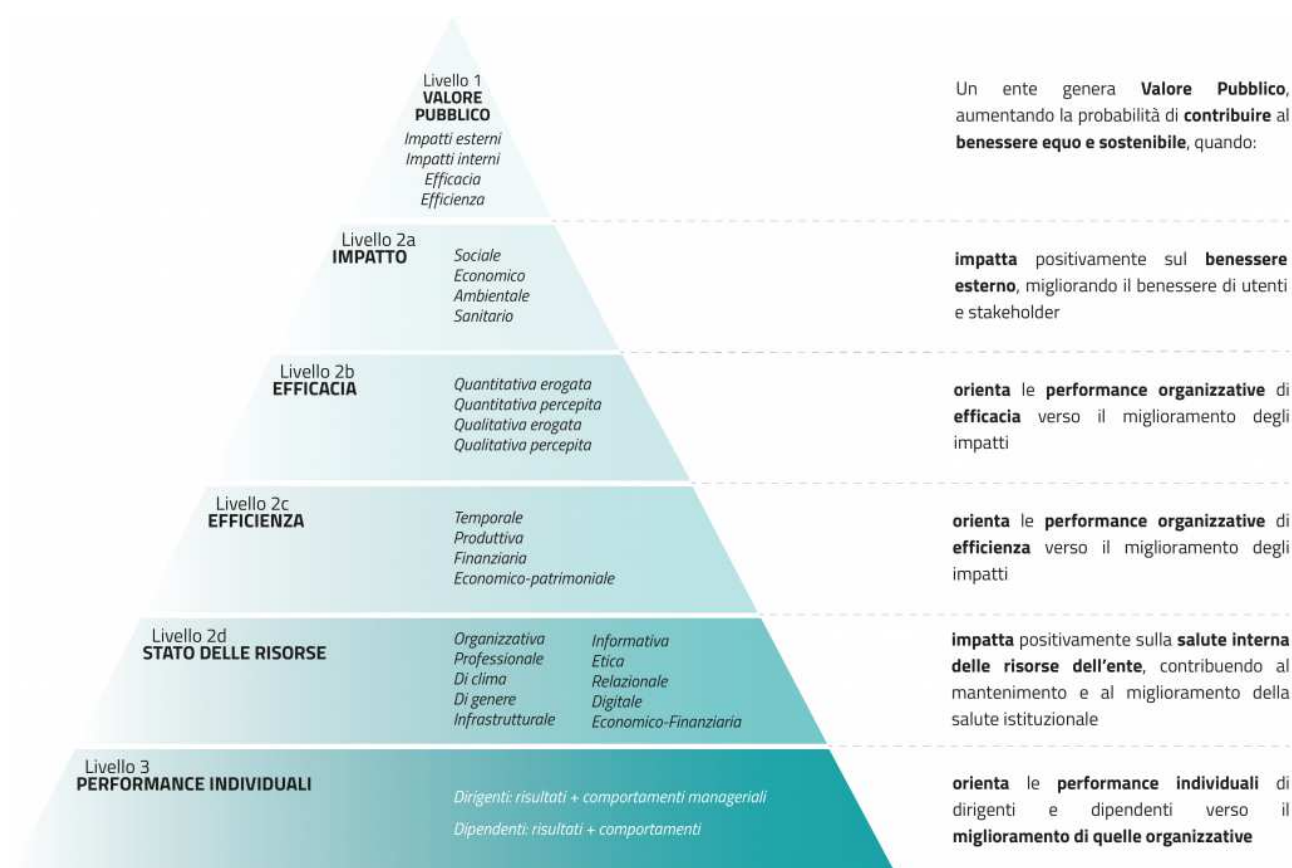
* proiezione

** Dati non definitivi

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1. Valore pubblico

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



Fonte CERVAP – Centro Ricerche Valore Pubblico

L'apporto fondamentale della salute nella creazione del Valore Pubblico è alla base dell'iniziativa "Health Equity Status Report (HESRI)"¹ "Healthy Prosperous Lives for All in Italy" che ha preso avvio nel marzo 2020.

¹ Fonte: Una vita sana e prospera per tutti. Rapporto sullo stato dell'equità della salute in Italia. Relazione nazionale, World Health Organization 2022, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357867/WHO-EURO-2022-5210-44974-64023-ita.pdf>



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



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



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



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



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

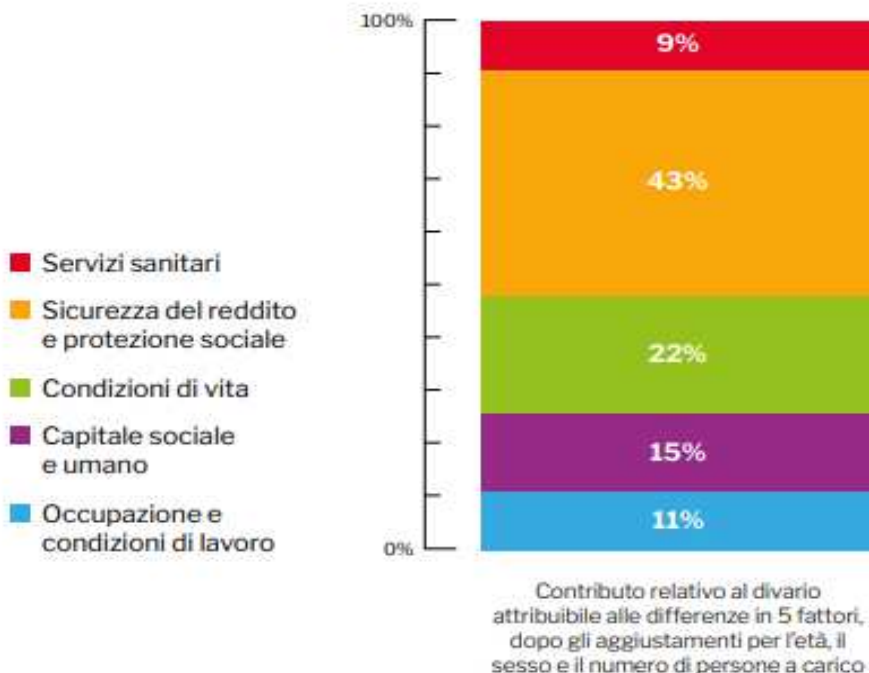


L'occupazione e le condizioni di lavoro si riferiscono agli indicatori e agli interventi relativi all'impatto del lavoro sulla salute, tra i quali la disponibilità, l'accessibilità, la sicurezza, i salari, le sollecitazioni fisiche e mentali e i rischi associati al lavoro.

Utilizzando un'analisi di scomposizione, vengono identificati i fattori significativi che contribuiscono alle disuguaglianze di salute in Italia, sulla base delle cinque condizioni essenziali, evidenziando i molteplici fattori che incidono sulla salute e sul benessere e mostrando i percorsi che portano alle disuguaglianze di salute che possono essere oggetto di un'azione politica.

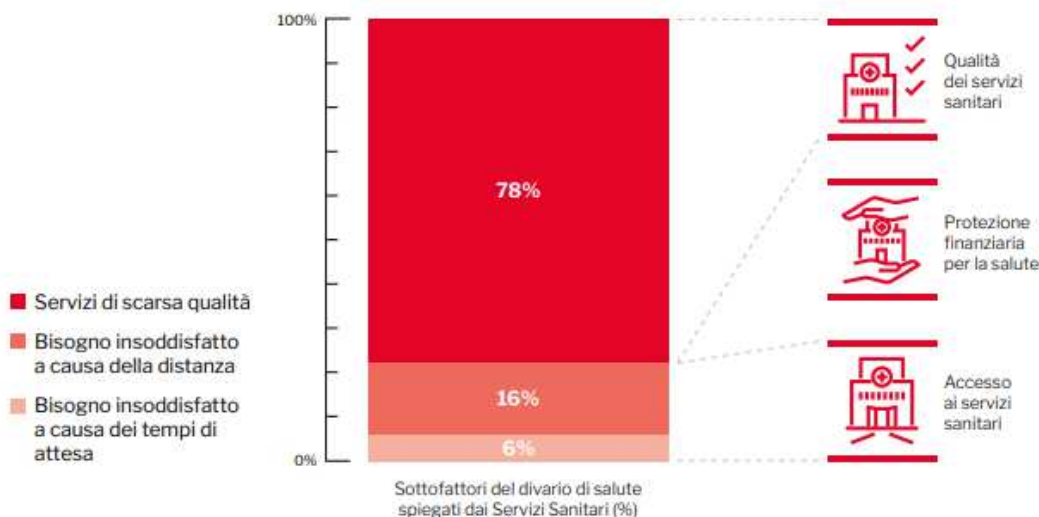
Le disparità nella qualità e nell'accesso ai servizi sanitari rappresentano il 9% del contributo totale delle cinque condizioni al divario di salute tra i gruppi di reddito superiore e inferiore.

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



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

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



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

In sede di Rapporto, vengono identificate alcune opzioni politiche perseguibili e interventi misurabili che possono avere un impatto positivo sugli stili di vita sani e sulla riduzione delle disuguaglianze nella salute e nei fattori di rischio per la salute. Tali azioni sono finalizzate a “ridurre le disuguaglianze di salute

garantendo la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario”², e vengono definite come:

- **Garantire un accesso equo alle cure.** La pandemia di COVID-19 ha causato una perturbazione e interruzione dei servizi sanitari in presenza, e le evidenze mostrano che durante la pandemia l’attività è diminuita in molteplici aree di cura. Inoltre, è importante capire la misura in cui il COVID-19 ha esacerbato le disuguaglianze nell’accesso all’assistenza sanitaria; per esempio, le persone con una ridotta capacità di pagare una quota parte a causa della perdita di reddito vengono lasciate indietro in termini di accesso ai servizi. I dati provenienti dall’UE mostrano che tra marzo e luglio 2020, più di un quinto delle persone che avevano bisogno di una visita medica o di altre cure mediche non le hanno ricevute e, quando è stato chiesto il perché, 9 su 10 hanno fornito una motivazione legata al COVID-19. Non essere in grado di pagare l’assistenza sanitaria si traduce spesso in un bisogno insoddisfatto.
- **Aiutare a proteggere le persone dai fattori di rischio e dai comportamenti dannosi per la salute.** L’incidenza di malattie a lungo termine, come le malattie cardiovascolari e il diabete è maggiore tra le donne e gli uomini in condizioni disagiate, ed è stata associata a malattie più gravi da COVID-19. I primi risultati del rapporto mostrano che, in particolare, le donne con meno anni di istruzione hanno maggiori probabilità di riferire di avere una patologia cronica. Le donne anziane in età lavorativa dichiarano anche livelli più alti di sintomi depressivi rispetto agli uomini. Il legame tra la cattiva salute mentale e l’adozione di comportamenti dannosi per la salute fisica, come il fumo e il comportamento sedentario, genera il rischio di intensificare lo stato di scarsa salute e lo sviluppo di malattie croniche, comprese quelle associate a malattie gravi da COVID-19.
- **Valorizzare il ruolo delle scuole nella promozione della salute e del benessere.** L’analisi in sede di Rapporto ha documentato le disuguaglianze presenti nell’alimentazione, nel sovrappeso e nell’obesità, nell’attività fisica e nei comportamenti rischiosi per la salute. Laddove queste si combinano con le disuguaglianze in termini di interruzione dell’istruzione scolastica, della fornitura di pasti e dell’attività fisica all’aperto che portano a disuguaglianze nei comportamenti di salute e negli stili di vita dei bambini, gli interventi scolastici possono agire per alleviare queste disuguaglianze. Tali interventi comprendono il coinvolgimento attivo dei genitori e le azioni in grado di mettere in collegamento le famiglie in situazioni emarginate e vulnerabili con i servizi di supporto della comunità e la società in senso lato. Le scuole possono anche svolgere un ruolo permettendo ai bambini e ai giovani, e alle ragazze in particolare, di acquisire un’educazione alimentare e di mantenere un’attività sociale e fisica.
- **Costruire la fiducia attraverso una comunicazione chiara e trasparente.** Per tutte le iniziative di miglioramento della salute, il sostegno e l’impegno continuo dei cittadini sono essenziali. All’inizio della pandemia, la popolazione ha dimostrato un alto livello di fiducia nelle istituzioni coinvolte nel contenimento del COVID-19 in Italia, unitamente a un forte senso di responsabilità civica nel seguire le indicazioni delle istituzioni preposte alla salute pubblica. La fiducia nelle istituzioni è importante anche per garantire che le persone accedano all’assistenza sanitaria quando necessario.

2.1.1 La valorizzazione della vocazione turistica del territorio

L’Azienda ULSS 4 si interfaccia con un territorio caratterizzato da una serie di specificità, che ne orientano la produzione di valore pubblico proprio all’insegna del sostegno e del supporto a queste stesse specificità.

Un fondamentale aspetto strutturale del territorio dell’ULSS 4 è la caratterizzazione del turismo balneare.

Come riportato nel report “Vacanze in Salute 2022”, il litorale dell’Aulss4, nel quale si affacciano le importanti località balneari di Bibione, Caorle, Eraclea Mare, Jesolo e Cavallino-Treporti, è il principale comprensorio turistico balneare del Veneto e costituisce il primo in Italia per numero di presenze e arrivi di turisti stranieri.

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

I servizi socio-sanitari attivati nel periodo estivo vengono utilizzati però non solo dai turisti italiani e stranieri, ma anche da molti non residenti che nel periodo estivo sono presenti nelle località turistiche per gestire attività commerciali, per svolgere attività di lavoro stagionale dipendente, perché possessori di case vacanze o soggetti che effettuano il cosiddetto turismo “pendolare”. Si tratta pertanto di altre tipologie di presenze rispetto a quelle che vengono ordinariamente registrate da operatori qualificati nella banca dati regionale, ma che vanno ad aggiungersi a quelle tradizionalmente rilevate, amplificando ulteriormente l’incidenza turistica che caratterizza il nostro territorio.

Di seguito si riportano i dati dei flussi turistici registrati in Veneto, da gennaio ad agosto 2022.

Movimento annuale per comprensorio – Gennaio-Agosto 2022

COMPENSIORIO	ARRIVI		PRESENZE		TOTALE	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	ARRIVI	PRESENZE
Mare	1.314.428	2.181.298	6.845.194	14.409.106	3.495.726	21.254.300
Città d’arte	2.162.671	3.727.120	4.779.988	8.869.126	5.889.791	13.649.114
Lago	590.630	1.547.303	1.576.041	8.514.464	2.137.933	10.090.505
Montagna	517.356	313.442	2.218.677	955.898	830.798	3.174.575
Terme	359.938	104.952	1.186.259	617.154	464.890	1.803.413
TOTALE REGIONE	4.945.023	7.874.115	16.606.159	33.365.748	12.819.138	49.971.907

Fonte: elaborazioni dell’Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat – Regione Veneto

All’interno di questo contesto, l’Aulss4 si distingue per essere quindi la prima azienda sanitaria in Italia per numero di presenze ed assistenza sanitaria rivolta ai turisti, nonché per il maggior numero di stranieri in vacanza. Nella tabella seguente, si riportano i dati di presenza per località nel periodo 2019-2022, con l’indicazione percentuale dei turisti italiani e di quelli stranieri. Si rileva che a causa dell’aggiornamento delle procedure informatiche utilizzate dall’Ufficio Statistica della Regione Veneto e dell’adeguamento dei suoi operatori al nuovo servizio digitale offerto dalla Direzione Turismo, i dati disponibili ad oggi per la stagione 2022 sono incompleti poiché disponibili, e quindi elaborati, solo fino ad agosto 2022.

Presenze turistiche per località 2019-2022 (dato gennaio-agosto)

COMUNE	PRESENZE 2019	PRESENZE 2020	PRESENZE 2021	PRESENZE 2022 (da gennaio ad agosto)	Di cui: ITALIANI (N)	Di cui: STRANIERI (N)	Di cui: ITALIANI (%)	Di cui: STRANIERI (%)
Caorle	4.319.483	1.867.330	3.896.219	3.707.528	1.164.905	2.542.623	31,42%	68,58%
Eraclea	495.225	152.667	516.632	413.133	136.664	276.469	33,08%	66,92%
Jesolo	5.438.519	2.624.773	4.701.878	4.352.205	1.896.691	2.455.514	43,58%	56,42%
Bibione	5.851.482	2.394.301	4.590.906	4.697.514	1.184.243	3.513.271	25,21%	74,79%
Cavallino Treporti	6.269.451	2.414.872	5.421.789	5.629.542	982.918	4.646.624	17,46%	82,54%
TOTALE AULSS 4	22.374.160	9.453.943	19.127.424	18.799.922	5.365.421	13.434.501	28,54%	71,46%

Nell’ambito della pianificazione e gestione del programma “Vacanze in Salute”, l’orientamento dell’Azienda è sempre stato volto a favorire un continuo processo di miglioramento dei percorsi assistenziali. Nel corso della stagione 2022, grazie alla sperimentazione di tecnologie e di nuovi modelli organizzativi connessi tra loro, è stata potenziata una rete integrata volta ad orientare e gestire in modo ottimale le necessità assistenziali dell’utenza estiva. In particolare si riportano di seguito le aree di miglioramento che hanno caratterizzato la stagione estiva trascorsa:



♣ Triage di prossimità Ambulatori di Assistenza Primaria Diurna e Servizi di Area Critica

Presso il PPI Avanzato di Jesolo e il PPI di Bibione è stato attivato un modello sperimentale di triage avanzato a supporto di una organizzazione assistenziale integrata che ha coinvolto il servizio di Assistenza Documento firmato digitalmente e conservato a norma di legge 6 Primaria Diurna e i servizi di area critica. Questo modello sperimentale ha potuto ottimizzare in particolare la gestione dei “codici bianchi”, che identificano i pazienti a minor gravità e carico assistenziale, che solitamente sarebbero soggetti a lunghissimi tempi di attesa.

♣ Portale “Salute in Vacanza”

Nel corso di questa stagione l’Azienda ha attivato il portale digitale “Salute in Vacanza”, tradotto in lingua inglese e tedesca, con l’obiettivo di facilitare il primo contatto con gli utenti, e fornire tutte le necessarie informazioni sui servizi socio-sanitari estivi che la nostra Azienda attiva nel corso della stagione. Il portale garantisce una navigazione snella ed intuitiva, prevedendo per il futuro un ulteriore maggior sviluppo delle potenzialità dell’intelligenza artificiale quale fonte di primo contatto tra pazienti e sistema sanitario.

♣ Accoglienza e supporto a pazienti e accompagnatori

Nel corso della stagione estiva 2022 sono state introdotte, nell’ambito di un progetto sperimentale nuove figure presso il PPI Avanzato di Jesolo. Si tratta di profili amministrativi non sanitari, Stewart e Hostess, che affiancano e indirizzano i pazienti nelle loro diverse necessità: utilizzo dei percorsi più appropriati, informazioni per familiari e accompagnatori che attendono i propri cari in condizioni più gravi, supporto agli utenti nell’adempimento delle necessarie pratiche amministrative. Dotati di competenze linguistiche avanzate, in virtù della forte connotazione turistica del Presidio Ospedaliero di Jesolo, si sono dimostrati un prezioso punto di riferimento per gli utenti e gli operatori.

♣ Servizio di video-interpretariato a distanza in lingua dei segni italiana (LIS)

Il servizio di video-interpretariato a distanza in lingua dei segni italiana (LIS) è attivo presso la nostra Azienda fin dal 2016, per facilitare la comunicazione tra il nostro personale sanitario ed il paziente che utilizza la lingua dei segni (LIS). Mediante apposita App scaricabile su pc, tablet e smartphone, è possibile avviare una videochiamata con un interprete raggiungibile tutti i giorni dalle 8.00 alle 18.00. Dalla stagione estiva 2022, oltre ad essere attivo nelle strutture di emergenza e nei presidi ospedalieri dell’Azienda, il servizio di video interpretariato in lingua dei segni è fruibile tutti i giorni dalle ore 8.00 alle ore 18.00 anche in una serie di stabilimenti balneari inclusivi. Qui il turista sordo può utilizzare un QR code e, in autonomia, avviare all’istante la videochiamata. Il progetto denominato “E-Inclusion: vedo, sento, ascolto, capisco” ha inoltre previsto la realizzazione di: - un sito internet per orientare gli utenti all’utilizzo del video-interpretariato; - video guide in LIS per illustrare i servizi Ulss4; - un protocollo per la gestione della comunicazione con le persone sorde segnanti.

Il Programma “Vacanze in Salute” si articola in più linee di intervento che si distinguono tra loro per una diversa intensità di cure in base al bisogno clinico-assistenziale del paziente, con una articolazione organizzativa che va dall’area emergenza - urgenza alla visita e/o al controllo a carattere ordinario. La principale linea di intervento è composta dal potenziamento dei due pronto soccorsi di San Donà di Piave e Portogruaro e del Punto di Primo Intervento Avanzato di Jesolo attivi tutto l’anno, ai quali si aggiungono i punti di primo intervento di Bibione, Caorle e Cavallino Treporti. Il PPI di Bibione viene attivato durante il periodo estivo, mentre quelli di Caorle e Cavallino-Treporti vengono potenziati. Concorre a formare la prima linea anche la postazione diurno di ambulanza ad Eraclea Mare. Un’ulteriore linea di intervento si riferisce al potenziamento estivo di alcuni servizi ospedalieri a supporto delle attività dei pronto soccorsi nel caso di necessità di indagini diagnostiche e di ricovero e cura, in particolare sono coinvolte le unità

ospedaliere di radiologia, ortopedia, pediatria, medicina generale, anestesia/rianimazione e il laboratorio di analisi. La terza linea di intervento riguarda il servizio di assistenza primaria diurna per i turisti attivato mediante medici di assistenza primaria e presso le località di Caorle, Bibione e Jesolo Lido che hanno garantito il servizio presso le sedi aziendali o presso gli ambulatori propri. A tali servizi si aggiungono quelli di “supporto” come, ad esempio, le attività di prevenzione e ispezione svolte dal Dipartimento di Prevenzione.

Dati di attività prima linea di intervento: organizzazione dell'area critica

I dati relativi agli accessi alle strutture aziendali di Pronto Soccorso da maggio a settembre 2022, comparati con i tre anni precedenti, evidenziano una stagione in linea con quelle precedenti la pandemia; analizzando la provenienza degli utenti si evidenzia nel 2022 un deciso aumento della componente straniera.

Accessi ai PS e PPI aziendali da maggio a settembre 2022 – Confronto 2019, 2020 e 2021

Accessi complessivi	2019	2020	2021	2022	Delta % 2022 vs 2019
Maggio	8.753	4.537	6.972	9.733	11,2%
Giugno	12.140	7.281	10.658	13.232	9,0%
Luglio	13.418	10.247	13.151	14.311	6,7%
Agosto	14.344	11.866	14.204	14.359	0,1%
Settembre	9.405	7.826	9.365	9.625	2,3%
Totale	58.060	41.757	54.350	61.260	5,5%

Accessi ai PS e PPI aziendali da maggio a settembre 2022 – Provenienza degli utenti

Accessi complessivi	2019	2020	2021	2022	Delta % 2022 vs 2019
ULSS 4	35.438	27.530	33.108	35.733	0,8%
Veneto	7.572	6.200	7.993	8.445	11,5%
Italia	6.726	4.789	6.461	6.702	-0,4%
Stranieri	8.324	3.238	6.788	10.380	24,7%
Totale	58.060	41.757	54.350	61.260	5,5%

Uscite di ambulanza per codice chiamata – Stagione 2022

Sede PS/PPI	Colore	Tot. uscite	%
PS Jesolo	Bianco	102	3,88%
	Verde	896	37,46%
	Giallo	1.228	46,66%
	Rosso	316	12,01%
	TOT	2.632	
PS San Donà di Piave	Bianco	138	4,48%
	Verde	1.113	36,17%
	Giallo	1.417	46,05%
	Rosso	409	13,29%
	TOT	3.077	
PS Portogruaro	Bianco	77	3,16%
	Verde	857	35,22%
	Giallo	1.222	50,23%
	Rosso	22	0,90%
	Arancione	255	10,48%
	TOT	2.422	
PPI Bibione	Bianco	42	3,68%
	Verde	412	36,08%

	Giallo	556	48,69%
	Rosso	132	11,56%
	TOT	1.142	
PPI Caorle	Bianco	45	3,19%
	Verde	485	34,42%
	Giallo	714	50,67%
	Rosso	165	11,71%
	TOT	1.409	
PPI Cavallino - Treporti	Bianco	70	5,07%
	Verde	451	32,63%
	Giallo	717	51,88%
	Rosso	144	10,42%
	TOT	1.382	
Postazione ambulanza Eraclea Mare	Bianco	6	2,73%
	Verde	80	36,36%
	Giallo	116	52,73%
	Rosso	18	8,18%
	TOT	220	

Dati di attività seconda linea di intervento: assistenza primaria diurna

Nella stagione 2022 per le mensilità di luglio, agosto e settembre, l'attività dei Medici di Medicina Generale presso gli ambulatori aziendali diurni per turisti delle sedi di Jesolo Lido e Bibione ha coinvolto in totale 2.327 utenti, ripartiti in misura equivalente tra Bibione e Jesolo Lido.

Sono state erogate 3.248 prestazioni in totale; va sottolineato che la riduzione per l'annualità degli orari e del periodo di apertura degli ambulatori nonché la mancata attivazione delle sedi di Caorle, Eraclea Mare e Cavallino Treporti (a causa dell'insufficiente adesione dei medici al servizio ha inciso in negativo sulla quantità di prestazioni erogate.

Utenti distinti per sede e mese Ambulatori Aziendali Diurni per Turisti – Bibione e Jesolo Lido 2022

BIBIONE						
MESE	ITALIANI	%	STRANIERI	%	TOTALE	% SUL TOT
LUGLIO	279	57,28%	208	42,71%	487	40,90%
AGOSTO	366	61,40%	230	38,59%	596	50,04%
SETTEMBRE	45	41,66%	63	58,33%	108	9,06%
TOTALE	690	57,93%	501	42,06%	1.191	100%
JESOLO						
MESE	ITALIANI	%	STRANIERI	%	TOTALE	% SUL TOT
LUGLIO	261	59,45%	178	40,54%	439	38,64%
AGOSTO	374	62,12%	228	37,87%	602	54,00%
SETTEMBRE	41	43,15%	54	56,84%	95	8,36%
TOTALE	676	59,50%	460	40,49%	1.136	100%

Prestazioni distinte per sede e mese Ambulatori Aziendali Diurni per Turisti – Bibione e Jesolo Lido 2022

SEDE	MESE	VISITE AMBULATORIALI	%	ATTI MEDICI RIPETITIVI RICETTE	%	ALTRE PRESTAZIONI	%	TOTALE
BIBIONE	LUGLIO	406	40,23%	31	37,34%	204	39,38%	641
	AGOSTO	511	50,64%	42	50,62%	270	52,13%	823
	SETTEMBRE	92	9,13%	10	12,04%	44	8,49%	146
	TOTALE	1.009	100%	83	100%	518	100%	1.610

JESOLO	LUGLIO	350	35,31%	29	47,54%	227	38,75%	606
	AGOSTO	553	55,82%	28	45,91%	307	52,38%	888
	SETTEMBRE	88	8,87%	4	6,55%	52	8,87%	144
	TOTALE	991	100%	61	100%	586	100%	1.638
TOTALE		2.000	51,57%	144	4,43%	1.104	34,00%	3.248

Oltre a tali spazi ambulatoriali dedicati, il servizio di Assistenza Primaria Diurna è stato garantito dai Medici di Medicina Generale che hanno operato presso il proprio ambulatorio, aderendo al servizio: in totale 4 medici, di cui 3 a Jesolo Lido e 1 a Caorle. Per la stagione 2022:

- gli utenti del servizio sono stati 672 italiani e 250 stranieri dal 1° giugno al 31 agosto 2022;
- sono state erogate in totale 992 prestazioni.

Dati di attività terza linea di intervento: ricoveri

Durante le mensilità estive, l'incidenza di ricoveri riconducibile a turisti è ricavabile, a livello di stima, dalla differenza tra la media dei ricoveri di utenti extra AULSS4 (intra regione, extra regione e stranieri) nel periodo gennaio-aprile e quello degli stessi utenti nel periodo da maggio a fine settembre. La suddivisione percentuale tra assistiti ULSS e residenti fuori regione tende a modificarsi nettamente nella stagione estiva, a favore della seconda componente.

	Provenienza	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Totale
Jesolo	Uss 4	61	38	47	55	26	227
	Veneto		4	4	1	1	10
	Italia	1	4	1		1	7
	Eestero		2			4	6
	Tot	62	48	52	56	32	250
Portogruaro	Uss 4	569	525	485	516	558	2.653
	Veneto	31	40	42	46	30	189
	Italia	41	49	47	50	40	227
	Eestero	8	19	24	17	24	92
	Tot	649	633	598	629	652	3.161
San Donà di Piave	Uss 4	709	663	565	524	610	3.071
	Veneto	33	51	41	56	32	213
	Italia	16	17	41	24	32	130
	Eestero	24	31	33	22	26	136
	Tot	782	762	680	626	700	3.550

Le attività di emodialisi

Presso l'AULSS 4 sono attivi due centri dialisi, per rispondere alle richieste di trattamenti dialitici dei pazienti italiani e stranieri che soggiornano nel territorio durante il periodo estivo. I servizi contano rispettivamente 12 posti (presso il P.O. di Jesolo) e 6 posti presso il PPI di Bibione, per il periodo da maggio a fine settembre.

Il servizio di emodialisi per turisti è molto apprezzato e, per la sua continuità negli anni, contribuisce a rafforzare la fidelizzazione dei turisti nelle due località.

Sono stati coinvolti 235 utenti, per un totale di 870 dialisi erogate.

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

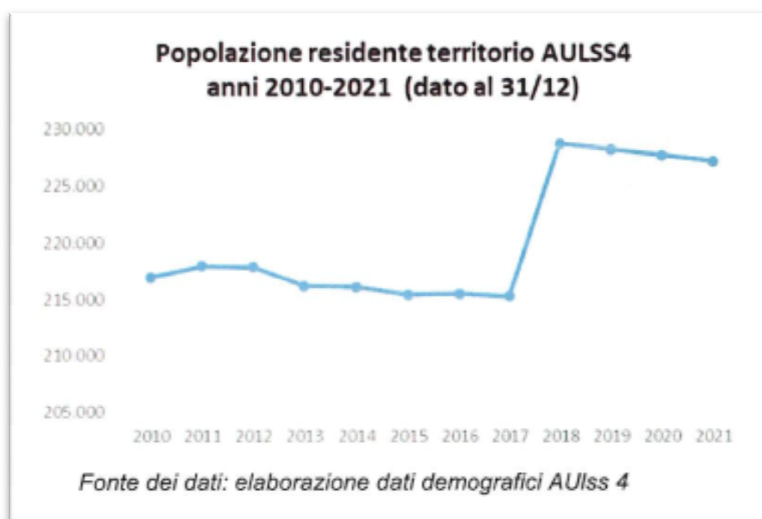
La progettualità correlata al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), già presentata per sommi capi in premessa, rappresenta un fondamentale elemento per incidere sulla qualità della vita dei cittadini; in

particolare gli elementi di investimento e costruzione di progettualità devono essere inseriti in una logica di programmazione a lungo termine, che focalizzi sia le caratteristiche attuali sia la potenziale evoluzione futura del territorio nelle sue principali componenti demografiche, socio-economiche e di accesso ai servizi. In questo senso, la progettazione relativa al P.N.R.R. deve rispondere alla duplice esigenza di supportare il territorio che è e contribuire a disegnare il territorio che sarà.

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

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

Per quanto riguarda i trend demografici della popolazione, si registrano delle dinamiche di invecchiamento complessivo della popolazione residente che impongono di progettare modelli di welfare sostenibile, per rispondere al bisogno di assistenza che prevedibilmente seguirà l'andamento della curva demografica. Dal confronto sui dati riferiti agli ultimi 10 anni, si rileva un trend decrescente nella popolazione complessiva del territorio, riferito al calo della natalità, come rappresentato nel grafico seguente (si precisa che l'aumento demografico dell'anno 2018 è dovuto all'integrazione del Comune di Cavallino Treporti nel territorio dell'Azienda ULSS 4 Veneto Orientale).



Il dato sull'incidenza percentuale delle varie fasce di età sul totale della popolazione residente rispetto all'annualità precedente evidenzia, nel 2021, una diminuzione di popolazione nelle fasce di età 0-14 anni e 15-64 anni e un contestuale incremento nella fascia che ricomprende la popolazione oltre 65 anni.

	Popolazione al 31/12/2021 per fasce di età		
	0 – 14 anni	15 – 64 anni	65 anni e oltre
Numero	27.033	144.248	55.872
Diminuzione % rispetto all'anno precedente	2,1%	-0,5%	1,3%
Incidenza % sul totale popolazione	12%	64%	25%

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

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

Da un lato, quindi, si è scelto di realizzare cinque **Case della Comunità**, con l'obiettivo di assicurare alla

comunità strutture, facilmente identificabili, di prossimità, facilmente raggiungibili dalla popolazione di riferimento, dove trovare una risposta efficace ai bisogni sia di tipo sanitario sia di tipo socio-sanitario.

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

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

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

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

L'obiettivo principale dell'Ospedale di Comunità è di offrire un'adeguata risposta al processo di trasformazione dell'organizzazione sanitaria, che prevede una riduzione dei posti letto per l'assistenza ospedaliera, l'appropriatezza del ricovero ed una permanenza in ospedale solo per il periodo della fase acuta.

L'Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con tempi di degenza brevi, per pazienti che necessitano di un periodo di stabilizzazione clinica, monitoraggio e rimodulazione della terapia dopo la dimissione da reparti per acuti e per utenti provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica e/o la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare al fine di prevenire un ricovero ospedaliero inappropriato.

Tale struttura è destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. La gestione è prevalentemente infermieristica, con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il Pronto Soccorso, le unità operative ospedaliere o altre prestazioni specialistiche.

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

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

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

A queste strutture, con finanziamento PNRR, si affiancherà l'Ospedale di Comunità presso il presidio ospedaliero di Jesolo, che sarà costituito da:

Un'area di degenza composta da 12 stanze da 2 posti letto ciascuna con annessi servizi igienici. Presenza di spazio dedicato e di poltrona comfort per la mobilitazione precoce del paziente, solitamente reduce da prolungato allettamento e da sindrome ipocinetica da ricovero ospedaliero;

- Un locale soggiorno per favorire la socializzazione e per evitare di polarizzare la vita del paziente solo intorno al posto letto;
- Un locale per il coordinatore;
- Un locale guardiola per gli infermieri;
- Un ambulatorio medico con bagno;
- Un bagno attrezzato per disabili;
- Un locale deposito pulito;

- Un locale deposito sporco con vuotatoio;
- Una cucinetta/tisaneria;
- Un locale riservato al deposito delle attrezzature;
- Un bagno con antibagno per gli operatori;
- Un locale per visita da parte dei familiari con bagni per il pubblico.

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

In tabella sottostante lo stato d'avanzamento degli investimenti relativi al PNRR da ultimo aggiornamento mensile effettuato al 01/10/2023.

Missione	Componente	Progettualità	Finanziamento PNRR	Stato dei lavori
M6-C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E MEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	Inv. 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona	Casa di Comunità Cavallino-Treporti	2.700.000	In attesa dell'approvazione del progetto definitivo dalla CRITE.
		Casa di Comunità Jesolo	1.110.000	
		Casa di Comunità San Donà	2.000.000	
		Casa di Comunità San Michele	341.250	
		Casa di Comunità Caorle	1.308.000	
	Inv. 1.3 Ospedali di Comunità	Ospedale di Comunità Jesolo	3.500.000	
	Inv. 1.2 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina - COT (Centrale Operativa Territoriale)	COT San Donà - lavori (arredi) "Via Trento"	40.000	Trasmesso progetto esecutivo in Regione. In fase di affidamento dell'appalto dei lavori.
		COT San Donà - lavori "Ospedale"	355.965	
		COT interconnessione		Acquisiti i CIG per le 4 voci (software, hardware, servizio di migrazione e interconnessione dati, servizio di formazione del personale). Adesione all'accordo quadro per l'ordine di 20 PDL rientranti in una parte dell'hardware.
		COT device	221.270	In attesa di disposizioni dalla Regione.
M6-C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Inv. 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	DEA I (Digitalizzazione) di cui:	6.425.921	Emissione CIG per gli investimenti rientranti.
		Soggetto Attuatore Delegato AULSS 4	3.020.183	
		Soggetto Attuatore Delegato Azienda Zero	3.405.738	
		Grandi apparecchiature - TAC Jesolo	530.000	Adesione a convenzione Consip con emissione dell'ordine di fornitura.
		Grandi apparecchiature - TAC Portogruaro	530.000	In attesa dell'attivazione della convenzione Consip.
		Grandi apparecchiature - RMN 1,5T Portogruaro	946.850	
Grandi apparecchiature - Radiologico San Donà	280.600			

2.2. Sintesi dell'andamento dei risultati economici

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

	Conto economico consuntivo 2018	Conto economico consuntivo 2019	Conto economico consuntivo 2020	Conto economico consuntivo 2021
RISULTATO DI ESERCIZIO	3.352.764	3.014.963	2.308.250	205.055
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	11.187.058	10.977.527	10.674.891	9.375.286
Totale valore della produzione (A)	424.697.718	442.426.040	450.705.456	490.707.296
Totale costi della produzione (B)	411.016.560	432.019.283	438.267.492	485.013.760
Totale proventi e oneri finanziari (C)	-6.801	-47.445	286	-2.969
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-2.487.298	618.216	-1.763.355	3.684.718
Totale imposte e tasse	7.834.295	7.962.564	8.366.644	9.170.231

I bilanci del 2020 e del 2021 sono fortemente caratterizzati dall'impatto dell'emergenza Covid. A supporto della programmazione si possono, al momento, assumere i saldi riproposti nello schema della tabella seguente riferiti al bilancio preventivo economico approvato per l'anno 2022.

Conto economico preventivo 2023 – Area sanitaria

	Conto economico preventivo 2023
RISULTATO DI ESERCIZIO	-37.673.443,66
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	-28.534.730,85
Totale valore della produzione (A)	481.492.012,17
Totale costi della produzione (B)	511.791.379,50
Totale proventi e oneri finanziari (C)	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.314.636,48
Totale imposte e tasse	9.138.712,81

Conto economico preventivo 2023 – Area sociale

	Conto economico preventivo 2023
RISULTATO DI ESERCIZIO	0
Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	141.166,81
Totale valore della produzione (A)	9.614.370,40
Totale costi della produzione (B)	9.473.111,98
Totale proventi e oneri finanziari (C)	0
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	-91,61
Totale imposte e tasse	141.166,81

2.3. Performance

2.3.1 Il raggiungimento degli Obiettivi

Da un punto di vista generale, le direttrici lungo le quali le aziende sanitarie sono chiamate a muoversi, sono delineate dall'Amministrazione Regionale attraverso il sistema di obiettivi di salute e funzionamento dei servizi i cui contenuti, sono descritti nelle DGR n. 2860/2008 (obiettivi 2009-2010), n. 3140/2010 (obiettivi 2011), n. 2369/2011 (obiettivi 2012), n. 1237/2013 (obiettivi 2013), n. 2355/2013 (obiettivi 2014), n. 2525/2014 (obiettivi 2015) n. 2072/2015 (obiettivi 2016) n. 246/2017 (obiettivi 2017), n. 230/2018 (obiettivi 2018), n. 248 del 08.03.2019 (obiettivi 2019), n. 1406 del 16.09.2020 (obiettivi 2020), n. 958 del 13.07.2021 (obiettivi 2021), n. 709 del 14.06.2022 (obiettivi 2022) e infine la n. 1702 del 2022, che definisce gli obiettivi per l'annualità 2023.

Gli ambiti LEA (Livelli Essenziali Assistenza) su cui si articola la definizione degli obiettivi di salute sono quattro:

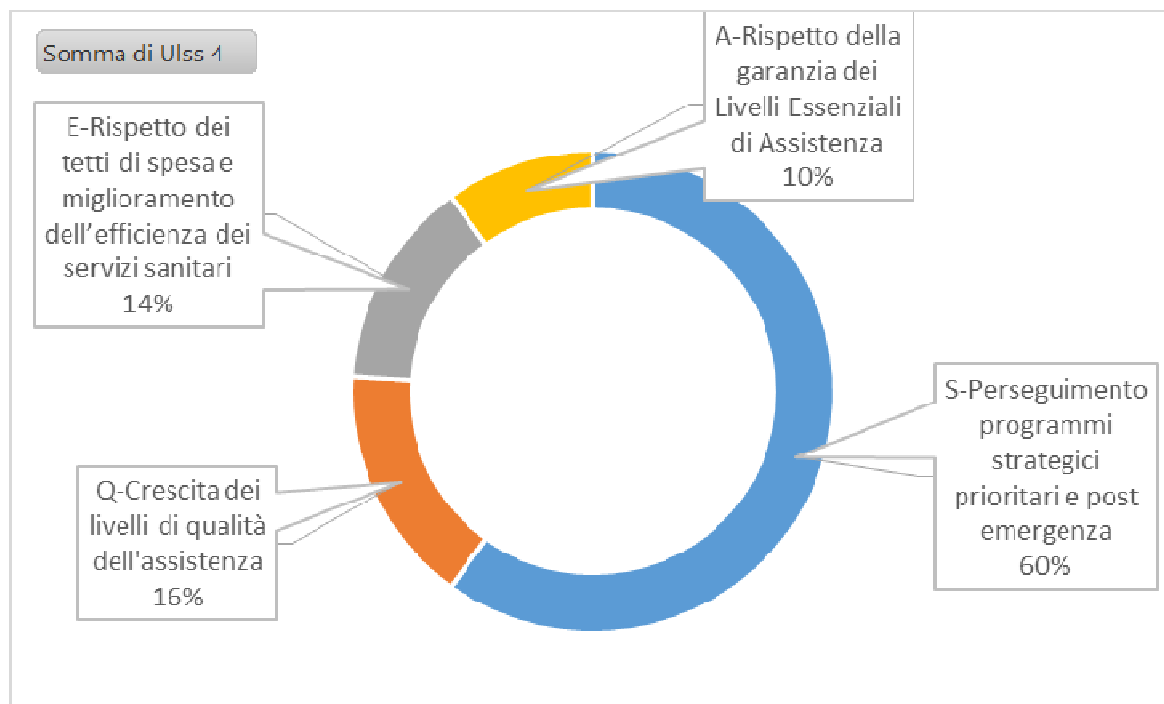
S – perseguimento dei programmi strategici prioritari e post emergenza

Q – crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

E – rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

A – rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

In funzione del raggiungimento degli obiettivi correlati a ciascun ambito, le Aziende conseguono un punteggio. La ripartizione dei punteggi negli Ambiti è rappresentata nel grafico sottostante.



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

AMBITO LEA	OBIETTIVO	INDICATORE
S- Perseguiment o programmi strategici	S.1 - Miglioramento dei tempi di attesa	S.1.D.1 - % prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)
		S.1.D.2 - % prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022

prioritari e post emergenza		S.1.O.1 - % DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici
	S.2 - Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	S.2.O.2 - Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022; Avvio lavori bunker di radioterapia IOV - PO Castelfranco
	S.3 - Perseguimento PNRR M6	S.3.O.1 - M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024
		S.3.D.1 - M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023
		S.3.D.2 - M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023
		S.3.D.3 - M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023
		S.3.S.1 - Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
		S.3.S.2 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP
		S.3.S.3 - Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt
	S.4 - Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.4.S.1 - Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	A.1 - Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.1.P.1 - P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
		A.1.P.2 - P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
		A.1.P.3 - A.P._P12Z_Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
		A.1.P.4 - P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
		A.1.D.1 - D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
		A.1.D.2 - D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).
		A.1.D.3 - B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente
		A.1.O.1 - H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno

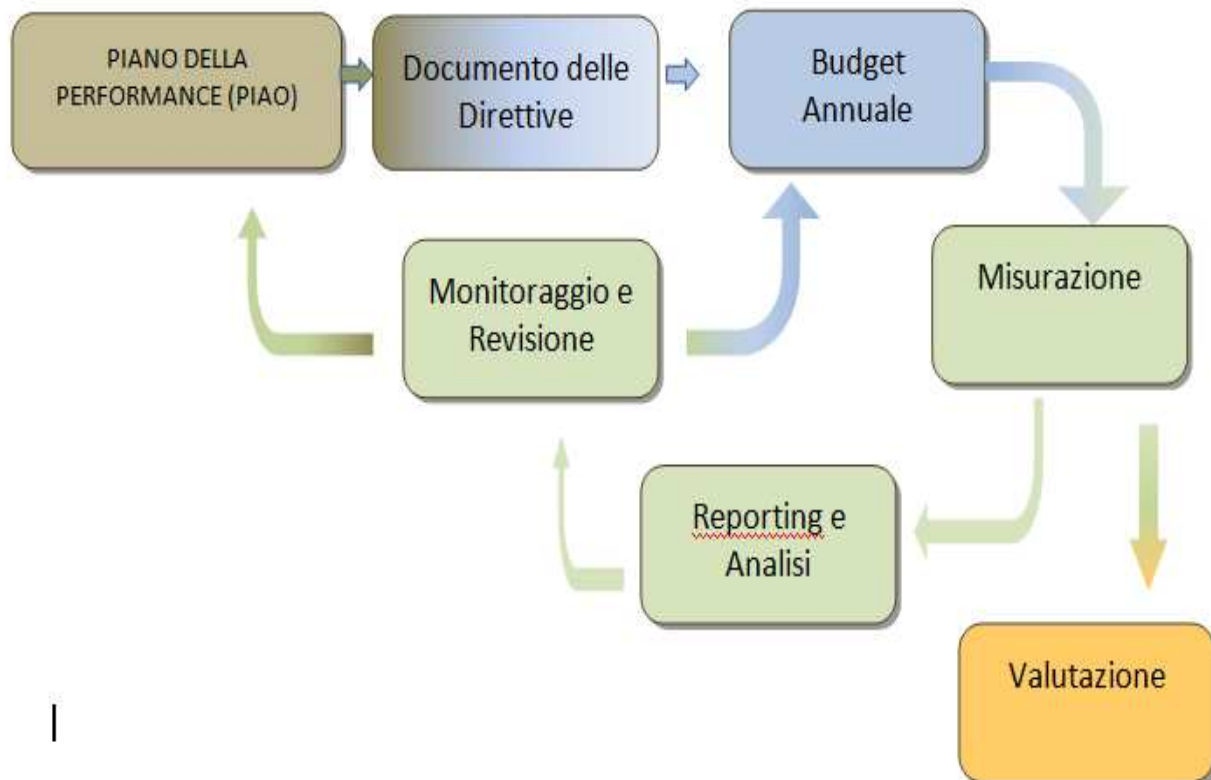
		A.1.O.2 - H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	
		A.1.O.3 - Volumi interventi di PTCA	
	A.2 - Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.2.P.1 - Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione (*)	
		A.2.D.1 - Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto (*)	
		A.2.O.1 - Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale (*)	
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramenti dell'efficienza dei servizi sanitari	E.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	E.1.S.1 - Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023	
		E.1.S.2 - Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023	
		E.1.S.3 - Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023	
		E.1.S.4 - Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023	
		E.1.S.4 - Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023	
		E.1.S.6 - Costi Sperimentazioni cliniche	
	E.2 - Rispetto dei vincoli di costo del personale	E.2.S.1 - Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area	
		E.2.S.2 - Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017	
	E.3 - Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	E.3.S.1 - Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	
	E.4 - Efficientamento dei processi amministrativi	E.4.S.1 - Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	
		E.4.S.2 - Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	
		E.4.S.3 - Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023	
		E.4.S.4 - Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche	
		E.4.S.6 - Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	
		E.4.S.7 - Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	
	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	Q.1 - Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	Q.1.P.1 - Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali
			Q.1.P.2 - Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico
			Q.1.P.3 - Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale

Q.2 - Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.2.P.1 - Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)
	Q.2.P.2 - Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)
Q.3 - Estensione del programma di screening per HCV	Q.3.P.1 - Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti
Q.4 - Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria	Q.4.P.1 - % di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021
Q.5 - Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1 - Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali
	Q.5.D.2 - % anziani >= 65 anni trattati in ADI
	Q.5.D.3 - COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali
	Q.5.D.4 - Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale
	Q.5.D.4 - Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale
	Q.5.D.5 - Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77
Q.6 - Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	Q.5.D.6 - Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%
	Q.6.T.1 - Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer
	Q.6.T.2 - Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda
	Q.6.T.3 - Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini
	Q.6.T.4 - Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini
	Q.6.T.5 - D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti
Q.8 - Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.6.T.6 - Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA
	Q.8.O.1 - Proporzioni di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia
	Q.8.O.2 - STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero

	Q.9 - Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.9.O.1 - % di parti con almeno un evento avverso
	Q.10 - Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico	Q.10.O.4 - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
	Q.11 - Miglioramento della qualità del debito informativo	Q.11.S.1 - Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati
	Q.12 - Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie	Q.12.S.1 - Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM
	Q.13 - Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	Q.13.S.1 - Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza
	Q.15 - Sviluppo dei progetti di qualità percepita	Q.15.S.1 - Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)
		Q.15.S.1 - Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)

2.3.2 Il ciclo della performance

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



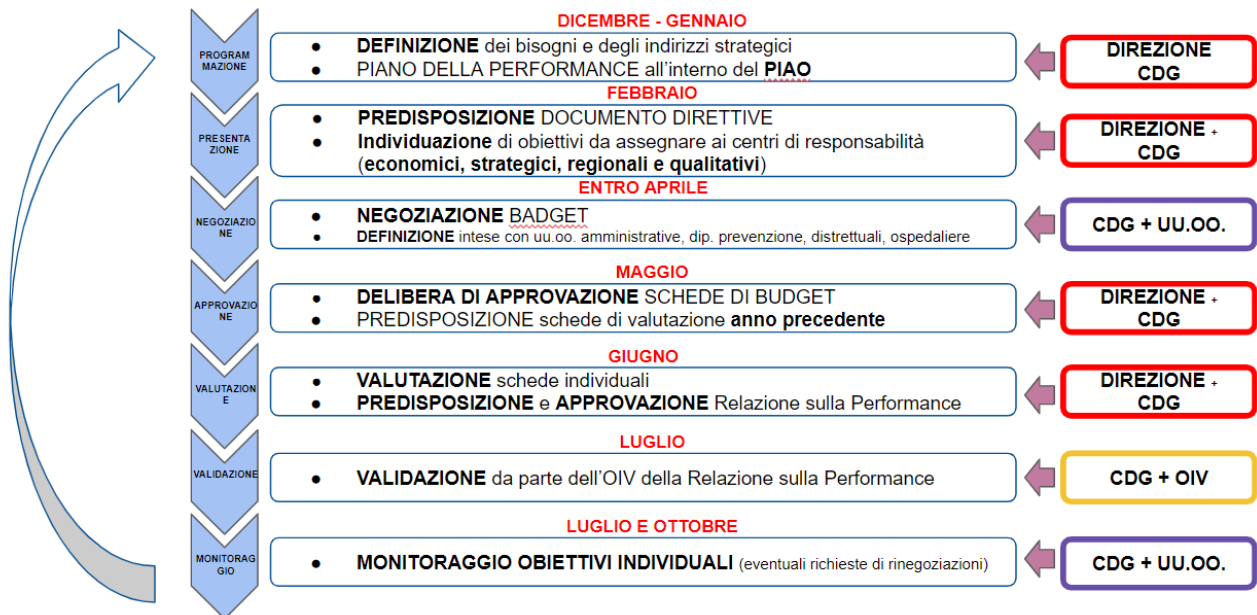
Contenuti della scheda di budget 2023

Nel corso del 2023 si è ritenuto opportuno integrare l'attività di monitoraggio attraverso nuove informazioni e nuovi obiettivi, in particolare promuovendo l'informazione e la conoscenza sulle risorse umane disponibili in relazione all'attività prodotta. Le quattro macro-categorie di obiettivi si intendono quindi analizzate in un'ottica di personalizzazione rispetto alle caratteristiche delle singole UO coinvolte, come riportato più avanti.

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

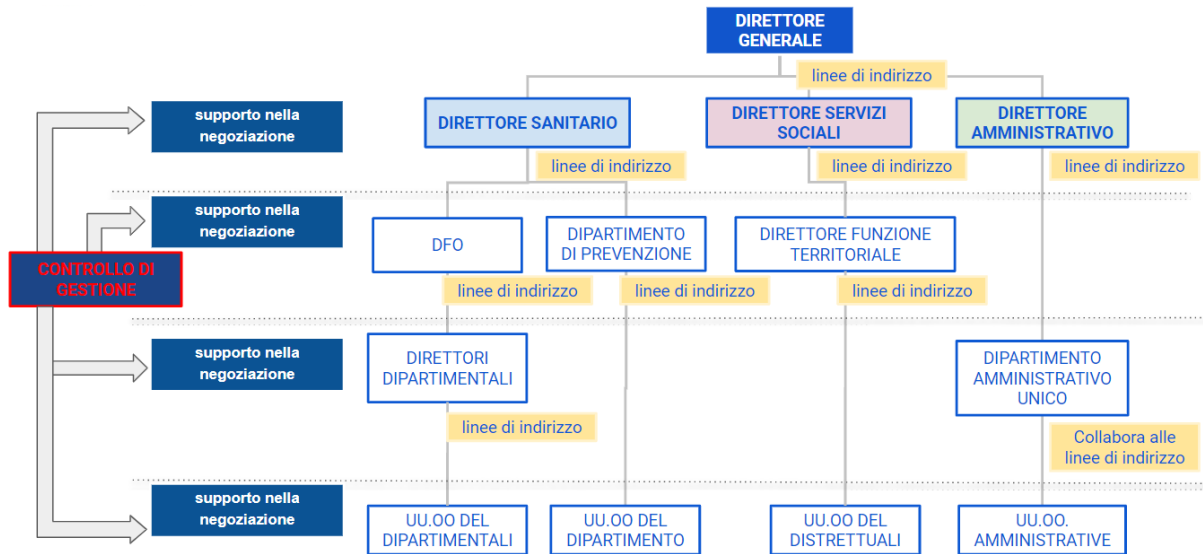


Fasi del ciclo della performance 2023



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

Modello di negoziazione 2023



2.3.3 Pari opportunità e Uguaglianza di genere

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

Nella sanità pubblica, dove la maggioranza della forza lavoro è femminile, l’azienda ha dato seguito al dovere morale e civile di avviare azioni concrete per promuovere l’uguaglianza di genere attraverso cambiamenti culturali ed istituzionali;

per fare questo è stato approvato con la deliberazione 929/2022 il “Piano di Uguaglianza di Genere – Gender Equality Plan 2022-2024” volto ridefinire il quadro legale, operativo, economico, organizzativo e sociale in ambito Aziendale. L’Ulss 4 è così una delle prime in Italia ad aver varato un piano per la parità di genere nella sanità pubblica.

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

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

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

Personale in Sanità
focus componente femminile (dati SIDA Boccioni Insight 2022)



DIPENDENTI Az. Ulss 4 AL 31/12/2021	GENERE	COMPART O	PERCENTUALE SU TOTALE DIPENDENTI	DIRIGENZA	PERCENTUALE SU TOTALE DIPENDENTI
	Donne	1764	67,41%	199	7,60%
	Uomini	480	18,34%	174	6,65%
	Totale	2244	85,75	373	14,25%

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

Il Piano è volto a:

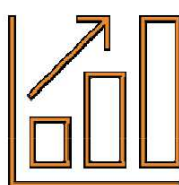
- guidare valutazioni d'impatto di pratiche al fine di identificare i bias di genere nelle organizzazioni;
- definire ed implementare strategie con l'obiettivo di correggere i bias di genere;
- specificare obiettivi e modalità dei progressi attraverso specifici indicatori.



Per contrastare le molteplici dimensioni della discriminazione verso le donne, che la pandemia ha contribuito ad evidenziare, nel PNRR il Governo ha annunciato l'adozione di una Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026. Si tratta di un documento programmatico che, in coerenza con la Strategia per la parità di genere 2020-2025 adottata dalla Commissione europea a marzo 2020, definisce un sistema di azioni politiche integrate nell'ambito delle quali sono adottate iniziative concrete, definite e misurabili. Attraverso la strategia si propone di raggiungere entro il 2026 l'incremento di cinque punti nella classifica dell'Indice sull'uguaglianza di genere elaborato dall'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (EIGE), che attualmente vede l'Italia al 14esimo posto nella classifica dei Paesi UE-27.



PNRR Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026/ obiettivo



**+ 5 punti nella
classifica EIGE
entro il 2026**



L'indice sull'uguaglianza di genere è un indicatore composito che misura il concetto complesso di uguaglianza di genere e aiuta a monitorare i progressi dell'uguaglianza di genere nell'UE nel tempo.



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



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

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

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

Come già detto, trattasi di una prima bozza del documento, che verrà poi in modo cadenzato aggiornato con informazioni relative a risorse, tempistiche, obiettivi e risultati raggiunti in sincronia con gli altri documenti strategici dell’Azienda ULSS 4.

Tutta la documentazione [è disponibile sul sito web istituzionale](#) dell’azienda.

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

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

2.4 Rischi corruttivi e trasparenza

“La Société a le droit de demander compte à tout Agent public de son administration”

Art. XV della Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino
del 26 agosto 1789

2.4.1 Politiche e strumenti

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

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

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

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

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

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

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

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

Si confermano integralmente i contenuti del [Piano 2021-2023](#).

2.4.3 Ambito di applicazione

Si confermano integralmente i contenuti del [Piano 2021-2023](#).

2.4.4 Analisi del contesto

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

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

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

I. Contesto esterno

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

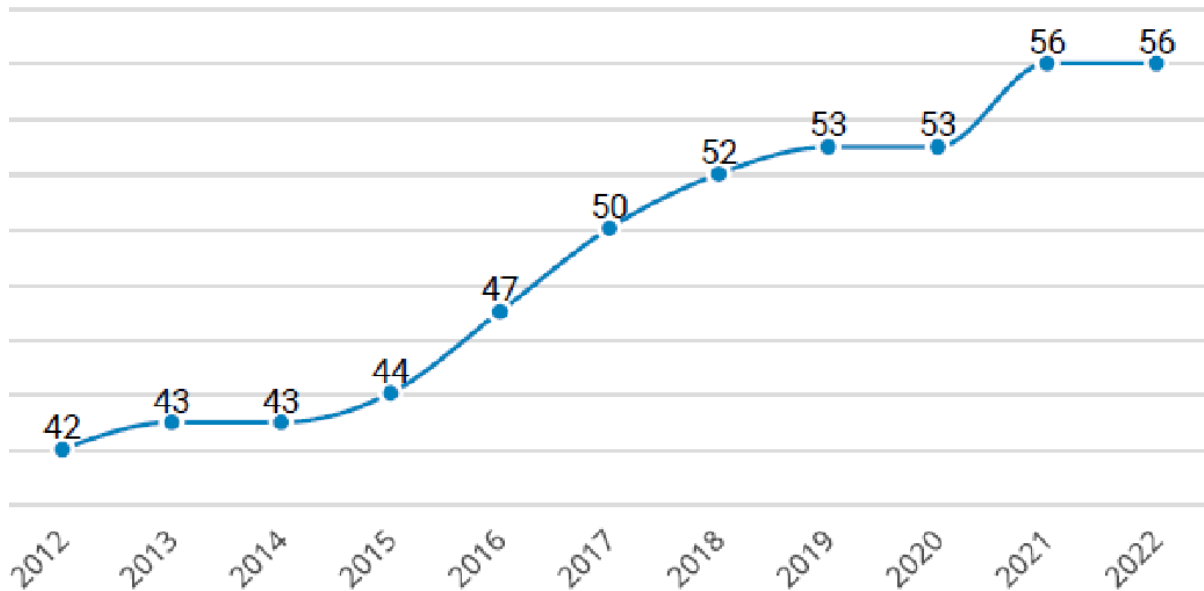
In altri termini, la disamina delle principali dinamiche territoriali o settoriali e influenze o pressioni di interessi esterni cui l'amministrazione può essere sottoposta costituisce un passaggio essenziale nel valutare se, e in che misura, il contesto, territoriale o settoriale, di riferimento incida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

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

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

Il Report CPI 2022 mette in evidenza la forte correlazione tra corruzione, conflitti e sicurezza. La corruzione erode le risorse per il benessere comune, genera tensioni sociali, riduce la fiducia nei governi, crea terreno fertile per attività criminali, in definitiva minaccia la stabilità politica, sociale ed economica di un Paese. Con un punteggio medio di 66 su 100, l'Europa occidentale e l'Unione europea (UE) è ancora una volta la regione con il punteggio più alto nell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) e l'Italia è tra i paesi dell'area che hanno registrato maggiori progressi dal 2012 al 2022, nonostante resti ancora sotto la media del punteggio europeo. Il CPI 2022 conferma, infatti, l'Italia al 17° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

PER L'ITALIA +14 DAL 2012 AL 2022



#cpi2022
www.transparency.it/indice-percezione-corruzione

This work from Transparency International (2022) is licensed under CC BY-ND 4.0



**TRANSPARENCY
 INTERNATIONAL
 ITALIA**

Associazione contro la corruzione

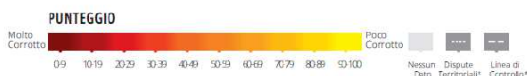
L'Italia ha beneficiato delle misure anticorruzione adottate nell'ultimo decennio, compreso un nuovo codice degli appalti che ha portato a una maggiore trasparenza. Tuttavia, la volatilità politica e le elezioni anticipate hanno gravemente ritardato i progressi su fondamentali capisaldi per la lotta alla corruzione: la regolamentazione del lobbying e il conflitto di interessi.

INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2022

UNIONE EUROPEA

64/100

PUNTEGGIO MEDIO

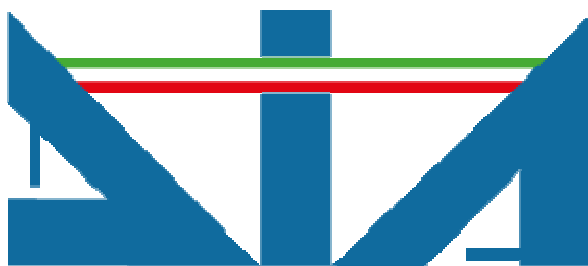


PUNTEGGIO/PAESE	
90	Denmark
87	Finland
83	Sweden
80	Netherlands
79	Germany
77	Ireland
77	Luxembourg
74	Estonia
73	Belgium
72	France
71	Austria
62	Lithuania
62	Portugal
60	Spain
59	Latvia
56	Czechia
56	Italy
56	Slovenia
55	Poland
53	Slovakia
52	Cyprus
52	Greece
51	Malta
50	Croatia
46	Romania
43	Bulgaria
42	Hungary



#cpi2022
www.transparency.it/indice-percezione-corruzione
This work from Transparency International (2022) is licensed under CC BY-ND-4.0

Altre analisi sui dati di criminalità e corruzione



DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA

Il ricco tessuto produttivo del capoluogo di regione caratterizzato da un elevato tasso di industrializzazione e un importante flusso turistico rappresenta ormai da anni anche per la criminalità organizzata di tipo mafioso una valida opportunità per estendere i propri affari illeciti oltre i confini regionali³. Tra le operazioni più recenti si ricorda ad esempio un'attività investigativa condotta nel novembre 2019 nell'ambito della quale sono stati disarticolati gruppi calabresi operanti nella provincia di Venezia e riconducibili alla cosca GRANDE ARACRI di Cutro (KR), che agivano per acquisire aziende

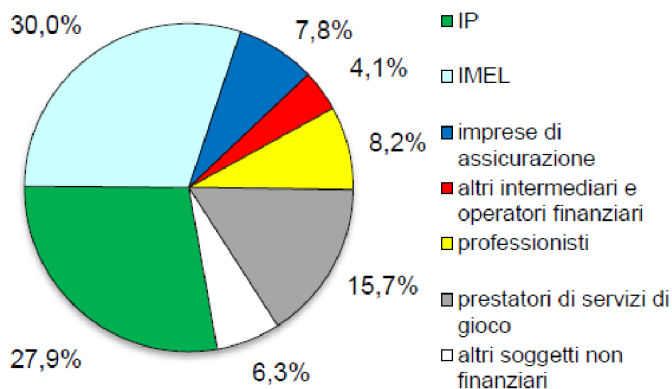
in crisi attraverso l'usura e le estorsioni.

Per quanto attiene invece la criminalità campana l'operatività dei CASALESI che era emersa nella provincia già dagli anni '90 ha trovato conferma nell'operazione "At last" che ha colpito 82 soggetti ritenuti tra l'altro responsabili di usura, estorsione, riciclaggio e altri reati fiscali con contestuale sequestro di beni per un valore di circa 10 milioni di euro. La sentenza del novembre 2020 descrive compiutamente il tentativo di esportazione in Veneto del modello di criminalità mafiosa tipico del Sud dove politica, interessi commerciali, edilizi, potere di intimidazione, spaccio ed usura si intrecciano in modo indistinguibile. Nel dispositivo viene sostanzialmente confermato l'impianto accusatorio iniziale che ha portato tra l'altro all'arresto di un rappresentante di un'amministrazione comunale evidenziando l'ipotesi di voto di scambio e la presenza della camorra già dal 2002 attraverso un sodalizio criminale facente riferimento al clan dei CASALESI organizzato autonomamente e inserito stabilmente nelle attività produttive e bancarie. Gli interessi criminali spaziavano dal riciclaggio all'usura, dalle rapine alle estorsioni a cui si affiancavano le classiche attività dello spaccio di sostanze stupefacenti, della gestione della prostituzione e dell'introduzione illegale di lavoratori nelle imprese. Nel semestre in esame particolare rilievo assumono gli esiti dell'operazione "Markt" condotta il 15 settembre 2021 dalla DIA di Trieste e dalla Guardia finanza. Sono stati colpiti dai provvedimenti restrittivi 9 soggetti già in passato evidenziatisi per contiguità ad un sodalizio criminale camorristico attivo in Friuli-Venezia Giulia e Veneto orientale.

³ Relazione semestrale al Parlamento, 2° sem. 2021.

Essi sarebbero stati ritenuti responsabili di estorsione aggravata dal metodo mafioso per avere costretto con condotte reiterate e intimidatorie numerosi commercianti ambulanti friulani e veneti a non esercitare la propria attività imprenditoriale. In particolare tali comportamenti intimidatori sarebbero stati orientati ad impedire il regolare svolgimento a Bibione (VE) di una manifestazione fieristica estiva. Lo scopo sarebbe

Ricevute per gruppi di segnalanti diversi da banche e Poste
(valori percentuali)



stato quello di conseguire il diretto controllo delle attività commerciali condizionando così il libero mercato e lo sviluppo economico della rinomata località turistica. Nel merito giova precisare che il Tribunale del Riesame ha annullato l'ordinanza di custodia cautelare di conseguenza gli indagati sono stati scarcerati. Si attende l'esito del ricorso in Cassazione proposto dal competente Procuratore.

Ulteriore investigazione condotta in tema di criminalità organizzata è l'operazione "Papillon" conclusa dai Carabinieri il 30 novembre 2021. Le attività di polizia hanno attinto 39 soggetti tra cui alcuni ex componenti della "Mala del Brenta" in particolare il gruppo dei mestrini che come si legge negli atti "nel breve volgere di

pochi anni, si era andato progressivamente strutturando con un'organizzazione stabile, capace di contare su una vasta rete di rifornimenti di sostanze stupefacenti, con un'altrettanta collaudata gerarchia di distribuzione: con rigide regole compartimentali, su base territoriale, che poteva fare affidamento su patti di alleanza, regimi di monopolio e di non ingerenza. In questo ... traendo insegnamento anche dal modello mafioso imparato dagli esponenti della mafia siciliana con i quali erano venuti in contatto". Il sodalizio armato e pericoloso capace di agire con "metodo mafioso" mirava al pieno controllo delle attività criminali sul territorio tentando di coesistere con un insieme di altre realtà criminali concorrenti, altrettanto agguerrite, che negli anni hanno preso possesso del territorio.

Nel primo semestre del 2022 la UIF ha ricevuto 74.233 segnalazioni di operazioni sospette (SOS), con un incremento del 5,9% rispetto allo stesso periodo del precedente anno. Le SOS analizzate sono aumentate del 5,6%. L'andamento delle segnalazioni nel primo semestre del 2022 indica un ritorno a incrementi in linea con quelli rilevati nel triennio 2018-20, dopo l'eccezionale andamento registrato nel 2021 (+32,4% nel primo semestre e +23,3% nell'intero anno). La componente relativa al finanziamento del terrorismo ha registrato una riduzione (da 337 a 175 SOS). Gli importi delle operazioni segnalate hanno superato i 48 miliardi di euro (circa 46 miliardi quelli relativi alle operazioni effettivamente eseguite), contro gli oltre 43 miliardi nel primo semestre del 2021. Nel periodo considerato l'Unità ha analizzato e trasmesso agli Organi investigativi 72.658 segnalazioni (68.823 nell'analogo periodo del 2021) e ha adottato 19 provvedimenti di sospensione di operazioni sospette per un valore di 3,4 milioni di euro. I maggiori incrementi in termini assoluti si rilevano per le SOS riferite a operazioni effettuate nel Lazio, in Lombardia e nel Veneto. A livello provinciale, Milano, Roma, Prato, Napoli e Imperia si collocano ai primi cinque posti per numero di segnalazioni di operazioni sospette in rapporto alla popolazione. Sono inoltre più che raddoppiate le segnalazioni la cui operatività è stata eseguita tramite l'utilizzo della rete internet.

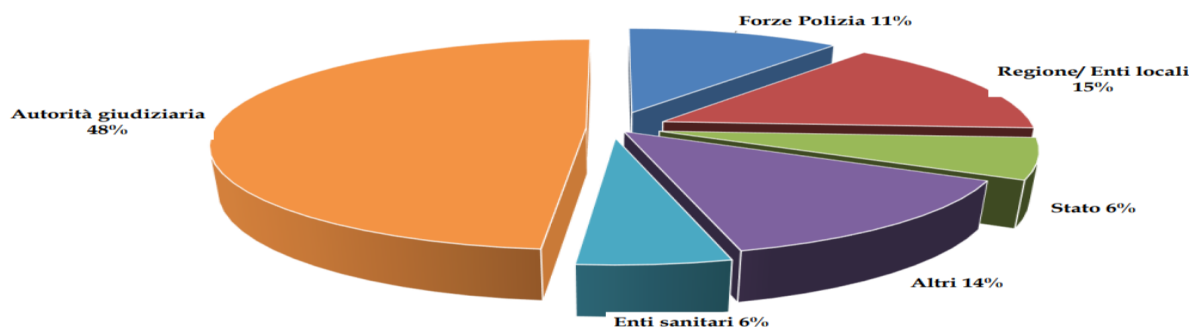


Il contributo alla crescita delle SOS del semestre è principalmente imputabile agli operatori della categoria banche e Poste (43.145 segnalazioni da 39.271 del primo semestre 2021) e ai prestatori di servizi di gioco (4.884 SOS da 3.302). L'incidenza del comparto bancario è aumentata dopo due anni di continua riduzione, portandosi al 58,1% (56,0% a giugno 2021) e quella degli operatori non finanziari è cresciuta al 12,6% (10,5% nel semestre corrispondente del precedente anno). Sul totale delle segnalazioni non riconducibili a banche e Poste, la componente maggiore è ancora ascrivibile

agli IMEL (30,0%) e agli IP (27,9%), nonostante la riduzione per entrambe le categorie registrata nel semestre in esame rispetto alle SOS dei primi sei mesi del 2021, seguiti dai prestatori di servizi di gioco (15,7%) e dai professionisti (8,2%). Nell'ambito della categoria degli IP, i money transfer hanno registrato, dopo quattro semestri di continua crescita, la riduzione delle segnalazioni e delle operazioni sospette in esse contenute, queste ultime principalmente effettuate con controparti ubicate in Senegal, Romania, Marocco e Bangladesh (complessivamente il 40,7% degli importi sospetti trasferiti). L'attività di collaborazione richiesta alla UIF dall'Autorità giudiziaria e dagli Organi investigativi delegati alle indagini si è mantenuta su livelli analoghi a quelli del semestre precedente: nei primi sei mesi del 2022 l'Unità ha ricevuto complessivamente 186 richieste dall'AG e ha trasmesso 542 informative. Nel primo semestre del 2022 sono pervenute alla UIF 842 richieste o informative spontanee da omologhe autorità estere e oltre 37.000 segnalazioni cross-border da FIU della UE, in netto aumento rispetto al semestre precedente. Le richieste inoltrate ad altre FIU sono state 463. Sono stati avviati 11 accertamenti ispettivi, di cui 3 presso operatori non finanziari attivi nel recupero dei crediti e nel trasporto di valori e 1 presso una società di revisione legale; le ispezioni presso banche e intermediari finanziari hanno prestato particolare attenzione alle cessioni di crediti, all'attività di prestito su pegno e al settore del fintech.

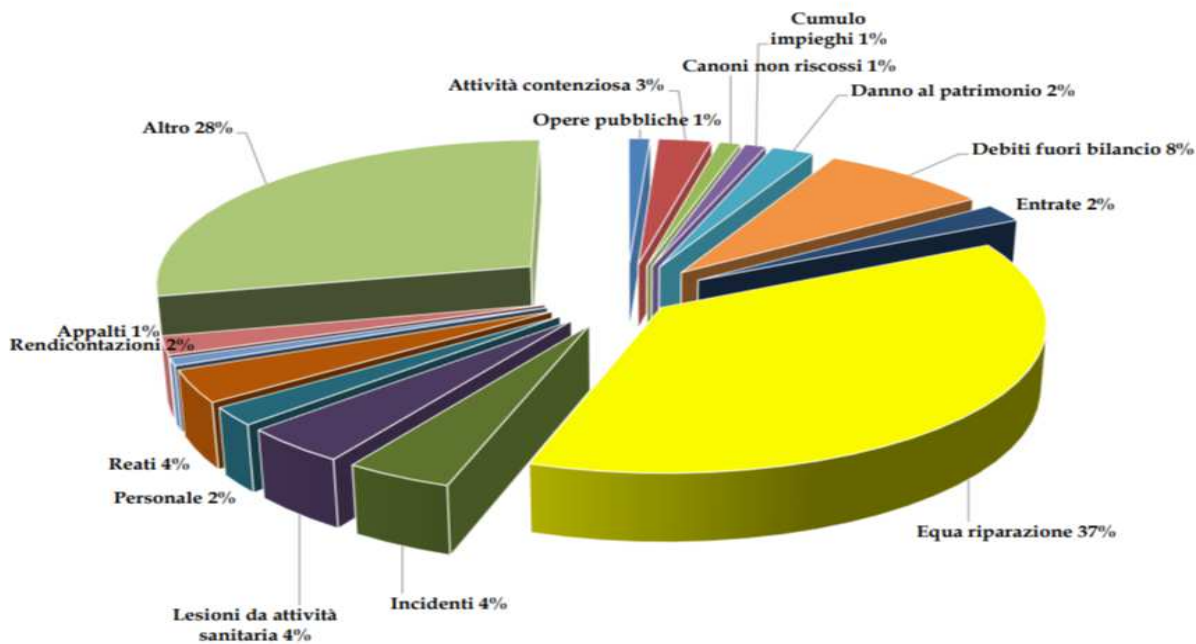
Passando invece, ai dati oggettivi rilevabili dall'esito dell'attività della giurisdizione erariale, attingendo dalla relazione di presentazione dell'anno giudiziario della Corte dei Conti (2022, dati riferiti al 2021), il Procuratore Generale della sezione giurisdizionale del Veneto ha avuto modo di evidenziare quanto riassuntivamente riportato nei seguenti grafici:

ISTRUTTORIE ANNO 2021
Provenienza delle denunce



Anche nel 2021, come anche nell'anno precedente, sono stati accertati numerosi casi rientranti nell'ambito del genus della cosiddetta incompatibilità dei pubblici dipendenti e sono state depositate citazioni, nelle quali si stigmatizza il contestuale svolgimento di attività professionali senza preventiva autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, in violazione dell'art. 53, comma 7, del D.lgs. 165/2001 con lesione dei principi di prevenzione del conflitto d'interessi. Tale fenomeno ha interessato in particolare il settore sanitario, con diverse ipotesi di medici in convenzione con il SSN o dipendenti di strutture pubbliche e/o centri privati convenzionati che a loro volta svolgono attività privata professionale in violazione della normativa costituzionale, primaria e contrattuale, che sancisce la esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale.

TIPOLOGIA DELLE DENUNCE PERVENUTE



I dati della provincia di Venezia vedono, in base alla nota indagine sulla criminalità del Sole 24ore, la conferma della situazione dei delitti che la collocano al 18° posto complessivo, come nell'anno precedente.

Posizione classifica generale indice della criminalità 2022

18° SU 107 PROVINCE

L'indice peggiore

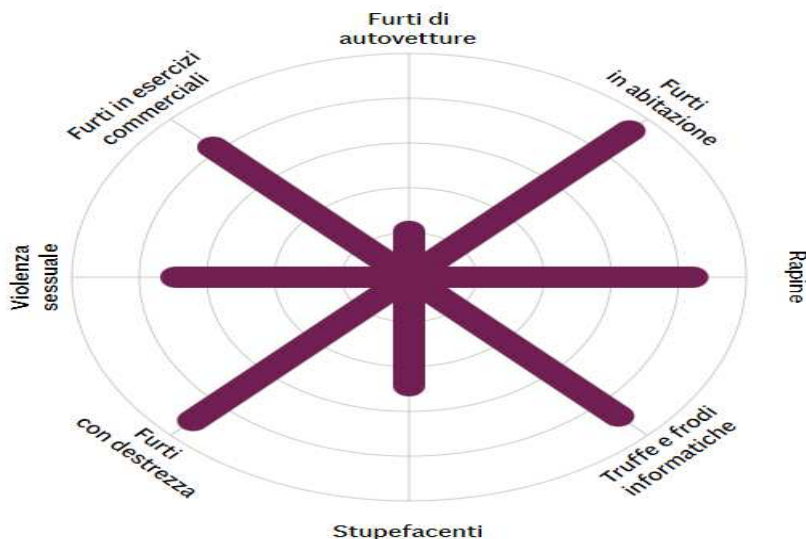
1° in classifica **Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile**

9,2

Denunce ogni 100mila abitanti



- Media

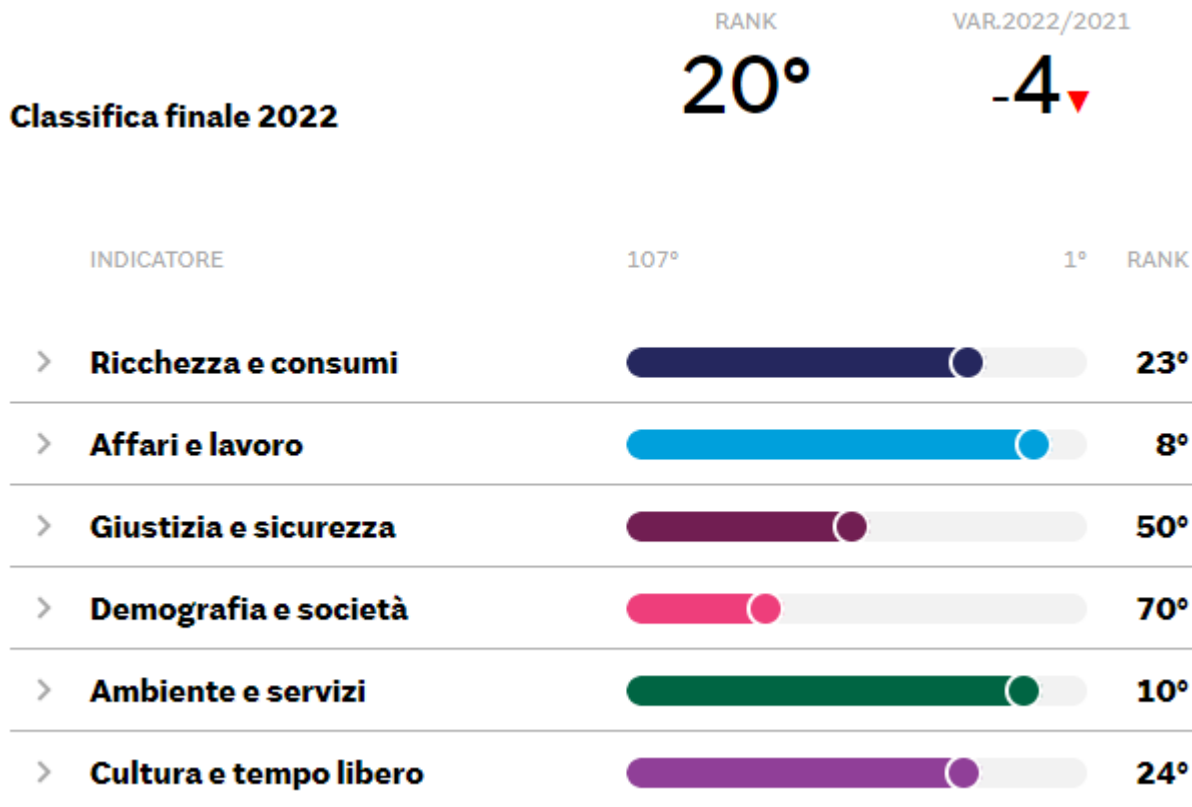




L'economia

In base alla classifica annuale de Il Sole 24 Ore sulla qualità della vita l'area metropolitana di Venezia perde quattro posizioni e scivola al 20° posto, seconda tra le province venete dietro a Verona, che è al 16°. L'obiettivo dell'indagine è misurare gli aspetti del benessere nelle varie aree d'Italia a partire da indicatori relativi ai 12 mesi precedenti e forniti da istituzioni, associazioni e istituti di ricerca. In base all'analisi di quest'anno la provincia italiana più vivibile risulta Bologna, seguita da Bolzano e Firenze. Bologna è prima per la quinta volta nella storia dell'indagine.

Per quanto riguarda Venezia: nel capitolo "ricchezza e consumi" è al 23° posto sui 107 della graduatoria (+13 rispetto allo scorso anno); in "affari e lavoro" ottavo posto (+6), in "demografia e società" 70° posto (-10), in "cultura e tempo libero" 24esima posizione (-8 in confronto al 2021), in "ambiente e servizi" decima (-5) e in "giustizia e sicurezza" è al 50° posto (+15).



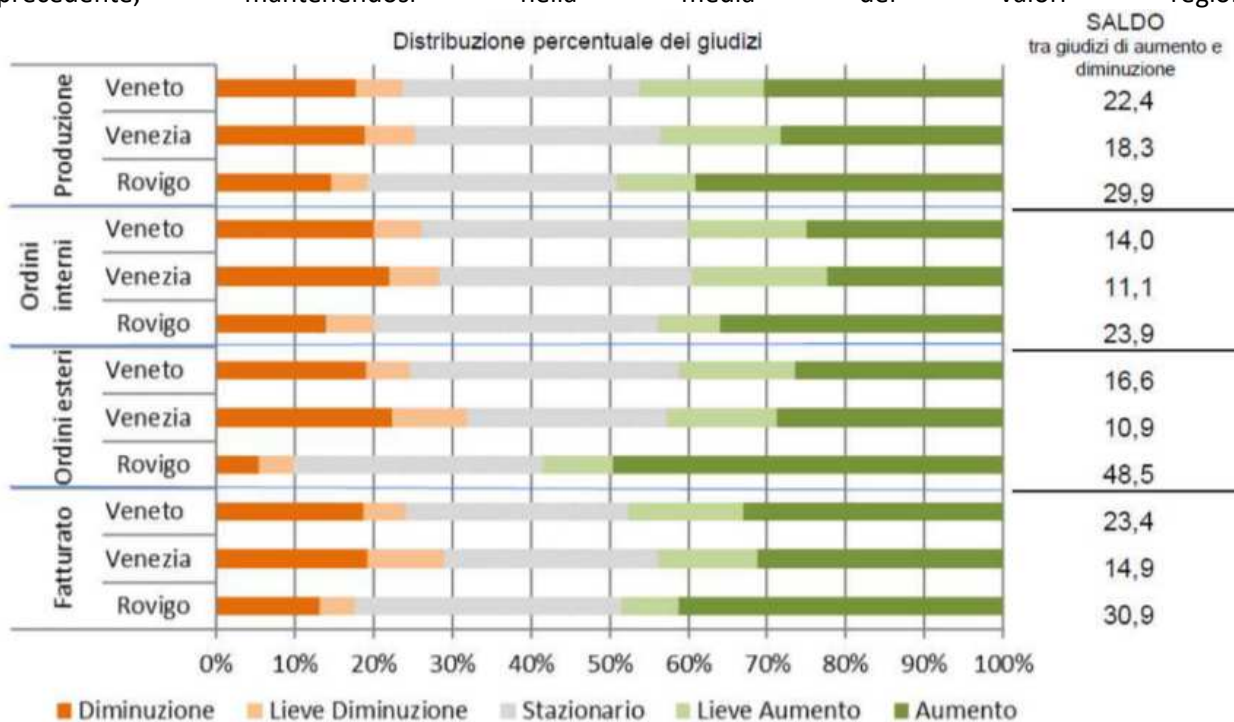
Come già illustrato negli anni precedenti il livello di sviluppo economico e sociale è in grado di fornire indicazioni indirette circa il livello di illegalità e corruzione di una determinata area.

Secondo i dati disponibili dalla Camera di Commercio Delta lagunare al 3° trimestre 2023, in un contesto economico condizionato dall'incertezza causata dal protrarsi del conflitto Russo-Ucraino e influenzato, da una parte, da alti tassi di inflazione e peggioramento delle previsioni di crescita del PIL nelle principali economie, e dall'altro dall'andamento dei prezzi sul mercato europeo dell'energia, ora in calo per la diminuzione della domanda, agevolata dalle condizioni climatiche eccezionalmente miti, e dal decremento

dei prezzi di alcune materie prime, l'industria veneziana, incoraggiata anche dalla ripresa del settore turistico, tiene meglio rispetto alla media regionale.

Nel secondo trimestre 2022 la produzione industriale, registra una crescita più marcata nella provincia di Venezia rispetto alla media regionale sia in termini congiunturali che tendenziali: la variazione rispetto al II trimestre di quest'anno è dell'1%, e arriva al +7,5% rispetto al III trimestre 2021, valore influenzato dall'aumento del +9,1% delle imprese con oltre 50 addetti. Ciò nonostante, la produzione assicurata dal portafoglio ordini, che passa da 62 giorni del primo trimestre 2022, ai 58 giorni nel secondo trimestre e ai 50 giorni nel terzo denota un rallentamento dell'attività produttiva anche per le imprese veneziane. L'indicatore del grado di utilizzo degli impianti si attesta al 71%, due punti percentuali in meno rispetto al II trimestre 2022.

Positivo l'andamento del fatturato (+1,2% congiunturale e +12,7% tendenziale), condizionato dall'aumento dei prezzi e dalla ripresa dei flussi turistici. Per quanto riguarda gli ordini, andamento positivi per gli quelli interni, che registrano una crescita tendenziale del 7,7%. Gli aumenti sono più contenuti per quanto riguarda gli ordinativi dall'estero che aumentano del 3,7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, mantenendosi nella media dei valori regionali.



Sotto il profilo dimensionale, nota comune per tutti gli indicatori è la performance migliore delle imprese più strutturate. Complessivamente, le imprese manifatturiere veneziane esprimono per il prossimo trimestre previsioni più pessimistiche rispetto alla media regionale con saldi tra la quota di imprenditori che prevede aumenti e quelli che prevedono diminuzioni di circa 18 punti percentuali per quello che riguarda la produzione, di 11 punti percentuali riguardo agli ordinativi e di 15 punti percentuali riguardo al fatturato. Nel confronto col trimestre passato, la quota di imprenditori ottimisti rimane stazionaria al 43% (era però il 55% nel primo trimestre 2022), la quota di imprenditori che prevede una situazione di stazionarietà si attesta al 31%, contro il 35% del trimestre precedente e i pessimisti passano dal 22% al 25%(11% nel primo trimestre).

A La destinazione balneare e quella lacuale sono praticamente ritornate ai flussi turistici pre-covid, con un'estate che riesce a battere anche i record del 2019. Mentre nel comprensorio montano, in quello termale e soprattutto nelle città d'arte l'importante ripresa dei flussi turistici stranieri non ha permesso ancora di raggiungere le cifre pre-pandemiche.

In sintesi, le statistiche provvisorie sui turisti registrati dalle strutture ricettive venete nei primi nove mesi del 2022 risultano il 55,9% superiori a quelli dello stesso periodo dell'anno precedente, quando le limitazioni agli spostamenti erano ancora stringenti (il passaggio alla zona bianca è avvenuto solo a giugno 2021).

La ripresa si nota già con la Pasqua (ad aprile 2022 i turisti sono 8 volte quelli dell'anno precedente), e continua fino a luglio, mese in cui la destinazione Veneto torna molto prossima alle cifre pre-covid (+1,3%). Agosto e settembre 2022 superano i rispettivi mesi del 2021, ma tornano ancora sotto ai livelli pre-pandemia.

Nei primi nove mesi del 2022 gli italiani tornano alle cifre del 2019 (+0,1%), mentre gli stranieri stanno tornando progressivamente a quelle cifre (-17,6%). Dopo un periodo in cui fondamentale è stato l'apporto del turismo domestico, ora tutti i mercati esteri aumentano la loro presenza in Veneto, e diversi mostrano un segno positivo anche rispetto ai tempi precedenti alla crisi sanitaria, a cominciare dai tedeschi (+7,2% degli arrivi), ma anche austriaci (+6,4%), svizzeri (+5,1%), olandesi (+9,8%), belgi (+5,7%), ecc. Nello scenario internazionale si evidenzia l'importante impatto della "strategia zero covid" adottata dal governo cinese, che ha provocato anche nel 2022 lunghi mesi di lockdown e il conseguente annullamento di arrivi di turisti cinesi (-92,2% nei primi nove mesi 2022 rispetto allo stesso periodo del 2019). Per un approfondimento si possono consultare le tabelle sul movimento turistico nel periodo gennaio-settembre 2022, confrontato con lo stesso periodo degli anni precedenti:

	Arrivi						Presenze					
	2019	2020	2021	2022	Var% 2022/21	Var% 2022/19	2019	2020	2021	2022	Var% 2022/21	Var% 2022/19
Balneare	3.943.162	2.293.534	3.300.961	3.953.347	20,1	0,5	24.902.461	13.511.952	21.500.819	24.431.722	13,6	-1,9
Città d'arte	8.815.031	2.635.708	3.363.946	6.919.388	105,7	-21,5	19.826.199	7.101.268	9.297.988	15.918.018	71,2	-19,7
Lago	2.532.720	1.187.967	1.807.986	2.527.268	39,8	-0,2	11.992.417	5.237.790	9.021.473	11.959.046	32,6	-0,3
Montagna	984.152	687.222	704.088	943.943	34,1	-4,1	3.724.420	2.956.358	2.894.847	3.487.245	20,5	-6,4
Terme	597.932	257.492	371.996	536.375	44,2	-10,3	2.290.004	830.986	1.250.821	2.091.411	67,2	-8,7
Totale	16.872.997	7.061.923	9.548.977	14.890.321	65,9	-11,8	62.735.501	29.638.354	43.965.948	57.887.442	31,7	-7,7

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

Focus sul sistema sanitario nazionale e regionale

Dopo otto anni di "assenza" torna in scena la [Relazione sullo stato sanitario del Paese](#), pubblicata sul sito del ministero della Salute ad ottobre 2022. L'ultima è datata 2014 e si riferiva ai due anni precedenti. Questa è relativa a cinque anni (2017-2021) nonostante nelle premesse di tutte le edizioni sia scritto a chiare lettere che la Relazione è, per Governo, Parlamento e non solo "una componente essenziale per la pianificazione e programmazione del Servizio sanitario nazionale, in quanto funge da strumento organico di valutazione degli obiettivi di salute raggiunti e delle strategie poste in essere per il loro conseguimento, al fine di valorizzare la promozione della salute e riorganizzare le reti assistenziali, riposizionando gli assistiti al centro di un sistema di cure integrate".

La Relazione affronta soprattutto le questioni aperte negli ultimi anni, come ad esempio la rinuncia alle cure e il nuovo sistema di garanzia dei Livelli essenziali di assistenza, ampiamente affrontati nei report di Salutequità, associazione per la valutazione della qualità delle politiche per la salute, che da tempo ormai ha sottolineato i risvolti negativi nella programmazione e nella gestione dei servizi dell'assenza di un documento di questa rilevanza.

Passando al contesto regionale, la popolazione residente in Veneto al 1 gennaio 2022 è pari a 4.854.633, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente; l'andamento della popolazione, crescente fino al 2014, si



è stabilizzato negli ultimi anni con le nascite in continua diminuzione e un saldo migratorio (interno e con l'estero) che si mantiene positivo.

Con riferimento al contesto socio-economico in Veneto l'incidenza delle famiglie che vivono in condizione di povertà relativa (secondo la definizione dell'ISTAT, dati 2021) è del 7,9% rispetto all'11,1% dell'Italia. Va inoltre evidenziato come le persone che vivono da sole, che quindi potrebbero non contare su una rete di supporto familiare, siano circa l'11% della popolazione: sebbene il dato sia inferiore a quello delle altre regioni del Nord, rappresenta comunque un numero rilevante di persone, molte delle quali anche in età avanzata.

In sostanziale continuità con quanto evidenziato nel passato quinquennio di programmazione, l'analisi socio-demografica pone in rilievo alcune caratteristiche che influenzano il panorama dei bisogni e dell'offerta di servizi attuale e futura: progressivo invecchiamento della popolazione, quota di residenti stranieri che si attesta attorno al 10% del totale dei residenti, con una distribuzione per età più giovane rispetto a quella degli italiani, presenza di un numero rilevante di persone che vivono da sole, molte delle quali in età avanzata.

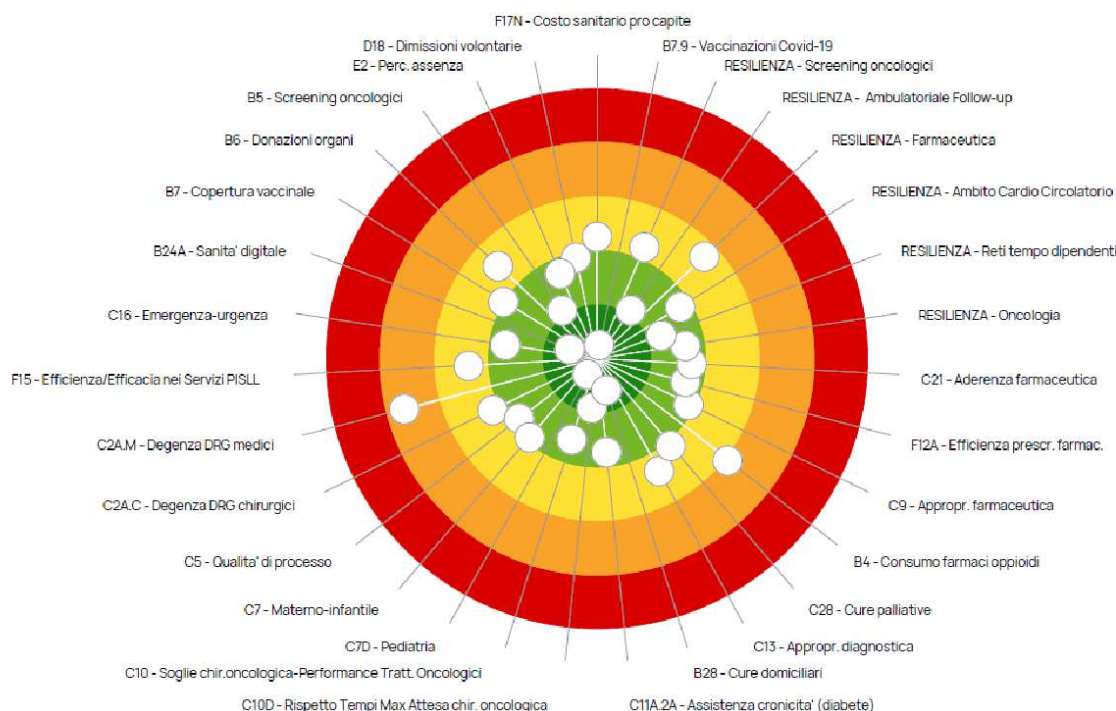
Secondo gli ultimi dati disponibili (2019) un terzo della popolazione complessiva (34,1%) presenta almeno una malattia cronica; tra essi il 51,1% ha una singola malattia, il 23,2% due patologie croniche compresenti, il 7,5% 5 o più patologie. Le patologie più frequenti sono l'ipertensione arteriosa (15,0%), le dislipidemie (11,3%), la depressione (6,1%) e il diabete mellito (5,6%). Stratificando per genere, le donne presentano, in percentuale maggiore rispetto agli uomini, depressione (8,1% versus 3,9%), ipotiroidismo (6,4% versus 1,3%) e altre patologie endocrine (5,4% versus 1,2%). Negli uomini si osserva una prevalenza più che doppia di malattia ischemica del cuore, raggruppamento che esclude l'infarto del miocardio. (4,0% versus 1,7%)⁴.

Passando all'analisi delle performance della sanità regionale promosso dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa si rileva che per l'anno di riferimento 2021 solo 10 le Regioni che quest'anno hanno deciso di partecipare al sistema di monitoraggio su base volontaria delle performance dei servizi sanitari regionali (Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto, Lombardia, Piemonte e le due Province Autonome di Trento e di Bolzano). Emerge una forte variabilità sia tra le Regioni sia tra le Asl.

Dai 12 bersagli realizzati dal Sant'Anna emerge chiaramente l'efficienza della sanità veneta e toscana rispetto alle altre Regioni, entrambe con 21 indicatori che centrano l'obiettivo e nessuno in zona rossa (sui 31 analizzati per il Veneto e i 39 analizzati per la Toscana).

⁴ Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto, dati anno 2019. UOC Servizio Epidemiologico regionale e Registri, Azienda Zero – Regione del Veneto. Dicembre 2020 e Banca dati ISTAT 2021

Bersaglio 2021 Veneto



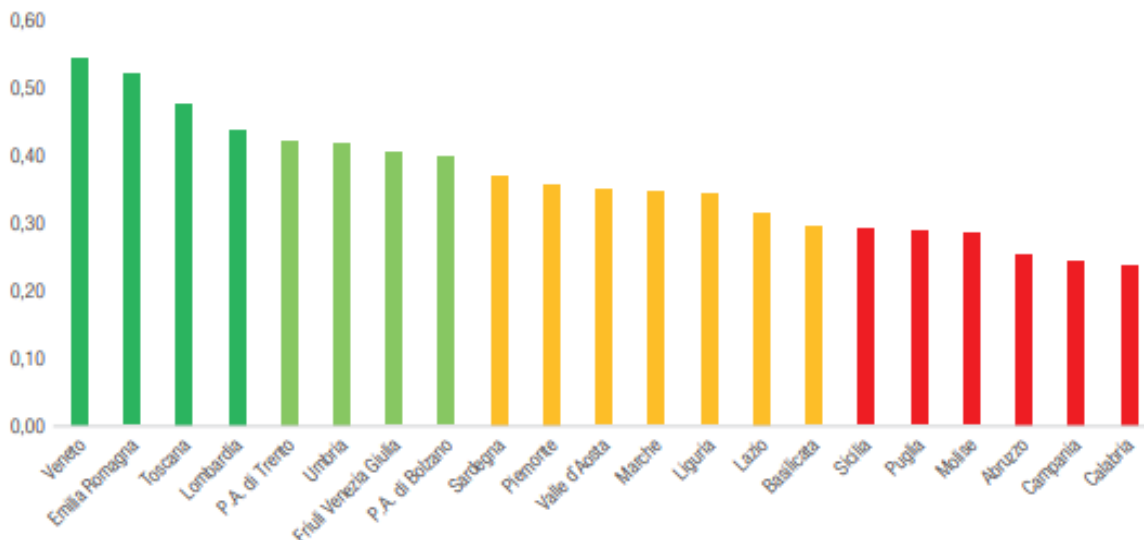
Il progetto “Le Performance Regionali”, giunto nel 2022 alla sua decima annualità, nasce nel 2013 con l’ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una valutazione delle opportunità di tutela della salute di cui godono le diverse popolazioni regionali.

Per quanto concerne il ranking di Performance regionale, nel 2022 si oscilla da un massimo del 54% (fatto 100% il risultato massimo raggiungibile) ad un minimo del 24%: **il risultato migliore lo ottiene il Veneto** ed il peggiore la Regione Calabria.

Secondo le valutazioni del *Panel*, anche le migliori Performance regionali risultano ancora significativamente distanti da una Performance ottimale. Il divario fra la prima e l’ultima Regione del ranking è rilevante: quasi un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 30% del massimo ottenibile. Quattro Regioni sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lombardia. Di queste due hanno livelli di Performance che superano la soglia del 50% (rispettivamente Veneto ed Emilia Romagna, con il 54% ed il 52%). Toscana e Lombardia si posizionano a ridosso delle prime, con una valutazione al 48% e al 44%. Nel secondo gruppo, troviamo quattro Regioni, con livelli dell’indice di Performance superiori al 40%: P.A. di Trento, Umbria, Friuli Venezia Giulia e P.A di Bolzano. Nel terzo gruppo troviamo Sardegna, Piemonte, Valle d’Aosta, Marche, Liguria e Lazio e Basilicata, con livelli di Performance abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 30-40%. Infine, 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria, hanno livelli di Performance che risultano inferiori al 30%.

Nel miglior risultato del Veneto e dell’Emilia Romagna, ha inciso significativamente l’introduzione della nuova Dimensione Sociale, che simmetricamente ha penalizzato (ulteriormente) la Calabria: questa Regione negli anni rimane stabilmente ultima e non si evidenziano segnali significativi di recupero.

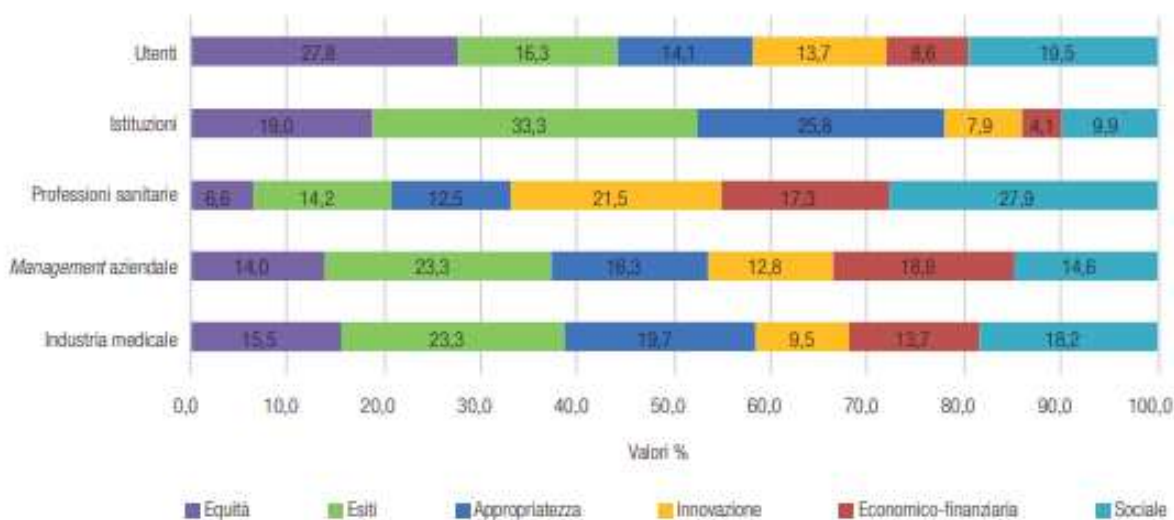
Indice di Performance regionale



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

Sebbene con alcune apprezzabili differenze quantitative, il Sociale è nelle prime tre posizioni nella Prospettiva di Utenti, Professioni sanitarie ed Industria; gli Esiti è tra le prime tre Dimensioni per tutte le categorie di stakeholder, ad eccezione di Istituzioni e Management; quest’ultima categoria, insieme al Management, esprime priorità “gestionali”, in termini di risorse, appropriatezza ed innovazione. Rispetto alla precedente edizione, si registra una riduzione notevole del “peso” associato alle Dimensioni Equità ed Esiti (-15,3 e -10,1 punti percentuali rispettivamente); si riduce anche il peso della Dimensione Economico-finanziaria (-1,9 punti percentuali); è invece in aumento il contributo di Appropriatezza e Innovazione (+5,5 e +3,6 punti percentuali rispettivamente).

Contributo delle Dimensioni alla Performance Per Categoria



Focus sull'incidenza sul SSN dell'emergenza Covid-19 ed esiti della campagna di vaccinazione

La necessità di fronteggiare l'emergenza sanitaria da Covid 19 ha segnato, nel biennio 2020-2021, una forte discontinuità nella crescita delle risorse finanziarie e della spesa corrente e di investimento per il SSN rispetto al decennio 2010-2019. In base ai dati di contabilità nazionale presentati con il Def 2022, la spesa sanitaria per il 2021 è risultata essere pari a 127,8 mld (v. tabella 4), in incremento del 4,2% rispetto al 2020 (+5,1 miliardi in valore assoluto). È un valore superiore di circa 0,700 miliardi alle previsioni formulate nel Def di aprile 2021 (127,1 mld) 40, sul quale hanno pesato in maniera determinante i maggiori costi derivanti dalla campagna vaccinale, quantificati complessivamente in 3,2 miliardi, e dal protrarsi dell'emergenza pandemica. Tuttavia, malgrado il tasso di variazione della spesa sull'anno precedente sia risultato essere superiore alle previsioni (4,2% anziché 3%), l'incidenza sul Pil si è ridotta di un decimo di punto (dal 7,3% al 7,2%), a causa di una crescita dell'economia, certificata dalla NaDef 2022, pari al 6,7%⁴¹, superiore di due punti percentuali alle previsioni del Def 2021 (4,7% in volume)⁵.

Tabella 5 - Def 2021 e 2022: le spese per l'emergenza sanitaria da Covid-19 contabilizzate nei consumi intermedi del Conto consolidato del SSN e imputate al Commissario straordinario per la protezione civile - Anni 2020-2021

Descrizione	Anno 2020	Anno 2021
Def 2021	1,5	
Def 2022	1,1	3,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Def 2021-2022; importi in miliardi di euro

Come evidenziato, una conseguenza dell'emergenza sanitaria è risultata essere, nel biennio 2020-2021, la difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie non Covid, tra cui la riduzione della partecipazione ai programmi di screening per le più diffuse patologie tumorali, che nel breve-medio termine potrebbero determinare un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione. Nel 2020, in Italia "quasi un cittadino su 10 ha dichiarato di aver rinunciato, per motivi legati a difficoltà di accesso, a visite o accertamenti, pur avendone bisogno"⁴⁹, nel 2021 tale percentuale è cresciuta all'11%⁵⁰. Queste criticità hanno trovato una indiretta conferma nelle anticipazioni finora emerse sui risultati del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza per l'anno 2020, condotto attraverso gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)⁵¹.

Come già esposto dalla Corte dei conti nell'audizione alle Commissioni bilancio di Camera e Senato sul Def 2022, rispetto al 2019 il monitoraggio ha evidenziato, "[...] per 12 indicatori su 20, un generale peggioramento dei risultati in oltre il 70% delle Regioni e Province autonome"⁵². Tra gli indicatori BES⁵³ allegati al Def 2022 per il dominio "Salute", quello sulla aspettativa di vita alla nascita ha segnato un peggioramento nel 2020 rispetto al 2019 sia per gli uomini che per le donne, con una riduzione, rispettivamente, da 81,1 a 79,8 anni, e da 85,4 a 84,5 anni; tali valori hanno sostanzialmente annullato la costante crescita registratasi dal 2012, quando l'aspettativa di vita per uomini e donne era pari, rispettivamente, a 79,7 e 84,5 anni.

Sul piano nazionale, i dati Istat evidenziano che nel 2020 le dimissioni in regime ospedaliero sono diminuite di 1.480.791 unità rispetto al 2019, passando da 7.262.252 a 5.781.4612 (-20,39%), e le giornate di degenza ordinaria di 7.806.904, con una riduzione pari al 13,1%.

⁵ Corte dei conti, Referto al parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali esercizi 2020-2021 deliberazione n. 19/sezaut/2022/frg

Tabella 8 - Giornate di degenza in ambito ospedaliero - Anni 2019-2020

Area di specializzazione clinica	Italia								Variazione % sul totale 2020/2019
	2019				2020				
	per acuti	lungodegenza	riabilitazione	totale	per acuti	lungodegenza	riabilitazione	totale	
Giornate di degenza in regime ordinario	42.172.323	2.413.627	8.193.015	52.778.965	36.665.148	1.800.805	6.506.108	44.972.061	-13,1
Giornate di presenza in <i>day hospital</i>				4.868.472				3.643.307	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su database Istat 2022

Il “considerando” 16 delle CSR⁶ 2020 sull’Italia si sofferma, tra l’altro, sulle prime risposte del SSN all’emergenza sanitaria da Covid-19 e riconosce che “malgrado la spesa sanitaria sia inferiore alla media dell’Unione, [...] il sistema sanitario nazionale è caratterizzato da servizi universali altamente specializzati e di buona qualità”, evidenziando tuttavia “come la frammentazione della governance del sistema sanitario nazionale e nel coordinamento tra autorità centrali e regionali” abbiano rallentato l’adozione tempestiva delle misure di contenimento della pandemia.

Il SSN, malgrado tali criticità e i divari territoriali, si rivela un centro di eccellenza del servizio pubblico, con standard di efficienza ed efficacia mediamente elevati, caratterizzato da una spesa più bassa della media europea (sia in valore pro capite che di Pil), e da esiti nella qualità delle cure spesso migliori di quelli di altri Paesi europei che spendono di più: gli indicatori pubblicati dalla Commissione europea nella Relazione 2022 specifica per l’Italia, evidenziano che, nel 2019, la mortalità “trattabile”⁶⁰ per 100.000 abitanti è stata pari a 63,7 (a fronte di una media europea di 92,1), mentre la mortalità oncologica (x100.000 abitanti) è risultata essere pari a 230,9, anch’essa inferiore a quella europea (252,5). I dati, invece, sulle strutture ospedaliere e la consistenza del personale medico-infermieristico, evidenziano una rete di posti letto per acuzie pari a 259,8 per 100.000 abitanti, inferiore alla media europea (387,4), una dotazione di personale medico pari a 4,1 per 1.000 abitanti, poco sopra al dato europeo (3,8), e una sensibile carenza in quello infermieristico, pari a 6,2 per 1.000 abitanti (8,2 la media europea); in entrambi i casi, poi, l’anzianità media del personale in servizio è elevata.

Le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti nelle deliberazioni adottate in sede di parifica del rendiconto generale del 2020 e in taluni casi anche del 2021 hanno scrutinato in modo dettagliato, anche ente per ente, il livello di realizzazione di questo importante programma di investimento che, nato per fronteggiare un’emergenza del tutto imprevista, ha posto rimedio ad una carenza strutturale che nel corso del decennio precedente si era aggravata allargando il divario dell’Italia nei confronti degli altri Paesi dell’Unione europea. In proposito, appare interessante l’approfondimento dedicato da SRC Lazio al censimento delle grandi apparecchiature dettagliate per singola tecnologia, nella deliberazione sul rendiconto 202070. L’intero programma disposto dal d.l. n. 34/2020 in materia di potenziamento della rete ospedaliera è entrato negli investimenti del PNRR, passando così da intervento emergenziale a investimento strutturale. A tale riguardo, andrà scrutinata in modo approfondito la criticità già segnalata al Parlamento dall’Ufficio Parlamentare di Bilancio, sul costo di funzionamento di tale investimento – cioè sulla previsione delle spese correnti connesse - e di come esso sia stato coperto dalle previsioni conseguenti al piano presentato il 30/04/2021 alle istituzioni dell’Unione europea⁷¹.

Il PNRR, Missione 6 Salute, prevede, alla Componente 2 (“ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”) tre linee di intervento, di cui una, in attuazione dell’art. 2 del d.l. n. 34/2020, è specificamente dedicata al potenziamento delle terapie intensive. Nel 2019, la dotazione è stata pari, mediamente, a circa 8,6 posti letto per 100.000 abitanti, con i valori più alti (pari o superiori a 10) concentrati in Molise, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia.

⁶ Country specific recommendations della Commissione Europea.

Tabella 10 - Posti-letto di terapia intensiva “attivi” per 100.000 abitanti, rilevati prima della pandemia e il 29 ottobre 2022

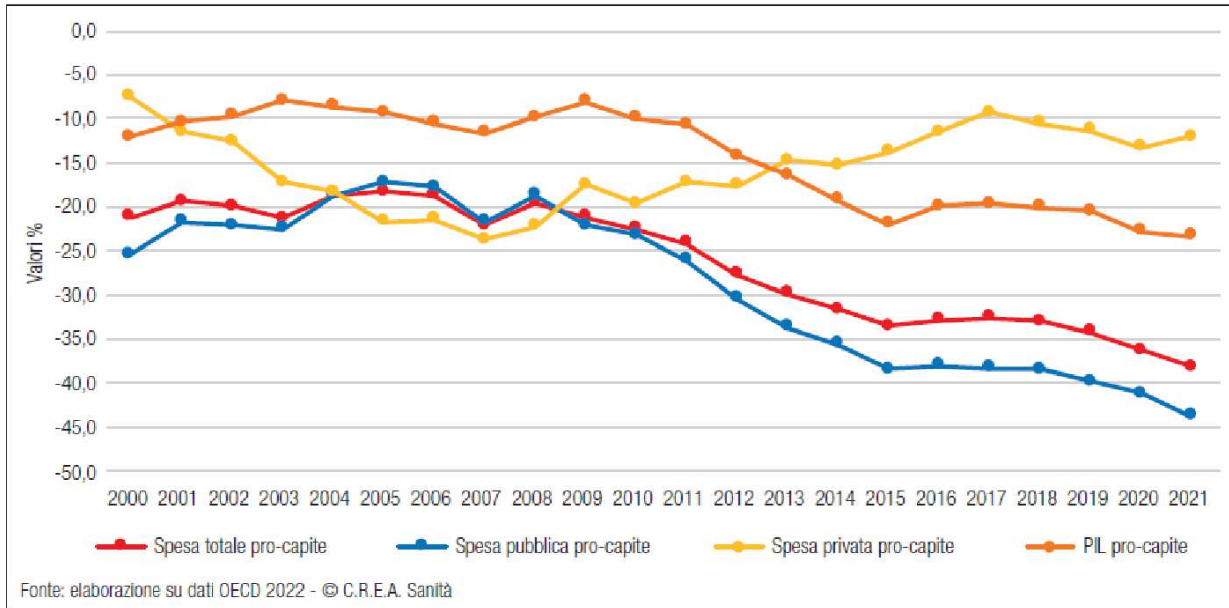
Regioni	Posti letto nelle terapie intensive (31 dicembre 2019)	Posti letto per 100.000 abitanti prima della pandemia	Posti letto “attivi” (rilevazione del 29 ottobre 2022)	Posti letto “attivi” per 100.000 abitanti (rilevazione 29 ottobre 2022)
Piemonte	327	7,6	628	14,6
Valle d’Aosta	10	8,1	13	10,5
Liguria	180	9,9	218	14,4
Lombardia	861	8,6	1.810	18,1
P.A. Bolzano	37	6,9	100	18,7
P.A. Trento	32	5,9	90	16,6
Veneto	494	10,1	1.000	20,5
Friuli-Venezia Giulia	120	10,0	175	14,6
Emilia-Romagna	449	10,1	889	20,0
Toscana	374	9,3	570	15,4
Umbria	70	8,0	86	10,0
Marche	115	7,7	230	15,4
Lazio	571	9,8	943	16,4
Abruzzo	123	9,6	181	14,1
Molise	30	10,2	39	13,3
Campania	335	6,0	575	10,3
Puglia	304	7,7	405	10,3
Basilicata	49	9,0	79	14,5
Calabria	146	5,7	166	8,9
Sicilia	418	8,6	785	16,2
Sardegna	134	8,2	204	12,8
Italia	5.179	8,6	9.186	15,6

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati del Ministero della Salute, dati dalla rilevazione giornaliera dei ricoverati per Covid e dei posti letto nelle terapie intensive, pubblicati sul sito Agenas (estrazione dati: 05/12/2022)

Dovendo fare una sintesi, per quanto arbitraria, dei principali lasciti della pandemia, oltre alla riduzione delle attività di diagnosi e cura, potremmo segnalare la costituzione di una ampia e diffusa consapevolezza:

- dell’esistenza di un nesso causale salute-sviluppo economico
- del fatto che una spasmodica ricerca dell’efficienza tecnica rischia di mettere in ginocchio la resilienza del sistema, di fronte alle emergenze, ma anche, e più in generale, di fronte all’evoluzione tecnologica e dei bisogni
- del fatto che la “risorsa personale” è strategica per la qualità dei sistemi sanitari
- del fatto che le regole (giuridiche e istituzionali) all’interno delle quali agiscono le aziende sanitarie pubbliche non sono compatibili con la “resilienza”, ovvero con una capacità di risposta reale e tempestiva ai bisogni della popolazione e alla loro evoluzione.

Finanziamento e sostenibilità appaiono temi strategici alla luce del superamento della fase pandemica. Propedeuticamente, va ribadito che parlare di sostenibilità del servizio sanitario pubblico in modo intellegibile richiede di dichiarare ex ante quale sia il metro di riferimento. Allo stato attuale, sembra ricorrente l’abitudine di ragionare sul tema rapportando il finanziamento al PIL. Un primo dato incontrovertibile è che il PIL pro-capite italiano è inferiore del -23,3% (-12,9% in PPP – Parità di Potere di Acquisto) a quello dei Paesi presi a riferimento, e del -30,2% rispetto, ad esempio, alla Germania. Ne segue, allora, che un finanziamento pubblico per la Sanità regolato per ottenere la stessa incidenza sul PIL degli altri Paesi EU-Ante 1995, equivarrebbe ad accettare uno scarto di risorse pubbliche di quasi il 20%, che diventa di oltre il 30% rispetto alla Germania; a cui si aggiunge un ulteriore differenziale generato dal fatto che anche la spesa privata italiana è inferiore a quella dei Paesi di riferimento, in media del -12,1%.



Le coperture vaccinali rappresentano l'indicatore per eccellenza delle strategie vaccinali, poiché forniscono informazioni in merito alla loro reale attuazione sul territorio e sull'efficienza del sistema vaccinale.



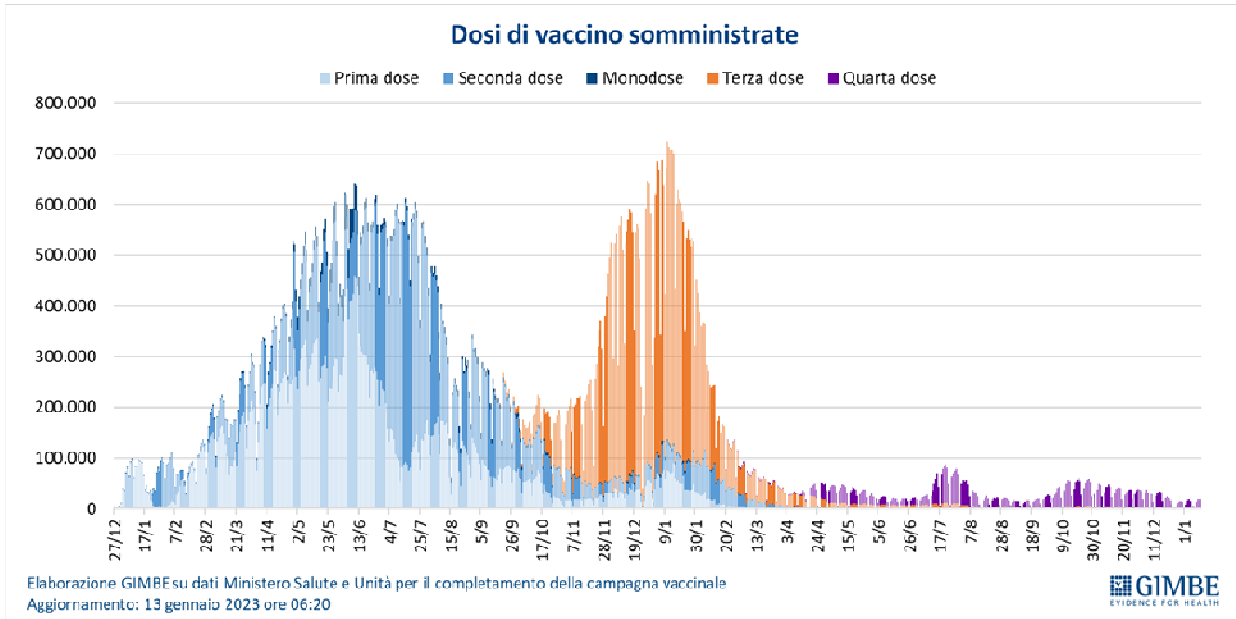
Regioni	Dosi somministrate	Dosi consegnate	%
Abruzzo	3.075.824	3.489.064	88,2
Basilicata	1.306.425	1.464.147	89,2
Calabria	4.205.013	4.730.200	88,9
Campania	12.851.773	14.666.667	87,6
Emilia-Romagna	11.103.126	11.554.408	96,1
Friuli-Venezia Giulia	2.848.433	3.246.093	87,7
Lazio	14.092.545	16.237.569	86,8
Liguria	3.705.471	3.909.893	94,8
Lombardia	25.327.773	27.797.129	91,1
Marche	3.492.419	3.994.305	87,4
Molise	732.385	843.760	86,8
P.A. Bolzano	1.155.818	1.323.583	87,3
P.A. Trento	1.307.746	1.346.366	97,1
Piemonte	10.710.065	11.289.363	94,9
Puglia	9.723.229	10.816.648	89,9
Sardegna	3.869.957	4.283.297	90,3
Sicilia	10.687.794	12.121.225	88,2
Toscana	9.359.438	10.319.434	90,7
Umbria	2.129.492	2.304.589	92,4
Valle d'Aosta	291.712	366.880	79,5
Veneto	11.576.076	12.943.603	89,4
Totale	143.552.514	159.048.223	90,3



143.552.514
Totale somministrazioni

Per il monitoraggio delle coperture vaccinali per la vaccinazione contro il Covid-19 è stato apportato un sistema di rilevazione che ha permesso di poter ottenere i dati nazionali aggiornati giornalmente nel corso di tutta la campagna vaccinale. Le coperture vengono pubblicate su una dashboard pubblica, curata dalla Struttura Commissariale, che ha messo a disposizione anche una repository contenente i dati in formato aperto relativi alla consegna e somministrazione nelle varie Regioni italiane dei vaccini anti-Covid-19. Il dataset riguarda principalmente i dati sui vaccini rispetto a:

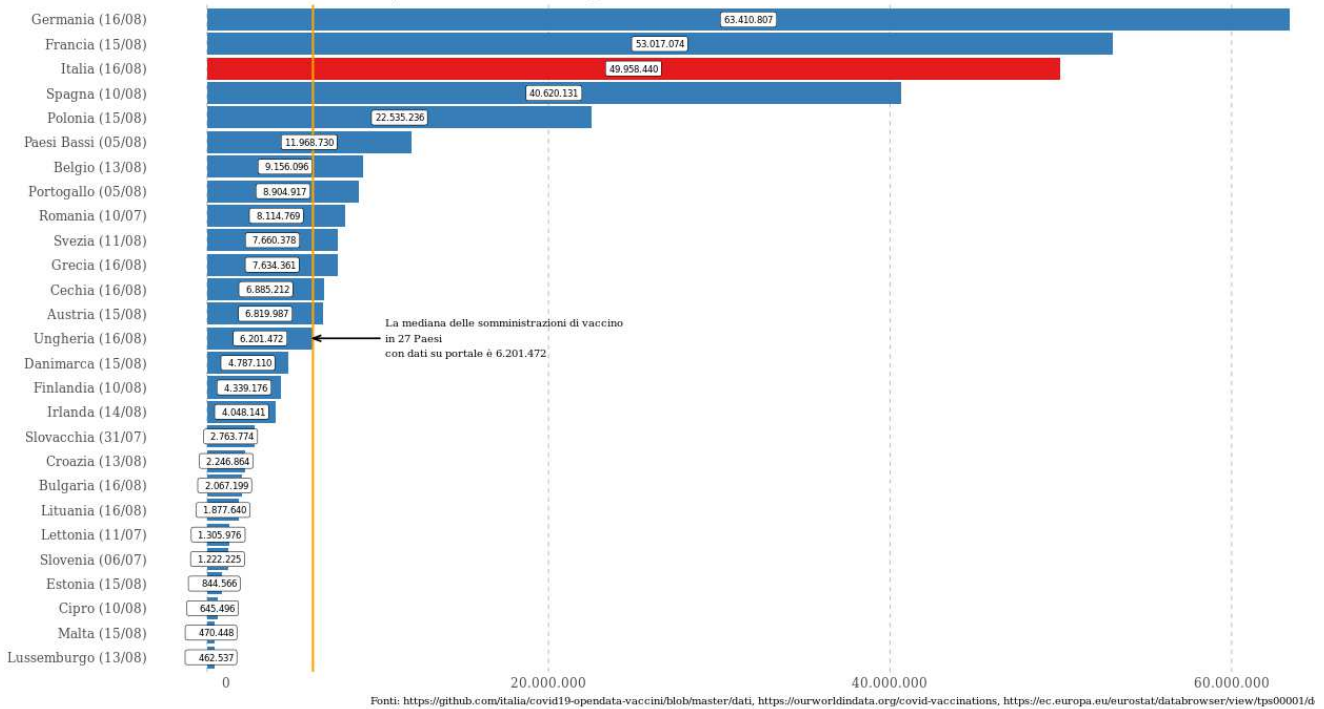
- ☐ consegne suddivise per data di consegna e Regione;
- ☐ somministrazioni suddivise per data, Regione, fascia d'età, genere e categoria di appartenenza del soggetto vaccinato;
- ☐ platee di somministrazione;
- ☐ punti di somministrazione.



Al 17 gennaio 2023 sono state somministrate, in totale, 143.552.514 dosi. In particolare, il 90,22% della popolazione over 12enne ha completato il ciclo primario e l'87,89% della popolazione potenzialmente oggetto di dose aggiuntiva o booster ha ultimato il ciclo vaccinale da almeno quattro mesi. Relativamente alle coperture della fascia di popolazione di 5-11 anni, arriva al 35,32% la copertura su ciclo primario di questa popolazione, che, considerando i guariti, arriva al 41,83%.

A seguire, invece, i dati riferiti ai Paesi europei

Totale popolazione con ciclo di vaccinazione completo per Coronavirus (Covid-19) per Paesi UE
 Elaborazione AGENAS su dati disponibili alle ore 11:40 del giorno 17/08/2022



II. Contesto interno

Il contesto interno è riconducibile, in buona parte, a quanto dedotto nella [Sezione 2 del Piano](#).

A livello di contesto di performance sanitaria si ritiene, peraltro, declinare i risultati di specifica afferenza aziendale del Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

I dati di sintesi riferiti all'azienda per l'ultima rilevazione effettuata (2021) sono i seguenti:

Area del Veneto Orientale

ULSS N. 4 VENETO ORIENTALE

Valutazione dello stato di salute della popolazione (2017-2019)



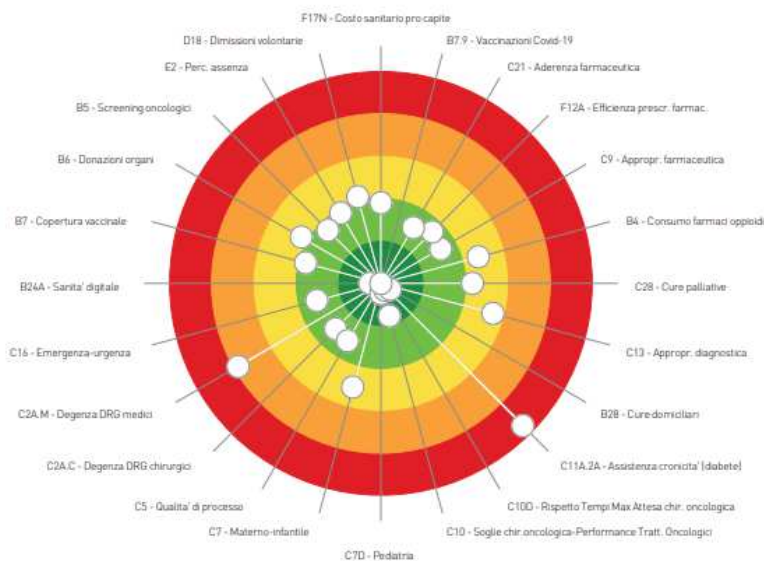
Andamento indicatori - Trend 2020/2021

Numero indicatori di valutazione: 95



● Indicatori peggiorati ● Indicatori stazionari ● Indicatori migliorati

Valutazione della Performance 2021



III. Conclusioni

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

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

L'alta qualità dei servizi erogati è attestata dalla posizione ai vertici delle diverse classifiche nazionali e



internazionali riguardanti il settore sanitario. E' in ogni caso necessario mantenere alto il livello di attenzione e sensibilizzazione rispetto al tema della corruzione affinché non venga mai meno l'adeguato presidio dei rischi.

Il monitoraggio operato rispetto all'attuazione delle misure preventive programmate ha evidenziato un approccio sufficientemente orientato, anche in ragione della partecipazione agli eventi formativi, e tendenzialmente costruttivo soprattutto nelle principali misure obbligatorie declinate nelle aree di norma a maggior rischio (codice di comportamento, conflitto di interessi, monitoraggio sulle modalità di affidamento e rotazione del personale in ambito di dipartimento di prevenzione).

Questo porterà ad un prevalente mantenimento delle azioni in questione, come si dirà in seguito, anche in ragione dell'effetto prolungato connesso all'eccezionale contesto pandemico, a cui seguirà l'applicazione in ambito aziendale delle progettualità legate alle Missioni PNRR.

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

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

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

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

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

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

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

I. Focus sulla figura del rpct – aggiornamento pna 2022

Considerati i delicati compiti che spettano al RPCT, ANAC ha ribadito che è auspicabile che l'organo di indirizzo assicuri al soggetto individuato quale RPCT legittimazione ed autorevolezza anche attraverso una serie di azioni ed indicazioni strategiche, quali, ad esempio, l'adozione di provvedimenti formali che lo integrino opportunamente nell'organizzazione, gli diano una collocazione adeguata, ne descrivano le funzioni e i compiti, a fronte del dovere di tutta l'organizzazione di collaborare fornendo le informazioni, i dati e le attività necessarie a perseguire gli obiettivi, richiamando altresì tale dovere espressamente nei codici di comportamento.



Laddove possibile, è opportuno che l'organo di indirizzo doti il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con adeguato personale, risorse strumentali e finanziarie.

Nella logica di non generare un aggravio o un appesantimento del funzionamento amministrativo, qualora non sia possibile costituire tale ufficio dedicato, è necessario predisporre adeguati provvedimenti organizzativi atti a permettere al RPCT di avvalersi del personale di altri uffici, creando una struttura e un servizio di sostegno tematico e funzionale. Tale struttura, in una necessaria logica di integrazione delle attività e delle competenze multidisciplinari, potrebbe essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit).

2.4.6 Misure obbligatorie - misure per la riduzione del rischio

I. Codice di comportamento e diffusione di buone pratiche e valori

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

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

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

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

L'azienda con deliberazione n. 1252/2022 ha proceduto ad approvare lo schema di nuovo codice di comportamento che a seguire sarà posto in consultazione in vista della successiva approvazione in via definitiva.

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

Nel disciplinare le cd. social media policy l'azienda, dando seguito a quanto già disciplinato a livello aziendale con la direttiva prot. 32091/2016, l'ULSS 4 pur sostenendo

come principio quello di favorire le attività di condivisione delle informazioni da parte dei propri dipendenti, ritiene tuttavia indispensabile informarli delle possibili ricadute negative che un uso improprio dei social, sia pure involontario, può determinare sia per l'immagine dell'Azienda, sia per gli altri operatori, sia infine per l'autore stesso.



I contesti a cui il Codice si riferisce

COMPORTAMENTO IN SERVIZIO

- DISPOSIZIONI SULLA PRESENZA / ASSENZA DAL SERVIZIO
- RAPPORTI CON L'ASSISTITO ED IL CITTADINO - UTENTE / IL PUBBLICO / I COLLEGI
- PROMOZIONE DELL'UGUAGLIANZA DI GENERE
- PROTEZIONE DATI PERSONALI
- PROTEZIONE DI BENI AZIENDALI E RISPETTO DELLE MISURE DI SICUREZZA INFORMATICA
- RISPETTO DELL'AMBIENTE E SALUTE E SICUREZZA
- BREVETTI
- DISPOSIZIONI PARTICOLARI PER I DIRIGENTI
- RICERCA E SPERIMENTAZIONI

COMPORTAMENTO AL DI FUORI DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

- RAPPORTI PRIVATI
- ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE
- RAPPORTI CON I MEDIA E SONDAGGI DI MERCATO
- SOCIAL MEDIA POLICY



Social Media Policy

COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE SUI SOCIAL

USO PRIVATO DEI SOCIAL E RUOLO ISTITUZIONALE

REGOLE MINIME DI COMPORTAMENTO

USO DEI SISTEMI DI MESSAGGISTICA

Il documento in particolare indica:

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

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



II. Gestione dei conflitti di interesse

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

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

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

Il conflitto di interesse individuato all’[articolo 42](#) del codice dei

contratti pubblici è la situazione in cui la sussistenza di un interesse personale in capo ad un soggetto operante in nome o per conto della stazione appaltante che interviene a qualsiasi titolo nella procedura di gara o potrebbe in qualsiasi modo influenzarne l’esito è potenzialmente idonea a minare l’imparzialità e l’indipendenza della stazione appaltante nella procedura di gara. In altre parole, l’interferenza tra la sfera



istituzionale e quella personale del funzionario pubblico, si ha quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio siano adottate da un soggetto che abbia, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l'interesse pubblico.

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

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

A tal proposito le nuove norme sul conflitto di interessi del codice dei contratti pubblici⁷, che il Governo ha approvato in via preliminare il 16 dicembre 2022 aprono ad approcci diversi ed innovativi, che paiono, ad oggi, di difficile applicazione ai primi commentatori. In sintesi, la nuova norma è fortemente diversa da tutte quelle fino ad oggi previste nell'ordinamento italiano sul tema del conflitto di interessi, sia dal punto di vista soggettivo che oggettivo. Sicuramente cerca quindi di adattarsi meglio ad una realtà socio-economica che è in forte evoluzione, nonché al diritto europeo i cui canoni interpretativi sono sempre più presenti anche nell'applicazione delle norme nazionali

III. Rapporti con società civile – il nuovo portale aziendale dedicato

Dal 2020 dal punto di vista della comunicazione della funzione di cd. anticorruzione, l'azienda dispone di [un portale interamente dedicato](#) moderno e dinamico che svolge una funzione informativa, rispetto alle iniziative aziendali, ma anche di comunicazione generale sulle varie componenti della materia senza per questo assumere valenze didattiche che competono alle Autorità centrali.



Il portale prevede sezioni riferite a:

- Atti di programmazione e di attuazione a livello aziendale
- Whistleblowing
- Accesso civico (in particolare FOIA)

In pendenza dell'emergenza Covid e di alcuni adempimenti specifici dalla stessa introdotti, sono state predisposte pagine speciali e settoriali pregarantire un accesso immediato alle informazioni di specifico interesse (ad es. sulla tematica delle liberalità a favore dell'azienda).

⁷

La norma in corso di approvazione (art. 16 del testo del nuovo codice dei contratti) recita:

Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia concreta ed effettiva alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.

Nel corso della stesura del presente Piano, si è proceduto a pubblicare su nuovo portale l'avviso per la raccolta di proposte e osservazioni, utilizzando, anche in questo caso modalità innovative mediante l'utilizzo di moduli telematici.

IV. Tutela dipendente che effettua segnalazioni di illecito

Come noto ai più, la novità basilare in materia è l'adozione della nuova legge recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" (Legge n.179/2017).

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

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

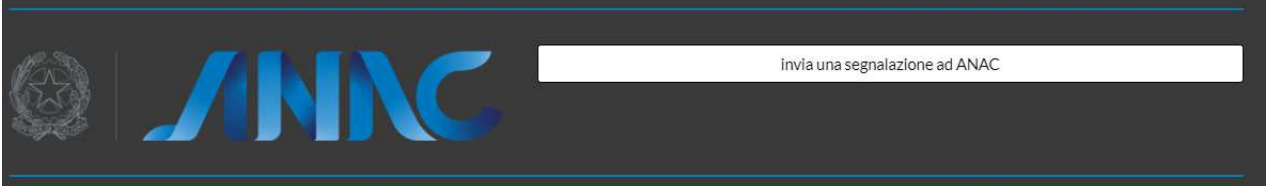
Oltre alle protezioni per i segnalanti la legge ha introdotto obblighi per le Pubbliche Amministrazioni, tra cui l'utilizzo di modalità anche informatiche e il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione. Il RPC ha proceduto, all'esito di un periodo di sperimentazione operato da alcune aziende sanitarie a livello nazionale, a sperimentare il sistema connesso al progetto nasce dalla volontà di [Transparency International Italia](#) e del [Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali](#), di offrire a tutte le Pubbliche Amministrazioni una piattaforma informatica gratuita per dialogare con i segnalanti, frutto dell'esperienza pluriennale delle due associazioni in questo settore. Ogni amministrazione che si iscrive al progetto Whistleblowing PA ha accesso alla propria piattaforma personale che sarà resa disponibile su internet ad un indirizzo specifico per ciascun ente. La piattaforma, basata sul software GlobalLeaks, permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di ricevere le segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti dell'ente e di dialogare con i segnalanti, anche in modo anonimo.



Con l'attivazione del portale dedicato è stato quindi possibile rendere totalmente operativo anche il sistema di segnalazione informatizzato che è raggiungibile dallo stesso, così come sono raggiungibili anche le altre modalità, quali quella prevista da ANAC.

Il ruolo di ANAC

Oltre che al RPC aziendale nei termini ora descritti, le segnalazioni possono essere inoltrate all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile.



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

Lo schema di decreto va a integrare (e sostituire) la legge n.179/2017, sulla base della quale si sono sviluppate esperienze e si sono potute osservare criticità. Tale disciplina, pur contenendo disposizioni avanzate di protezione e tutela, si è rivelata quasi completamente inefficace nella prassi, come può registrarsi dall'assenza di provvedimenti del giudice del lavoro che abbiano garantito una forma di tutela ai segnalanti.

L'articolo 25 della Direttiva Europea prevede una clausola di non regressione: il decreto in nessun modo può costituire motivo di riduzione del livello di protezione già offerto dagli Stati membri. Purtroppo, diverse disposizioni del decreto vanno in contrasto con questo articolo e rischiano di sottoporre la stessa legge al processo di revisione della Commissione Europea.

All'art. 3 il legislatore limita l'oggetto delle segnalazioni nell'ambito privato, ristabilendo una differenziazione tra la disciplina del whistleblowing nel settore pubblico e nel settore privato. Crediamo si sia persa un'occasione per uniformare la disciplina nei due settori, garantendo semplicità di comprensione della normativa per i potenziali segnalanti. Restano poi in particolare problematici gli ambiti di applicazioni per tutte le società di natura mista, come quelle in controllo pubblico, per le quali saranno previsti ambiti maggiori, con possibile differenziazione dei destinatari, sulla base dell'oggetto della segnalazione. Per quanto riguarda invece il settore pubblico, sembrano non rientrare più, rispetto alla legge vigente, le segnalazioni relative alle irregolarità, la cosiddetta *maladministration*. Tale restrizione costituisce certamente una regressione rispetto alla legge n.179/2017.

V. Formazione

Nel richiamare quanto illustrato nelle versioni precedenti anche del PTPC in tema di formazione si dà atto che nel corso del 2022 si sono svolti e sono stati avviati 3 eventi espressione dell'obbligo previsto in materia.

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

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



Le proposte formative 2023 (ex DL 36/2022)

FORMAZIONE AVANZATA PER I RUOLI APICALI

- 1 giornata di corso in presenza introduttiva rispetto alle tematiche dell'etica pubblica e delle regole del codice di comportamento nazionale dei dipendenti
- 4 webinar con analisi delle fattispecie concrete anche in un'ottica di miglioramento dei contenuti del Codice

FORMAZIONE GENERALE CON APPROCCIO VALORIALE

- 1 giornata di corso in presenza introduttiva rispetto alle tematiche dell'etica pubblica e delle regole del codice di comportamento nazionale dei dipendenti
- 10 pillole FAD con casi concreti e dilemmi etici, per trasformare le astratte fattispecie in situazioni reali.

VI. Rotazione del personale

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

L'istituto generale della rotazione disciplinata nella legge 190/2012, (c.d. rotazione ordinaria) va distinto dall'istituto della c.d. rotazione straordinaria, previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (c.d. Testo Unico sul pubblico impiego) all'art. 16, co. 1, lett. l-quater19, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Tale ultima misura solo nominalmente può associarsi alla rotazione ordinaria.

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

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

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

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

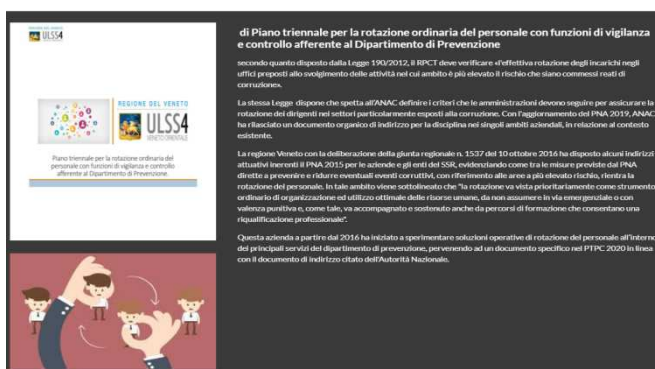
- Igiene e sanità pubblica;
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Igiene e sanità degli alimenti
- Servizi Veterinari (a ricomprendere le attuali 3 uoc previste dall'atto aziendale e generalmente distinte in aree A, B e C).

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

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

Chiaramente l'avvento del Covid ha reso molto problematico l'approccio alla nuova e articolata misura nel corso del 2020. Molte novità sono inoltre intervenute a livello organizzativo all'interno del Dipartimento di Prevenzione. Nonostante alcune attività siano state prese in carico è del tutto evidente che un monitoraggio serio sull'applicazione del Piano vada riconsiderata nel corso del 2023 facendo leva su una

Misure di prevenzione



progressiva riduzione della pressione degli adempimenti connessi all'emergenza, formalmente cessata il 31 marzo.

Sul punto, pertanto, si programma l'aggiornamento del Piano 2020-2022 mediante un'opera di ricognizione dei criteri e delle misure pianificate nel corso del tavolo di lavoro del 2019.

VII. Svolgimento di incarichi esterni

Resta fermo quanto esposto in materia nella versione del piano 2019, tenuto conto in particolare anche di quanto concerne il conferimento e l'autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extra-istituzionali. La procedura aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 26/2015 è in corso di aggiornamento.

Ci si riserva, peraltro, la programmazione di interventi diversi e mirati successivamente all'approvazione del nuovo codice di comportamento.

VIII. Pantouflage

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

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

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

La norma utilizza i termini "servizio" e "cessazione del pubblico impiego", quasi a riferirsi esclusivamente ai dipendenti a tempo indeterminato delle pubbliche amministrazioni. Tuttavia, in coerenza con la finalità dell'istituto in argomento quale presidio anticorruzione, nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i soggetti titolari di uno degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 espressamente indicati all'art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

Con riferimento ai soggetti che le amministrazioni reclutano al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione per i quali non trovano applicazione i divieti

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

previsti dall'art. 53, co.16-ter, del d.lgs. n. 165/2001. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali.

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

A chi si applica il pantouflage	
Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ✓ Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato ✓ Ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013 	
A coloro che negli enti pubblici economici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ rivestano uno degli incarichi di cui all'art. 1 del d.lgs. n. 39/2013, secondo quanto previsto all'art. 21 del medesimo decreto 	

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

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

ANAC ha rinviato ad apposite Linee Guida - in fase di elaborazione - la determinazione dei criteri per l'individuazione, ai fini del divieto di pantouflage, degli atti e comportamenti adottati nell'ambito di procedimenti implicanti l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali.

L'applicazione della disciplina sul pantouflage comporta che il dipendente che ha cessato il proprio rapporto lavorativo "pubblicistico" svolga "attività lavorativa o professionale" presso un soggetto privato destinatario dell'attività della pubblica amministrazione.

Anche con riferimento a tale espressione, l'Autorità ha valutato sia da preferire un'interpretazione ampia. L'attività lavorativa o professionale in questione va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a:

- rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato
- incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati.

Sono esclusi dal pantouflage gli incarichi di natura occasionale, privi, cioè, del carattere della stabilità: l'occasionalità dell'incarico, infatti, fa venire meno anche il carattere di "attività professionale" richiesto dalla norma, che si caratterizza per l'esercizio abituale di un'attività autonomamente organizzata

Fermi restando, infatti, i riconosciuti poteri di ANAC di accertamento e sanzionatori in materia, le amministrazioni svolgono una verifica istruttoria sul rispetto della norma sul pantouflage da parte dei propri ex dipendenti. In particolare, all'interno dell'amministrazione, tali verifiche sono svolte dal RPCT, anche con il necessario supporto degli uffici competenti all'interno dell'amministrazione, alla luce dei

compiti allo stesso attribuiti dall'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013. Gli esiti delle verifiche del RPCT possono tradursi in una segnalazione qualificata ad ANAC.

Per quanto riguarda, invece, le possibili misure da inserire nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, ANAC ha fornito un elenco (di cui si riporta un estratto):

- inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere nei tre anni precedenti alla cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro.
- in caso di soggetti esterni con i quali l'amministrazione stabilisce un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato o uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013 previsione di una dichiarazione da rendere una tantum o all'inizio dell'incarico, con cui l'interessato si impegna al rispetto del divieto di pantouflage;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016;
- inserimento nei bandi di gara, nonché negli atti di autorizzazione e concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere a enti privati, come pure nelle Convenzioni comunque stipulati dall'Amministrazione di un richiamo esplicito alle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;
- promozione da parte del RPCT di specifiche attività di approfondimento, formazione e sensibilizzazione sul tema;
- previsione di specifici percorsi formativi in materia di pantouflage per i dipendenti in servizio o per i soggetti esterni nel corso dell'espletamento dell'incarico;

Nelle misure di prevenzione viene confermata la misura già introdotta con riferimento alle dichiarazioni da rendere in sede di cessazione e saranno implementate quelle relative all'ambito dei contratti.

Per quanto attiene alle verifiche, il RPCT applicherà in base alle esigenze il modello operativo descritto al punto 3.2 dello schema di PNA 2022.

IX. Altre attività di area generale per ridurre il rischio di corruzione

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

- formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- protocolli di legalità⁹;
- Contrasto alle infiltrazioni mafiose nell'ambito della realizzazione delle progettualità inerenti al Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza PNRR. (note prot 319235 del 19/7/2022 e 303866 del 7/7/2022, Segreteria Generale della Programmazione Regione Veneto)

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



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

X. Responsabile dell'anagrafe stazione appaltante (RASA)

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

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

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

2.4.7 Misure per la trasparenza

I. Premessa.

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

Dalla modifica del d.lgs. 97 sono intervenute alcune modifiche inserite occasionalmente in disposizioni normative di natura e con obiettivi diversi. Da ultimi gli interventi in tema di Covid-19 con riferimento agli adempimenti di rendicontazione in particolare delle spese sostenute mediante le donazioni ricevute (cfr. Comunicato del Presidente ANAC del 29 luglio 2020).

Merita inoltre menzione, in materia di accesso, fortemente connessa al tema della trasparenza e della semplificazione amministrativa, la legge di conversione, in vigore dal 15 settembre 2020, del decreto Semplificazione (DL 16/07/2020, n. 76 Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale) la cui priorità è rappresentata dall'obiettivo di una PA digitale entro il 28 febbraio 2021. In questo ambito molteplici gli interventi che si prospettano per le PP.AA. chiamate a razionalizzare l'organizzazione e le relative procedure per un più agevole e diffuso accesso ai servizi pubblici, che dovrà avvenire esclusivamente tramite piattaforme abilitanti, consentendo una crescente interazione tra amministrazioni e cittadini-utenti. La trasparenza amministrativa diviene pertanto prerogativa imprescindibile nel processo di trasformazione digitale della PA. In proposito si richiama la deliberazione aziendale n. 198/2021.

II. Obiettivi strategici.

Si deve evidenziare che con l'Atto di segnalazione n. 6 del 20 dicembre 2017 Concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016 ANAC ha formalizzato che permangono alcune questioni aperte e lacune normative che meritano di essere segnalate al Governo e al Parlamento, anche al fine di adottare dei correttivi che rendano più efficaci le disposizioni normative vigenti.

Come detto, una delle principali novità era quella di introdurre modalità semplificate di pubblicazione per le pubbliche amministrazioni nel senso che le stesse invece di pubblicare nuovamente dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 33/2013, già comunicati alle amministrazioni che detengono Banche dati, potranno limitarsi ad inserire nell'apposita sezione o sottosezione di "Amministrazione trasparente" il link opportuno.

La segnalazione nota tuttavia che la disposizione di cui all'art. 9-bis si è rilevata, in realtà, di difficile attuazione. La ragione principale risiede nel fatto che le banche dati cui si riferisce la norma sono state istituite e realizzate prima dell'entrata in vigore del d.lgs. 33/2013 per scopi diversi da quelli che si prefigge l'art. 9-bis. Da subito, pertanto, si è riscontrato un disallineamento o solo una parziale coincidenza tra dati acquisiti nelle banche dati e gli atti o documenti che le amministrazioni sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013. Inoltre, la discrasia attiene anche ai contenuti degli obblighi, in quanto le banche dati contengono spesso solo dati, mentre il d.lgs. 33/2013 si riferisce anche a "documenti e informazioni". Per allineare i contenuti delle banche dati agli obblighi di pubblicazione si renderebbe, perciò, necessario un investimento per la revisione delle banche dati elencate nell'Allegato B) volto a consentire una corretta attuazione della disposizione. Allo stato attuale, il rischio è quello di avere interpretazioni volte ad

adempimenti formali con la pubblicazione parcellizzata dei dati attinenti ad un medesimo set considerato unitariamente da diverse norme del d.lgs. 33/2013, in parte sui siti delle amministrazioni detentrici delle banche dati e in parte - per i dati non conferiti alle banche dati- sui siti delle amministrazioni. Con la conseguenza di perdere l'unitarietà dell'informazione voluta dal legislatore in ordine ad un medesimo profilo organizzativo o funzionale e di costringere gli interessati a consultare due diversi siti, quello della banca dati e quello dell'amministrazione, per ottenere un'informazione completa.

Fermo restando l'apprezzamento dell'Autorità sugli obiettivi di fondo perseguiti dal legislatore, ed, in particolare, circa l'apertura delle banche dati pubbliche e la loro interoperabilità, ANAC ritiene tuttavia opportuno un intervento correttivo che consenta di superare le difficoltà applicative sopra esposte.

La modifica dell'art. 9-bis potrebbe volgere nella direzione di prevedere sicuramente l'apertura delle banche dati dell'Allegato B), stabilendo però che la sostituzione dell'obbligo di pubblicazione per le amministrazioni sui propri siti possa realizzarsi solo quando vi sia una totale coincidenza tra i dati contenuti nelle banche dati e quelli previsti dal d.lgs. 33/2013.

Ai fini dell'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d.lgs 33/2013, qualora nelle banche dati sia stata omessa la pubblicazione di dati effettivamente coincidenti con quelli previsti dal d.lgs. 33/2013, la richiesta di accesso civico dovrebbe essere esercitata nei confronti dell'amministrazione titolare della banca dati.

Nell'ipotesi, invece, in cui non vi sia la totale coincidenza tra i dati, la richiesta di accesso civico andrebbe esercitata nei confronti delle amministrazioni tenute alla pubblicazione dei dati, restando fermo, in tali casi, come anticipato, l'obbligo per le amministrazioni di pubblicare sul proprio sito tutti i dati previsti dal d.lgs. 33/2013.

Rispetto a tali prospettive, qualche evoluzione si è registrata nel corso dell'ultimo biennio e sono in crescita le piattaforme di open data dove sono reperibili i dati afferenti a tutte le pp.aa..

III. Trasparenza in tema di contratti pubblici alla luce del PNA 2022.

Ad avviso dell'Autorità, in questa fase storica in cui il legislatore ha introdotto regimi derogatori nelle procedure di affidamento degli appalti in considerazione dell'emergenza sanitaria, prima, e per favorire il raggiungimento degli interventi del PNRR, poi, va senza dubbio valorizzato il ruolo della trasparenza come misura cardine per assicurare un importante presidio in funzione di anticorruzione, oltre che di controllo sociale sull'operato e sui risultati ottenuti dalle stazioni appaltanti, sia nell'aggiudicazione che nell'esecuzione di opere, di servizi e forniture.

La trasparenza è, infatti, indeclinabile principio posto a presidio di garanzia, ex ante, di una effettiva competizione per l'accesso alla gara e, ex post, di un'efficace controllo sull'operato dell'aggiudicatario. Così, anche dove il legislatore ha previsto la possibilità di derogare alle norme del Codice dei contratti pubblici al ricorrere di specifiche condizioni, il principio di trasparenza è stato comunque fatto salvo e ribadita espressamente l'assoggettabilità degli atti delle stazioni appaltanti agli obblighi di pubblicazione del d.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 29 del Codice dei contratti.

Le amministrazioni, anche a garanzia della legalità, sono pertanto chiamate a dare corretta attuazione, per tutti questi contratti, agli obblighi di pubblicazione disposti dalla normativa, che includono oggi, oltre a quelli delle tradizionali fasi della programmazione e aggiudicazione, anche quelli della fase esecutiva. Dovranno, inoltre, anche per la fase esecutiva, assicurare la più ampia trasparenza mediante l'accesso civico generalizzato, facendo salvi i soli limiti previsti dalla legge. Questa logica di integrazione è chiaramente rappresentata dal Consiglio di Stato laddove precisa che la pubblicazione obbligatoria di determinati atti (c.d. "disclosure proattiva") è solo un aspetto, pur fondamentale, della



trasparenza dei contratti pubblici, che, tuttavia, si manifesta e si completa nell'accessibilità degli atti (c.d. "disclosure reattiva") nei termini previsti per l'accesso civico generalizzato.

In merito agli atti, ai dati e alle informazioni da pubblicare obbligatoriamente rispetto alla **fase esecutiva**, la *ratio* che è alla base delle modifiche introdotte all'art. 29 - controllo diffuso sull'azione amministrativa nella fase successiva all'aggiudicazione - e la formulazione ampia della disposizione "Tutti gli atti (...) relativi a (...) l'esecuzione di appalti pubblici" inducono a ritenere che la trasparenza sia estesa alla generalità degli atti adottati dalla stazione appaltante in sede di esecuzione di un contratto d'appalto. Possono, quindi, esservi inclusi tutti gli atti adottati dall'amministrazione dopo la scelta del contraente, in modo tale che sia reso visibile l'andamento dell'esecuzione del contratto (tempi, costi, rispondenza agli impegni negoziali, ecc.), con il limite, indicato nello stesso co. 1 dell'art. 29, degli atti riservati (art. 53) ovvero secretati (art. 162 del Codice).

Le modifiche intervenute alle disposizioni normative, nonché gli orientamenti espressi dalla giurisprudenza investita della risoluzione di questioni riguardanti l'accessibilità degli atti delle procedure di gara, rendono oggi necessaria una revisione dell'elenco reso disponibile da ANAC in precedenza anche per declinare gli atti della fase esecutiva inclusi ora in quelli da pubblicare.

L'Allegato 9 al PNA 2022 elenca, per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente". Tale impostazione consente una migliore comprensione dello svolgimento delle procedure contrattuali. Considerato l'impatto organizzativo di questa modalità di pubblicazione, ANAC sottolinea che il pieno raggiungimento dell'obiettivo **si ritiene possa essere informato al principio di gradualità e progressivo miglioramento**.

IV. **Trasparenza degli interventi PNRR (PNA 2022)**

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

Al fine di far conoscere in modo trasparente, comprensibile e tempestivo i contenuti delle misure del PNRR e gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e sul territorio, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) - nel documento "Istruzioni tecniche per la redazione dei sistemi di gestione e controllo delle amministrazioni centrali titolari di interventi del PNRR", allegato alla Circolare n. 9 del 10 febbraio 2022, ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione.

Con riferimento ai Soggetti attuatori degli interventi - in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - ANAC ribadisce la necessità di dare attuazione alle disposizioni del d.lgs. n. 33/2013.

In ogni caso, in piena autonomia, è sempre possibile pubblicare dati ulteriori relativi alle misure del PNRR in una apposita sezione del sito istituzionale, secondo la modalità indicata dalla RGS per le Amministrazioni centrali titolari di interventi. Tale modalità di trasparenza consentirebbe anche una visione complessiva di tutte le iniziative attinenti al PNRR, evitando una parcellizzazione delle relative informazioni.

Anche i Soggetti attuatori, in un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrino in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013, possono inserire in

A.T., nella corrispondente sottosezione, un link che rinvia alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

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



The screenshot shows the website for the Regione del Veneto, specifically the section for the PNRR in Veneto. The page features a navigation bar with links for Home page, la Regione, and Servizi. Below the navigation bar, there is a search bar and a main heading for "PNRR in Veneto". The content area includes a sub-heading "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" and a detailed description of the plan. At the bottom, there are three boxes: "Principali documenti PNRR", "Relazione sullo stato di attuazione del PNRR", and "PIATTAFORMA mpa".

Va inoltre evidenziato che, al fine di garantire maggiore trasparenza e condivisione del patrimonio informativo relativo agli interventi del PNRR, con il DPCM 15 settembre 2021, lo stesso Governo ha valorizzato il formato open data. In base all'art. 9 del citato DPCM, il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale, sulla base delle informazioni acquisite dal sistema informatizzato centrale del PNRR, rende accessibile in formato elaborabile (open data) e navigabile, i dati sull'attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativi a ciascun progetto, insieme ai costi programmati e ai milestone e target perseguiti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII. Gestionale informatico.

Come noto l'azienda ha ritenuto di aderire ed utilizzare un gestionale frutto di un Protocollo d'intesa tra il Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione e la rivista telematica Gazzetta Amministrativa.

L'applicativo web, totalmente gratuito in ogni sua fase - installazione, manutenzione, adeguamenti ed ogni altra assistenza inerente al servizio – quindi conforme all'art. 51 d.lgs n. 33/2013 in tema di invarianza finanziaria, si è dimostrato, ad oggi un valido ausilio alla corretta attuazione della normativa di riordino di cui al decreto, con modalità operative semplici e generalmente utilizzate dagli operatori (referenti) senza particolari difficoltà.

La Fondazione Istituzionale Gazzetta Amministrativa della Repubblica Italiana, che notoriamente mette a disposizione il gestionale, nel 2017 ha richiesto l'adesione ai soggetti pubblici interessati a sostenere il processo di modernizzazione ed efficientamento della Pubblica Amministrazione, attraverso la ricerca e l'approfondimento scientifico, mediante un approccio orientato al supporto istituzionale, per diffondere e divulgare la cultura della Trasparenza e Anticorruzione, della dematerializzazione, digitalizzazione e semplificazione amministrativa, valorizzando strumenti di raccordo permanente tra cittadini, imprese e P.A., elaborando e diffondendo buone pratiche di amministrazione e di alta tecnologia e per continuare a fruire della piattaforma. L'azienda ha aderito.

Dopo l'entrata in vigore delle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 all'albero della trasparenza allegato al d.lgs. 33/2013, il gestionale è stato aggiornato e le sezioni per le quali non è più prevista l'implementazione sono state disattivate pur restando visibili i dati pubblicati in virtù delle tempistiche di durata della pubblicazione.

VIII. Monitoraggio

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

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

E' stato prevalentemente privilegiato un modello *one to one*, secondo incontri posti in essere con tutti gli attori coinvolti nelle singole strutture, come con singoli operatori, nell'intento di focalizzare le

problematiche delle singole realtà facendo leva anche su di una maggiore possibilità di approfondimento rispetto al materiale prodotto dagli enti preposti al governo della materia.

Da quest'anno è possibile utilizzare anche uno strumento di monitoraggio informatizzato connesso a gestionale di caricamento che si ritiene potrà essere utile a garantire anche alle uuo la massima tempestività sulle eventuali misure correttive necessarie da porre in essere.

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

IX. Accesso civico generalizzato.

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

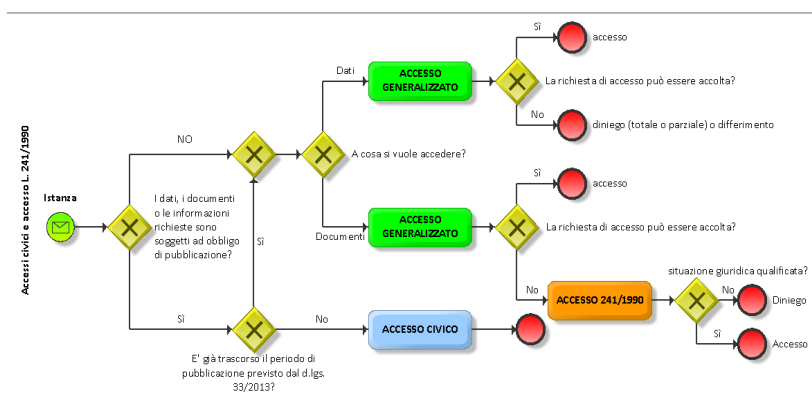
L'azienda ha dato applicazione al nuovo istituto di accesso civico "generalizzato", sulla base dello schema di "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013" pubblicate dall'ANAC in data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

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

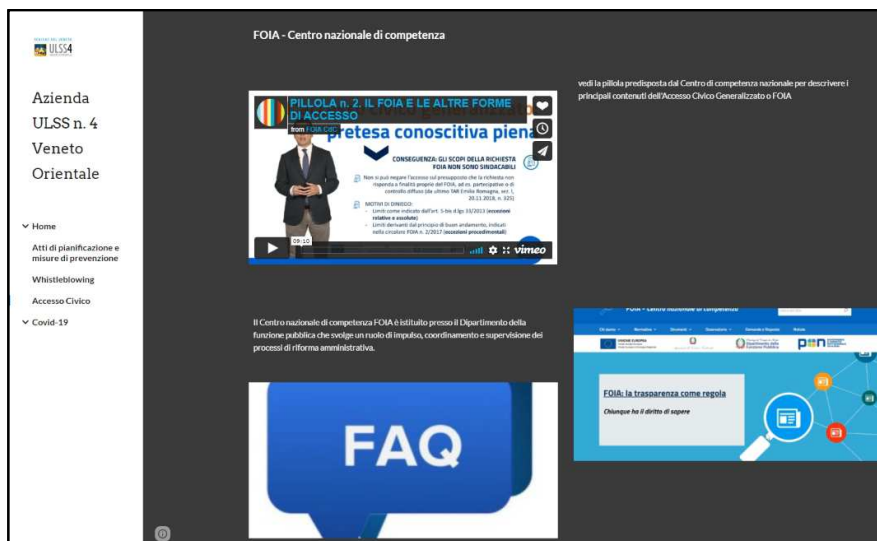
Sul piano operativo nel rispetto delle indicazioni della circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017 per la gestione delle istanze è stato individuato un "centro di competenza" presso la u.o.c. affari generali per supportare le attività istruttorie delle singole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

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

Con il nuovo portale è stata predisposta una pagina dedicata con tutta la documentazione aziendale in materia ma anche informazioni e video esplicativi che puntano a dare la massima diffusione possibile all'istituto.



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



X. Accesso civico generalizzato e contratti pubblici (PNA 2022)

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

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

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

XI. Accesso civico cd. semplice.

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



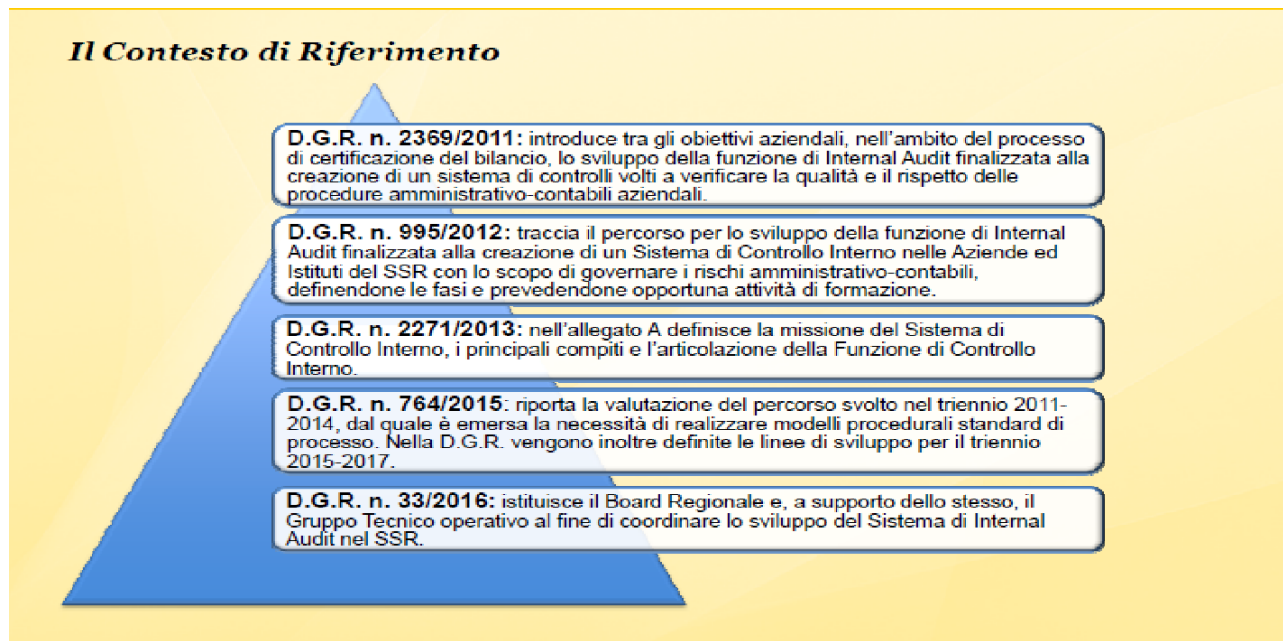
La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT.

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

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

2.4.8 Individuazione delle attività con più elevato rischio di corruzione – integrazione con il sistema di controllo interno regionale¹¹

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



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

Con nota protocollo n. 11304 del 14.04.2022 Azienda Zero ha trasmesso le linee guida per la predisposizione del Piano Triennale di audit 2021-2023 delle aziende del SSR che vengono recepite nella proposta del piano di audit delle singole aziende.

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

Per il 2023, le LG non sono ad oggi ancora state diramate.

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



2.5 - Area 5: Attività caratterizzanti

- Svolgere un'attività di collaborazione e condivisione con il responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e precisamente:
 1. mettere a disposizione del RPCT l'aggiornamento del CRSA svolta in azienda nella parte che impatta con il rischio corruttivo;
 2. comunicare al RPCT la programmazione di audit in modo da condividere l'interesse reciproco sulle attività ed allineare per quanto possibile i due piani;
 3. ottenere la collaborazione del RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto.

Quindi, anche per quest'anno resta valida la versione aggiornata della misurazione del rischio dei processi aziendali (modello CRSA- Control Risk Self Assessment).

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

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

- a) affidamenti di lavori, forniture e servizi;
- b) conferimento di incarichi dirigenziali e rotazione nell'espletamento degli incarichi;
- c) rapporti tra regioni e aziende con i soggetti erogatori delle prestazioni, dalla fase di autorizzazione all'esercizio fino alla stipula degli accordi contrattuali a seguito di accreditamento;
- d) alienazioni di immobili;
- e) sperimentazioni cliniche e sponsorizzazioni;
- f) comodati d'uso e valutazione "in prova" di prodotti tecnologici;
- g) liste d'attesa e attività libero professionale.

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

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

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

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



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

Il prospetto allegato 3 riporta l'insieme delle misure avviate nei termini descritti, a partire 2016, modificate sulla base delle principali risultanze del monitoraggio conclusivo e/o integrate secondo quanto ora esposto.

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

3.1 Struttura organizzativa



3.1.1 L'Ospedale

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

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

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

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



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

3.1.2 Il Distretto

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

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

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

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

Più nel dettaglio il Distretto:

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

3.1.3 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione costituisce la struttura tecnico funzionale dell'Azienda che ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con il Distretto e con i Dipartimenti dell'Azienda Ulss, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa inoltre, alla formulazione del programma di attività dell'Azienda Ulss, elaborando proposte d'intervento nelle materie di competenza e fornendo indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. Svolge, infine, funzioni specifiche di grande rilevanza nell'attuazione di indirizzi nazionali, in rete con altre strutture e/o enti, anche nei casi di emergenze sanitarie territoriali.

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



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



3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

Il 2 novembre 2022 è stato stipulato il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, con il quale le parti negoziali hanno disciplinato, tra le altre, il lavoro agile di cui alla legge 22 maggio 2017, n. 81.

Al fine di fornire alle Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale del Veneto uno strumento operativo dal quale partire per l'eventuale implementazione della suddetta modalità lavorativa, è stato istituito un gruppo di lavoro regionale incaricato di redigere una proposta di regolamento da diffondere tra le Aziende Sanitarie del Veneto che, unitamente alla ricognizione delle attività oggetto di lavoro agile, costituirà la base per l'applicazione dell'istituto a regime.

Nel [PF 2021 l'azienda ha comunque adottato una prima versione di POLA](#) a cui si rimanda in particolare per l'applicazione che alla misura è stata data durante l'emergenza pandemica.



3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con delibera n. 1099 del 30/11/2022 è stato adottato il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024.

La revisione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022/2024 e l'aggiornamento per scorrimento relativo al triennio 2023/2025 sono stati elaborati a partire dall'analisi del PTFP 2022/2024 approvato con nota regionale prot. n. 51360 del 4 febbraio 2022 e successivamente adottato in via definitiva con deliberazione n. 813 del 31 agosto 2022, e sulla scorta delle indicazioni fornite dal direttore generale dell'area sanità e sociale con nota prot. n. 491835 del 21 ottobre 2022.

La revisione del piano 2022 tiene conto delle assunzioni effettuate per potenziare o avviare i servizi impegnati nel far fronte alle nuove o maggiori attività legate o stabilmente conseguenti all'emergenza Covid-19.

Analogamente a quanto previsto per gli anni 2020 e 2021, il direttore generale dell'area sanità e sociale, con proprio decreto n. 100 del 28 luglio 2022, nel determinare il limite di costo per il personale dipendente di questa azienda in € 121.142.394, ha precisato che gli oneri derivanti dalle assunzioni di personale autorizzate per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, non sono ricompresi nel suddetto limite, in quanto tali assunzioni sono da considerarsi in deroga ai tetti di spesa fissati.

Si richiama quanto già rappresentato nelle premesse delle relazioni illustrative allegate ai piani da ultimo quello relativo al triennio 2022-2024 in cui si evidenziava in primo luogo come, nella riorganizzazione degli ambiti territoriali del Servizio Sanitario Regionale prevista dalla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, questa Azienda pur non essendo stata interessata a processi di accorpamento, ha acquisito un ulteriore Comune (Cavallino-Treporti). In tale contesto va rilevato che i servizi sanitari rimangono articolati nelle medesime strutture ospedaliere e territoriali, che nel nuovo atto aziendale sono state peraltro potenziate anche con nuove apicalità, garantendo l'erogazione dei servizi nei tre presidi ospedalieri. Allo stesso modo anche i servizi generali e di supporto hanno mantenuto l'assetto organizzativo precedente, che anzi dovrebbe essere potenziato con l'attivazione di nuove unità operative previste dall'atto aziendale. Rileva pertanto come la condizione strutturale propria e peculiare di questa Azienda non consenta di perseguire alcuni dei processi di razionalizzazione organizzativa e conseguente efficientamento dei costi che appaiono possibili attraverso l'unificazione di più aziende e delle rispettive risorse.

Il piano in parola deve inoltre tener conto del Piano aziendale attuativo della dotazione ospedaliera pubblica e privata e territoriale, adottato con deliberazione n. 884 del 24 settembre 2019 in attuazione agli indirizzi previsti dalla d.g.r. n. 614 del 14 maggio 2019 e contenente in particolare il piano di attuazione delle schede di dotazione ospedaliera, il cronoprogramma di attuazione complessivo e le schede di dettaglio per singola unità operativa interessata dall'attuazione comprendente ricadute attuative economiche, di natura strutturale ed in termini di risorse umane e strumentali.

Anche il PTFP 2023/2025 è stato quindi rielaborato tenendo conto ancora una volta dell'effettivo stato di copertura dei posti e dell'attuale limitata disponibilità sul mercato del lavoro di alcune figure professionali, in particolare mediche, con l'obiettivo altresì di rilevare il fabbisogno più aderente al funzionamento dell'azienda in relazione agli obiettivi di salute affidati e ai livelli essenziali di assistenza da garantire. Si è inoltre tenuto conto degli standard di personale definiti dalla Regione per alcuni ambiti sia medici che infermieristici, nonché di quelli previsti in sede di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale.

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



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

A tal proposito si rappresenta che con nota 4 novembre 2019, prot. n. 63653 – i cui contenuti sono analogamente riproponibili anche rispetto alla situazione dell'anno 2022 e in previsione per il triennio 2023/2025 – l'azienda ha chiesto all'area sanità e sociale della regione del Veneto la possibilità di scorporare dal costo soggetto al limite per consulenze di cui alla deliberazione di Giunta regionale del Veneto n. 177/2019 (poi confermate per il 2020 con DGR n. 2005/2019, per il 2021 con DGR n. 258/2021 e per il 2022 con DGR n. 417/2022), la spesa sostenuta per convenzioni e contratti libero professionali, pari nel 2019 a € 1.180.996,51 o, in alternativa, la possibilità di incrementare il predetto limite, in attesa del rientro ad una situazione di fisiologica copertura dei posti di organico, considerato che il ricorso a tali forme di acquisizione di prestazioni mediche non costituisce un'integrazione o potenziamento della capacità produttiva delle unità operative interessate, né tanto meno un apporto di professionalità esterne in ambiti per i quali potrebbe essere impiegato personale dipendente dell'Azienda; viene infatti utilizzato esclusivamente per far fronte a carenze di posti di organico medico la cui copertura è autorizzata dalla regione del Veneto.

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

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

Il piano si completa con il valore economico – e la corrispondente quantificazione in FTE annui di non dipendenti – dell'attività assimilabile a quella della dirigenza medica e sanitaria, ma resa sia sotto forma di prestazioni aggiuntive che attraverso contratti di lavoro autonomo, oltre al convenzionamento tra aziende sanitarie ex art. 117 del CCNL dirigenza area sanità 19 dicembre 2019. In particolare va rilevato che di norma l'assunzione di SAI e la gran parte delle consulenze ex art. 117 risultano più efficaci rispetto al rapporto di dipendenza per far fronte a funzioni frammentate o richiedenti un impegno inferiore al monte ore di un dipendente.

Con la sopra citata nota prot. n. 63653/2019 è stato motivato il rilevante incremento riscontrato a partire dall'anno 2019 – previe specifiche autorizzazioni regionali - anche nell'utilizzo di convenzioni ex art. 117, precisando che il maggior ricorso a tale forma di acquisizione di prestazioni è anch'esso finalizzato a sopperire alla carenza di organico medico nelle discipline più critiche, la cui copertura è autorizzata dalla regione del Veneto.

Le prestazioni aggiuntive ex art. 115 del citato CCNL 19 dicembre 2019 e gli incarichi art. 7, comma 6, d. lgs. n. 165/2001 rappresentano invece, salvo casi particolari e marginali, una forma contrattuale alternativa ma non sostitutiva (se non temporaneamente ed eccezionalmente) del tradizionale rapporto di lavoro subordinato nei casi di vacanza di posti di organico. Per questo nel PTFP tale fabbisogno si aggiunge a quello ordinario comunque previsto nel medesimo piano per gli stessi profili.

Si è infine confermata anche nel nuovo PTFP la rappresentazione economica dell'impatto – in termini di personale dipendente necessario – di un servizio che anche nel precedente piano si era ipotizzato di esternalizzare, i cui contenuti verranno nuovamente illustrati nel prosieguo.

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

- Colonna A (dipendenti FTE annui): il fabbisogno è stato determinato a partire dal personale effettivamente in servizio, cui sono state aggiunte le assunzioni che si prevede di realizzare in relazione agli obiettivi di salute, ai LEA e agli standard codificati di personale, all'applicazione dell'atto aziendale con particolare riferimento alle ulteriori apicalità previste e non ancora coperte, nonché infine al piano di attuazione delle schede ospedaliere adottato con la sopra citata deliberazione n. 884/2019;
- Colonna B (non dipendenti FTE annui): il fabbisogno è stato determinato rapportando all'orario effettivamente reso dal personale con contratto di lavoro subordinato, l'attività acquisita tramite rapporti di lavoro diversi dalla dipendenza (colonne H, I, N e M). Va peraltro rilevato come tale fabbisogno sia in larga misura sostitutivo dei posti di dotazione per i quali non si riesce a reclutare personale, pertanto non ad integrazione degli stessi. Nel 2022 sono stati conferiti alcuni incarichi di lavoro autonomo specificatamente previsti dalla normativa introdotta in via straordinaria per far fronte tempestivamente all'emergenza Covid – ad esempio consentendo anche il richiamo di personale medico e infermieristico in pensione – qualora le graduatorie fossero insufficienti rispetto al fabbisogno o nelle more dell'espletamento di nuove procedure concorsuali. Nel 2023 potrebbe essere necessario mantenere almeno una parte del personale già acquisito nel corso del 2022;
- Colonna C (costo dipendenti bilancio sanitario): il costo è stato quantificato in termini di spesa che si prevede realmente di sostenere per ciascuna categoria di macroprofili, atteso che l'effettivo rispetto dei tetti di spesa si realizza non in funzione dei posti teoricamente previsti, bensì delle effettive dinamiche del costo del personale. Quest'ultimo sconta infatti, la citata carenza di medici di diverse specialità sul mercato del lavoro, la non contestualità nel turn over di alcune figure, la mancata sostituzione per altri profili, nonché la difficoltà di acquisire disponibilità ad incarichi a tempo determinato per professionisti particolarmente richiesti sul mercato del lavoro. Nelle previsioni di spesa vanno infine rilevate anche le contingenti - ma ricorrenti e stabili come fenomeno - riduzioni di costo per aspettative, maternità, ecc. alle quali, nel 2022, si sono aggiunte le riduzioni di costo conseguenti alla sospensione del personale in applicazione del d.l. 44/2021. Si precisa che, come da mail della direzione Risorse Umane SSR del 22 novembre 2022, la spesa riportata è al netto degli aumenti derivanti dall'applicazione del CCNL del comparto sanità del 2 novembre 2022, che corrispondono ad € 3.690.527,91 compresi oneri ed INAIL ed esclusa IRAP, e del montante delle risorse previste dall'art. 1 comma 435 bis della legge 205/2017, che corrispondono ad € 150.808,54 compresi oneri ed INAIL ed esclusa IRAP;
- Colonna D (costo dipendenti bilancio sociale): è stato indicato il costo corrispondente alla dotazione organica di riferimento per l'area sociale, il cui costo è inserito nella parte sociale del bilancio aziendale;
- Colonne E ed F (costo prestazioni aggiuntive/ costo prestazioni aggiuntive con specifico finanziamento): si precisa che nella colonna E si è riportato il finanziamento pari a 1.439.439,00 disposto con DGRV 162/2022 sommato al finanziamento aggiuntivo per le prestazioni di pronto soccorso pari a 241.680,00 più IRAP di cui alla nota prot. n. 363548 del 17/08/2022. Nella colonna F Sono stati riportati i residui dei finanziamenti derivanti dalle DGRV 1329/2020, 1293/2021 e 1788/2021 di cui alla nota di questa Azienda prot. n. 14229 del 04/03/2022 decurtati delle quote spettanti al Privato accreditato, nonché la quota del 5% della L.189/2012 (Balduzzi).
- Colonna G (costo personale universitario): non presente in azienda u.l.s.s. n. 4;
- Colonna H (costo SAI): la previsione di costo è pari a € 2.466.064,00, a fronte delle autorizzazioni rilasciate nel corso dell'anno 2021 e relative all'incremento di 20 ore della branca di diabetologia (nota prot. n. 105486 del 05.03.2021), di 38 ore della branca di cure palliative e 25 ore della branca di dermatologia (prot. n. 559875 del 30.11.2021);
- Colonna I (costo incarichi art. 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001): è stato indicato il costo attualmente prevedibile per i contratti di lavoro autonomo a carico del bilancio aziendale e pertanto non dotati di apposito specifico finanziamento. Tali contratti prevedono normalmente un monte ore massimo di attività all'interno del quale le prestazioni vengono effettivamente concordate ed erogate in relazione al concreto fabbisogno ed alla disponibilità dei professionisti. Come anticipato nella parte introduttiva



della presente relazione, con nota 4 novembre 2019, prot. n. 63653, l'azienda – in considerazione della grave carenza di personale medico di alcune discipline dovuta alla perdurante indisponibilità sul mercato del lavoro di medici specialisti nonostante le procedure costantemente espletate direttamente o per il tramite di Azienda Zero - ha rappresentato all'area sanità e sociale della regione del Veneto quanto segue:

- nel corso dell'anno 2019 la predetta importante scoperta di posti della dotazione medica ha comportato un inevitabile e significativo trend incrementale della spesa sostenuta per contratti di lavoro autonomo e consulenze tramite convenzioni con altre ulss, che incontra il limite annuo per consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socio sanitarie, stabilito dalla d.g.r. n. 177/2019, paragrafo B), nella misura del 70% del costo complessivo aziendale dell'anno 2010 per le medesime fattispecie, pari ad € 786.515,17, come definito anche in sede di Piano triennale dei fabbisogni di personale;
- nel 2019 rileva un reale fabbisogno di prestazioni per un controvalore complessivo che ha raggiunto il suddetto importo, e la stima dei costi potenziali a fine anno – in previsione di costanza dei fabbisogni sopra citati e di mantenimento del trend attuale di attività tramite convenzioni e contratti libero professionali – delinea un importo tendenziale pari a quasi € 1.500.000;
- il ricorso a queste forme di acquisizione di prestazioni mediche non costituisce un'integrazione o potenziamento della capacità produttiva delle unità operative interessate, né tanto meno un apporto di professionalità esterne in ambiti per i quali potrebbe essere impiegato personale dipendente dell'Azienda; viene infatti utilizzato esclusivamente per far fronte a carenze di posti di organico medico la cui copertura è autorizzata dalla regione del Veneto;
- tale strumento non è quindi mai utilizzato per bypassare vincoli di spesa relativi al personale dipendente o per conferire consulenze a soggetti che altrimenti non ne avrebbero titolo o di cui l'Azienda potrebbe evitare di avvalersi senza mettere a rischio i livelli minimi di prestazioni;
- per tali motivi con la sopra citata nota è stato chiesto all'area sanità e sociale che la spesa per convenzioni e contratti libero professionali, pari a € 1.180.996,51, possa essere scorporata dal costo soggetto al limite per consulenze di cui alla deliberazione di Giunta regionale del Veneto n. 177/2019, o in alternativa che il predetto limite venga parimenti incrementato per l'anno 2019 e per il 2020, in attesa del rientro ad una situazione di fisiologica copertura dei posti di organico. Si sottolinea infatti come tali rapporti siano stati autorizzati dalla regione stessa e attivati per far fronte a specifiche carenze di medici previsti nel piano triennale dei fabbisogni ed a garanzia dei LEA;
- nel valutare l'impatto effettivo sul bilancio aziendale dell'incremento dei costi per contratti libero professionali e convenzioni passive ex art. 58 (ora art. 117 del CCNL 19.12.2019), è stato infine evidenziato come si debba necessariamente tener conto anche dei minori costi sostenuti dall'azienda in relazione ai posti d'organico medico autorizzati e vacanti per l'esito negativo delle procedure di reclutamento ordinario. Tali minori costi da sostenere per il personale medico dipendente nel 2019 sono pari a quasi € 3.000.000;

Nel ribadire tutte le considerazioni sopra esposte, non si può non evidenziare che, dal 2019 ad oggi, la situazione relativa al personale medico si è aggravata. Al 31 dicembre 2019 i medici dipendenti erano 341, al 1° novembre 2022 – a fronte di una dotazione organica aziendale pari a 454 unità mediche – erano 310, con una riduzione pari a 31 unità, alla quale non può che corrispondere un aumento del personale non dipendente.

Le cause sono molteplici.

Una è da ricercare nel limitato numero di professionisti presenti sul mercato. Fino a qualche anno fa la carenza riguardava alcune discipline. Oggi, pur con incidenze diverse, è diffusa tra tutte le specialità. Un'altra causa è da ricercare nel fenomeno delle grandi dimissioni che sta investendo anche la sanità pubblica italiana e, in particolar modo, le aziende meno grandi quindi meno attrattive. Infine, accanto al fenomeno delle grandi dimissioni, vi è quello degli ingressi notevolmente ridotti. L'esiguità dei

professionisti e la ridotta attrattività della sanità pubblica determinano una scarsa partecipazione alle procedure selettive, con conseguente necessità di reclutare medici con altre forme contrattuali, tra le quali il lavoro autonomo, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e non pregiudicare i servizi evitando il rischio di incorrere in possibili interruzioni di pubblico servizio.

- Colonna L (costo somministrazione): anche nel corso del 2022 si è fatto ricorso a tale forma di reclutamento, in assenza di modalità di assunzione ordinaria. Relativamente al ricorso alla somministrazione per garantire il potenziamento dei servizi sanitari durante la stagione turistica o per la realizzazione di progettualità dotate di specifico finanziamento, non sono stati indicati importi e corrispondenti FTE annui, in continuità con i precedenti piani, in quanto come relazionato a tal proposito sul precedente PTFP con nota prot. n. 69940/30.11.2021, rileva l'opportunità di non indicare ulteriori valori ipotetici di costo per la somministrazione, per le seguenti ragioni:
 - evitare una duplicazione dei costi già previsti tra il personale dipendente a copertura dell'intero potenziamento estivo;
 - non incrementare con reclutamenti dotati di finanziamento dedicato alla stagione estiva un aggregato di costo (contratti di lavoro autonomo, convenzioni ex art. 58 e somministrazione) soggetto a limite di spesa, atteso che il prospetto del PTFP non consente attualmente di dare evidenza separata ai costi di somministrazione dotati di specifico finanziamento;
- Colonna M (costo incarichi art. 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001 – con specifico finanziamento): sono stati indicati gli importi relativi agli incarichi attualmente in essere e autorizzati. Tali incarichi vengono attivati a seguito dello stanziamento di specifici finanziamenti e della positiva conclusione del conseguente iter autorizzatorio previsto nei piani assunzione trimestrali, per cui non sono al momento prevedibili nuovi incarichi legati a finanziamenti che saranno assegnati negli 2023-2025. Come precisato nelle annotazioni alla colonna I, in questa colonna M sono stati indicati anche i maggiori costi dovuti ai contratti di lavoro autonomo instaurati e finanziati in relazione alle esigenze straordinarie dovute all'emergenza Covid-19. Nella previsione per l'anno 2023, vista l'imprevedibilità dell'evoluzione della pandemia, è stato ipotizzato di sostenere un costo pari alla metà di quello che si prevede di sostenere nel 2022;
- Colonna N (costo consulenze ex artt. 58 e 62, comma 2, c.c.n.l. 8.06.2000, ora art. 117 del c.c.n.l. 19.12.2019): è stato indicato il costo previsto per le convenzioni autorizzate dalla regione riferite a fabbisogni di attività tipicamente previsti per tali forme di convenzione, particolarmente efficaci nel garantire l'assolvimento di prestazioni che necessitano di un numero limitato di ore settimanali/mensili, o di una rilevante flessibilità dovendo corrispondere a bisogni variabili e non chiaramente prevedibili nel loro manifestarsi. Come rappresentato nella sopra citata relazione prot. n. 63653/2019, anche il ricorso a tale tipologia di prestazioni ha però subito un significativo incremento solo in quanto sono utilizzate per far fronte a gravi e croniche carenze di posti di organico medico autorizzati dalla regione del Veneto. Anche tali forme convenzionali, come i rapporti libero professionali, sono pertanto sostitutive di posti vacanti e non costituiscono un'integrazione o potenziamento della capacità produttiva delle unità operative interessate, né tanto meno un apporto di professionalità esterne in ambiti per i quali potrebbe essere impiegato personale dipendente dell'Azienda;
- Colonna O (costo non dipendenti bilancio sociale): sono stati indicati gli importi relativi agli incarichi ex art. 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001, attualmente in essere e autorizzati e dotati di specifico finanziamento a carico della parte sociale del bilancio aziendale. Tali incarichi vengono attivati a seguito dello stanziamento di specifici finanziamenti e della positiva conclusione del conseguente iter autorizzatorio previsto nei piani assunzione trimestrali, per cui non sono al momento prevedibili incarichi legati a finanziamenti che saranno assegnati negli 2023-2025;
- Colonna P (altre tipologie): in quest'ultima colonna, relativamente all'anno 2024, è stata riproposta l'ipotesi di esternalizzazione connessa alla realizzazione dell'ospedale di comunità, previsto nel piano aziendale attuativo delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie aziendali di cui alla deliberazione n. 884/2019. Oltre allo specifico progetto legato all'ospedale di comunità, si evidenzia che negli ultimi anni si è dovuto fare ricorso alle esternalizzazioni



come uno degli strumenti in grado di fronteggiare - seppur in misura parziale - la grave carenza di personale dipendente, medico in particolare, nonché l'inefficacia delle ordinarie procedure di reclutamento. Le considerazioni già espresse quale commento alla colonna I, relativa al lavoro autonomo, sono replicabili anche con riferimento a questa fattispecie. Non sono stati riportati dati di costo nè corrispondenti FTE poichè queste fattispecie di esternalizzazioni presentano una significativa variabilità anche nel breve periodo essendo utilizzate per sopperire temporaneamente alle carenze di personale ed in ragione dell'inderogabile necessità di garantire la continuità dei servizi, continuando peraltro a esperire le procedure per l'assunzione di personale dipendente previsto in dotazione.

In conclusione, con il PTFP 2023-2025 si è ritenuto di individuare il fabbisogno complessivo di personale tenuto conto dell'adeguamento degli organici legato all'emergenza epidemiologica da Covid-19, ed inoltre, come nei precedenti piani, dell'applicazione dell'atto aziendale, degli adeguamenti conseguenti al raggiungimento degli obiettivi di salute, alla garanzia dei LEA, all'accreditamento istituzionale, al rispetto degli standard minimi codificati per il personale sanitario, nonché all'attuazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere, rilevando comunque che questa teorica analisi dei fabbisogni, troverebbe un limite non conciliabile con l'attuale tetto di spesa del personale.

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

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

Formazione del personale

L'azienda Ulss 4 considera la formazione uno dei nodi cardine per lo sviluppo del capitale umano e la costruzione di una cultura aziendale orientata alla learning organization e riconosce l'importanza del concetto di apprendimento come processo vitale nelle organizzazioni e processo di generazione di realtà. Infatti i processi di apprendimento dell'azienda e del soggetto nell'azienda costituiscono esperienze di significazione di pratiche, relazioni, saperi e conoscenze ai fini dell'adeguamento alle condizioni dell'ambiente esterno e interno, il concetto stesso di professionalità è un effetto dei processi di apprendimento in contesti lavorativi e diventa un fondamentale elemento di identità culturale e di integrazione sociale.

Con DDG n° 1159 del 14.12.2022 è stato approvato il Piano Formativo Aziendale (PFA) anno 2023, esso è stato pubblicato ed è visibile nell' albo online

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

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

Il PFA 2023 si caratterizza per la programmazione di numerose iniziative rivolte sia a personale interno che in rapporto di convenzione ed esterno le quali si sviluppano sia attraverso metodologie formative tradizionali quale la formazione residenziale che metodologie più innovative come la formazione a distanza sincrona ed asincrona; particolare sviluppo ha avuto la formazione sul campo che è ben rappresentata nel PFA 2023 ed ha dimostrato negli anni di essere particolarmente efficace sia sul piano del coinvolgimento del personale che su quello dell'apprendimento riflessivo che favorisce lo sviluppo di competenze metacognitive parallelamente a quelle operative, comunicative e di problem solving.

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

N.	Aree tematiche PFA 2023
1	CORSI DI INTERESSE TRASVERSALE - SICUREZZA LAVORATORI (D.Lgs. 81/2008)
2	CORSI DI INTERESSE TRASVERSALE - RISK MANAGEMENT / QUALITA'
3	CORSI DI INTERESSE TRASVERSALE - TEMATICHE GENERALI
4	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - EMERGENZA / URGENZA
5	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - AREA CLINICA MEDICO - CHIRURGICA E SPECIALISTICA
6	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - RIABILITAZIONE
7	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - SERVIZIO DI DIAGNOSI E CURA
8	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - TERRITORIO E SOCIALE
9	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - SALUTE MENTALE
10	CORSI DI SPECIFICA AREA TEMATICA - MATERNO INFANTILE
11	CORSI DI SPECIFICA AREA TECNICO - AMMINISTRATIVA
12	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. **Organizzazione e risorse interne**

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

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

Esso assicura la qualità didattica e metodologica dei percorsi attivati.

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

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

Comitato Tecnico Scientifico,

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

Dura in carica tre anni ed esercita le seguenti funzioni:

- validazione del Piano Formativo Aziendale annuale (PFA) predisposto dall'Ufficio Formazione Aziendale;
- formulazione di pareri sull'ammissibilità delle integrazioni al PFA (proposte formative extra-piano), successive alla sua deliberazione;
- conferma e/o individuazione dei Responsabili Scientifici di ogni evento formativo inserito nel PFA.

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

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

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

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

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

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

II. Risorse esterne

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

III. Misure per l'accesso alla formazione qualificata

Diritto allo studio

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

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

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

...

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

...

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

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

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

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

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

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

...

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

11. Per sostenere gli esami relativi ai corsi indicati nel comma 4 il dipendente in alternativa ai permessi previsti nel presente articolo può utilizzare, per il solo giorno della prova, anche i permessi giornalieri retribuiti previsti appositamente dal presente CCNL per la partecipazione agli esami.

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

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

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

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

Il beneficio del diritto allo studio per il suddetto periodo può essere concesso a non più di n. 65 dipendenti (limite massimo consentito del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato all’inizio del 2022, con arrotondamento all’unità superiore), pertanto, sulla base di un’adeguata ripartizione tra i dipendenti dei vari ruoli, si concretizza come segue:

RUOLI DEL COMPARTO	PERSONALE IN SERVIZIO A TEMPO INDETERMINATO AL 01.01.2022	PERCENTUALE PREVISTA DEL 3%
Ruolo Sanitario	1328	40
Ruolo Professionale	1	0
Ruolo Tecnico	571	17
Ruolo Amministrativo	254	8
TOTALE	2154	65

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

Fondazione Scuola di Sanità pubblica, management delle aziende socio-sanitarie

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Master in Economia e Management della Sanità – E.Ma.S. mira a sviluppare conoscenze, competenze e abilità di progettazione, amministrazione e management delle attività racchiuse nel sistema sanitario e sociosanitario, indispensabili per assumere responsabilità organizzative di alto livello. Il percorso formativo, indirizzato sia a chi già opera nella sanità che ai candidati post-laurea, prepara specialisti abili a rivestire ruoli apicali nelle aziende sanitarie e sociosanitarie, nelle istituzioni di settore, nonché in aziende private operanti contesto sanitario. Come noto, in base a quanto sancito anche dall'atto aziendale, la formazione rappresenta per l'Azienda uno strumento strategico per l'aggiornamento e la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e il

miglioramento dell'efficacia e efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni, nel perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. In quest'ottica, l'opportunità di collaborare con CFCS nel contesto di corsi di specializzazione universitaria ampiamente riconosciuti, con particolare focus sul Master E.Ma.S., rappresenta sicuramente una opzione che si pone in piena sintonia con la funzione strategica richiamata dall'atto aziendale, anche in considerazione del fatto che questo corso, in particolare, ha la capacità di essere rivolto in termini multidisciplinari a molte figure professionali presenti in azienda.

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

Tra i contenuti dell'Accordo di collaborazione si rilevano:

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

Sezione 4. Monitoraggio

Valore pubblico

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

I vantaggi di esaminare gli impatti economici e sociali dei sistemi sanitari

Fonte: Ufficio Regionale dell’OMS per l’Europa, 2019 (78)

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

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

- o Costruire la fiducia nella sicurezza e nella qualità dei servizi sanitari di base disponibili può ridurre i divari nell’accesso che derivano dal timore di ricevere cure di scarsa qualità o di contrarre infezioni associate all’assistenza sanitaria durante la pandemia e dopo, specialmente tra le persone che non hanno i mezzi finanziari per pagare i servizi sanitari privati. Per migliorare questa fiducia, a seguito della DGR 49/2022 sono stati avviati alcuni progetti regionali afferenti al sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del SSSR, che nell’annualità 2023 troveranno implementazione diventando opportuni strumenti di monitoraggio (indagini PREMs e PaRIS).

- o Ottimizzare le possibilità di accesso al servizio, con una sufficiente flessibilità negli orari o nei turni di lavoro, in modo che i lavoratori possano accedere facilmente ai servizi di assistenza primaria.

- o Migliorare la consapevolezza e l’accesso agli strumenti di prevenzione, in particolare per i servizi di Telemedicina, anche riducendo l’eventuale digital divide (spesso presente nelle fasce di popolazione più anziane) attraverso opportune azioni informative e formative.

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda infine le attività collegate con lo sviluppo del P.N.R.R., le progettualità sono collegate a specifici obiettivi anche per l'annualità 2023 e pertanto sono oggetto di costante monitoraggio presso la Regione.

Performance

Il Consiglio dei Ministri con decreto-legge n. 221 del 24.12.2021 ha prorogato dello stato di emergenza sanitaria fino al 31.03.2022; malgrado il cauto ottimismo a seguito del costante calo dei contagi nei primi mesi del 2022 e grazie alla capillare campagna vaccinale si ritiene tuttavia necessario anche per quest'anno una conduzione attraverso una dimensione di costante flessibilità nella gestione delle priorità.

Inoltre nelle more della definizione da parte della Regione degli obiettivi regionali di salute e funzionamento per l'anno 2022 e tenuto conto dell'impatto organizzativo e gestionale degli eventi collegati all'emergenza COVID-19, si ritiene di impostare il monitoraggio, da un lato confermando la filiera delle responsabilità nella definizione degli obiettivi, identificando un elenco di obiettivi in grado di tenere conto della continuità sui temi strategici della programmazione regionale e dell'attività richiesta dalla gestione dell'emergenza sanitaria.

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

- | | |
|--|---|
| <p>Direttori di Area
 (Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Socio-Sanitari)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> negoziano il budget delle Macro Strutture; <input type="checkbox"/> negoziano il budget dei Dipartimenti e delle UOC/UOSD direttamente afferenti alla loro Direzione |
| <p>Responsabili di Macro Struttura
 (Ospedale, Distretto Socio Sanitario, Dipartimento di Prevenzione)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> negoziano il budget dei Dipartimenti afferenti alla loro Struttura ed il budget delle UOC/UOSD della loro Struttura non ricomprese in alcun Dipartimento |
| <p>Direttori di Dipartimento</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> negoziano il budget delle UOC/UOSD afferenti al Dipartimento |
| <p>Direttori di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale
 (UOC/UOSD)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> propongono gli obiettivi da raggiungere e le risorse necessarie, in sede di negoziazione del loro Budget; <input type="checkbox"/> sono responsabili del raggiungimento degli obiettivi loro assegnati, dell'analisi susseguente al monitoraggio nel corso dell'anno e dell'attivazione delle strategie necessarie per orientare l'attività verso gli obiettivi dati. |

Prevenzione della Corruzione

I. Il monitoraggio e le azioni di risposta

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

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

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

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

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

II. Relazione dell'attività svolta

Il RPCT entro il 31 marzo 2021, come previsto da ANAC in considerazione dell'emergenza sanitaria in corso, ha inoltrato alla direzione generale una relazione recante i risultati dell'attività svolta, pubblicata nel sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente.

III. Comunicazione

Il PTPC sarà pubblicato sul sito web dell'ULSS, nella sezione Amministrazione Trasparente.

Con la messa in produzione del nuovo portale, parte della comunicazione interna viene assorbita ora dal medesimo, soprattutto per quanto attiene agli atti di natura esterna all'azienda e che assumono valenza a carattere informativo generale.

IV. Pianificazione Sezione rischi corruttivi e trasparenza

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

termini di attuazione	azioni previste
15 gennaio 2023	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 2° semestre
15 gennaio 2023	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale
31 gennaio 2023	aggiornamento sezione prevenzione di prevenzione della corruzione nel PIAO
31 gennaio 2023	Adempimenti Legge 190/2012 art. 1, comma 32
30 aprile 2023	Verifica da parte dell'OIV, su proposta del RPCT degli adempimenti pubblicazione amministrazione trasparente
15 maggio 2023	Attivazione sistema di monitoraggio informatizzato su portale intranet misure di prevenzione 2023
15 luglio 2023	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 1° semestre
15 luglio 2023	Report monitoraggio informatizzato su 1° semestre misure prevenzione (vd. schede processi)
31 luglio 2023	Programmazione ed esecuzione di 1 audit su misure di prevenzione in collaborazione con la funzione di IA (da valutare anche alla luce del piano audit)
30 settembre 2023 (o termine diverso richiesto da OIV)	analisi delle informazioni pubblicate nella procedura "amministrazione aperta", al fine di verificare l'esistenza di comportamenti anomali ed eventuali azioni correttive
15 dicembre 2023	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale
15 gennaio 2024	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 2° semestre

15 gennaio 2024	Report monitoraggio informatizzato su 2° semestre misure prevenzione (vd. schede processi)
31 gennaio 2024	Adempimenti Legge 190/2012 art. 1, comma 32
31 gennaio 2024	aggiornamento sezione prevenzione di prevenzione della corruzione nel PIAO
30 aprile 2024 (salvo posticipo)	Verifica da parte dell'OIV, su proposta del RPCT degli adempimenti pubblicazione amministrazione trasparente
15 maggio 2024	Caricamento schede per il monitoraggio informatizzato 2024 misure prevenzione (vd. schede processi)
15 luglio 2024	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 1° semestre
31 luglio 2024	Programmazione ed esecuzione di 1 audit su misure di prevenzione in collaborazione con la funzione di IA
30 settembre 2024 (o termine diverso richiesto da OIV)	analisi delle informazioni pubblicate nella procedura "amministrazione aperta", al fine di verificare l'esistenza di comportamenti anomali ed eventuali azioni correttive
15 dicembre 2024	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale
15 gennaio 2025	Report monitoraggio informatizzato su 2° semestre misure prevenzione (vd. schede processi)
15 gennaio 2025	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 2° semestre
31 gennaio 2025	aggiornamento sezione prevenzione di prevenzione della corruzione nel PIAO
31 gennaio 2025	Adempimenti Legge 190/2012 art. 1, comma 32
30 aprile 2025 (salvo posticipo)	Verifica da parte dell'OIV, su proposta del RPCT degli adempimenti pubblicazione amministrazione trasparente
15 maggio 2025	Caricamento schede per il monitoraggio informatizzato misure prevenzione (vd. schede processi)
15 luglio 2025	Aggiornamento su amministrazione trasparente registro degli accessi FOIA (accesso civico generalizzato) – 1° semestre

15 luglio 2025	Report monitoraggio informatizzato su 1° semestre misure prevenzione (vd. schede processi)
31 luglio 2025	Programmazione ed esecuzione di 1 audit su misure di prevenzione in collaborazione con la funzione di IA
30 settembre 2025 (o termine diverso richiesto da OIV)	analisi delle informazioni pubblicate nella procedura "amministrazione aperta", al fine di verificare l'esistenza di comportamenti anomali ed eventuali azioni correttive
15 dicembre 2025	predisposizione di relazione sull'esito dell'attività annuale svolta da parte del responsabile e trasmissione al direttore generale