

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 822 DEL 28/10/2021

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Pietro Girardi, nominato con D.P.G.R.V. n. 28 del 26/02/2021, coadiuvato dai Direttori:

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| - dott. Giuseppe Cenci | Direttore Amministrativo |
| - dott. Denise Signorelli | Direttore Sanitario |
| - dott. Raffaele Grottola | Direttore dei Servizi Socio-Sanitari |

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

AGGIORNAMENTO PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023 E DOCUMENTO DIRETTIVE 2021 DELL'AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA

Note per la trasparenza: Il Piano della Performance è un documento di programmazione aziendale che definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell'Azienda.

Il Direttore di UOC Controllo di Gestione

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione

Richiamata la Deliberazione del Direttore Generale n. 71 del 29.01.2021 ad oggetto: "Piano della Performance 2021-2023 e Documento Direttive 2021 dell'Azienda Ulss 9 Scaligera" con la quale si precisava di prevedere un successivo aggiornamento del Piano sopracitato, in quanto si attendevano i provvedimenti per l'assegnazione degli obiettivi regionali;

Visto che la fase emergenziale causata dalla pandemia da COVID-19, che sta tuttora interessando il nostro paese, ha costretto l'Azienda a riorganizzare rapidamente le proprie attività in funzione della prioritaria e impellente necessità di far fronte al nuovo scenario epidemiologico;

Considerato che il Piano della Performance, conformemente agli indirizzi di legge, è un documento di programmazione aziendale che ha valenza triennale e definisce gli elementi fondamentali (obiettivi, indicatori e target) su cui verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell'Azienda;

Considerato altresì che il Documento di Direttive rappresenta lo strumento tecnico attraverso il quale le linee di indirizzo contenute nel Piano delle Performance trovano declinazioni specifiche e articolate dando unità, coordinamento e coesione ai propositi di gestione aziendale;

Visto che l'art. 14 della Legge n. 124 del 2015, come modificato dall'art. 263 del Decreto Legge 19/05/2020 n. 34, convertito con modificazioni dalla Legge 17/07/2020 n. 77, richiede alle amministrazioni

pubbliche di redigere il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) quale specifica sezione del Piano della Performance con prima applicazione a decorrere dall'annualità 2021 per il Piano della Performance 2021-2023;

Preso atto che la Regione Veneto ha adottato la DGRV n. 958 del 13/07/2021 ad oggetto: "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021";

Ritenuto necessario integrare il "Piano della Performance per il triennio 2021-2023", già adottato con gli obiettivi stabiliti dalla DGRV 958 del 13/07/2021 e con il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);

Ritenuto di procedere, in osservanza delle vigenti disposizioni normative, all'adozione dell'aggiornamento del Piano della Performance per il triennio 2021- 2023 e Direttive 2021, allegato al presente atto, quale sua parte integrante sostanziale e alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;

IL DIRETTORE GENERALE

Vista l'attestazione del Responsabile dell'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia alla sua conformità alle direttive e regolamentazione aziendali;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

- 1) di adottare l'aggiornamento del Piano della Performance dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per il triennio 2021-2023 e Direttive 2021 allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
- 2) di pubblicare detto Piano sul sito istituzionale dell'Azienda nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente";
- 3) di trasmettere il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale per i conseguenti adempimenti di competenza.

Il Direttore Sanitario
dott. Denise Signorelli

Il Direttore Amministrativo
dott. Giuseppe Cenci

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Raffaele Grottola

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Pietro Girardi



Azienda ULSS 9 Scaligera

Aggiornamento Piano della Performance 2021-2023 e Documento Direttive 2021

Approvato con Delibera del Direttore Generale n. 822 del 28/10/2021

Indice

1. INTRODUZIONE.....	4
2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO	5
2.1. L'EMERGENZA COVID-19	5
2.2. PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE	6
2.3. L'AZIENDA IN CIFRE.....	7
2.3.1. Il territorio e la popolazione.	7
2.3.2. Strutture ed attività	8
2.3.3. Il personale dipendente e convenzionato – rimando al POLA	9
2.3.4. Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento	10
2.4. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	12
3. LE LINEE PROGRAMMATICHE.....	13
3.1. LE AREE STRATEGICHE	14
3.1.1. Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid	15
3.1.2. Area strategica 1: Erogazione dei LEA	17
3.1.3. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria	25
3.1.4. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi	26
3.1.5. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale	28
3.2. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2021	30
4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	45
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	45
4.2. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	46
4.2.1. Programmazione	46
4.2.2. Formulazione del Budget	46
4.2.3. Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività	47
4.3. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	48
4.3.1. Valutazione del personale Dirigenziale	48
4.3.2. Valutazione del personale del Comparto	50
4.4. TIMING DEL PROCESSO	51
5. CONCLUSIONI	52
.....	I
APPENDICI	I
I. ANALISI DATI DEMOGRAFICI ED EPIDEMIOLOGICI.....	I
II. STRUTTURE E DATI DI ATTIVITÀ PER LIVELLO DI ASSISTENZA.....	IV
i. I tassi di consumo per Distretto.....	IV
ii. L'assistenza ospedaliera	VII
iii. L'assistenza specialistica	XVI
iv. L'assistenza Territoriale.....	XIX
v. Il Dipartimento di Prevenzione.....	XXVIII

III.	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	XXXVI
	i. Disposizioni inerenti all'emergenza epidemiologica da Covid-19.....	XXXVI
	ii. Ambito programmazione	XXXVIII
	iii. Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa	XXXIX
	iv. Ambito Performance e Anticorruzione	XL
	v. Network e benchmarking	XLI
IV.	FONTI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'ULSS 9.....	XLII
	i. Obiettivi da programmazione regionale	XLII
	ii. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2021-2023	XLV
	iii. Le altre progettualità aziendali.....	XLVI
V.	PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE	XLVII
	i. Stato di attuazione e sviluppo del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) in Azienda Ulss 9 Scaligera	XLVII

1. INTRODUZIONE

Il Piano della Performance è previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009 quale documento programmatico triennale attraverso il quale vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi, e viene elaborato nel rispetto delle Linee di Indirizzo redatte dalla Regione Veneto con DGR 2205/2012 e DGR 140/2016, e gli indirizzi forniti dalla CIVIT con la delibera n. 6/2013.

Il Piano ha lo scopo di descrivere come misurare la performance aziendale in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza verso le Istituzioni ed i portatori di interessi. Inoltre la misurazione e la valutazione della performance, collegate al sistema premiale, rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita, e di responsabilizzazione di tutto il personale.

Nel corso del 2020 però ha avuto inizio la pandemia internazionale di SARS-Cov2, un evento di eccezionale portata sul piano di salute pubblica, di organizzazione dei servizi sanitari, sociale ed economico. Sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020, il Consiglio dei Ministri con delibera del 31 gennaio 2020 ha dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Dal mese di febbraio 2020 si sono susseguite più "ondate" con un picco a dicembre 2020 e una ulteriore ripresa dei contagi tra marzo/aprile e a luglio 2021. Il Consiglio dei ministri pertanto ha dovuto continuare a prorogare lo stato d'emergenza, ed attualmente con il decreto legge n. 105 del 23 luglio 2021 l'estensione arriva fino al 31/12/2021.

Questo evento eccezionale ha determinato l'interruzione del fisiologico ciclo di pianificazione aziendale, richiedendo una revisione radicale degli obiettivi di breve periodo e la riconsiderazione delle tempistiche di realizzazione delle linee programmatiche ad allora definite. Inoltre, la ricorrenza ed irregolarità dei picchi di contagio ha richiesto più volte la revisione degli stessi obiettivi di breve periodo, resettando repentinamente ed in più occasioni la programmazione esistente. La stessa campagna vaccinale iniziata a gennaio 2021 ha vissuto differenti fasi, nelle quali la disponibilità dei vaccini, la dinamica nelle priorità di accesso, nonché l'evoluzione delle raccomandazioni e le indicazioni di somministrazione, hanno richiesto una costante revisione delle priorità e dell'organizzazione.

Il presente Piano della Performance 2021-2023 aggiorna il precedente pubblicato a gennaio, alla luce dell'emanazione da parte della Regione Veneto della DGR 958/2021 relativa agli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2021. Nel documento l'azienda si propone di contemperare, nel ciclo annuale della performance, le imprescindibili esigenze di programmazione a breve termine connesse alla gestione della Pandemia con la necessità di programmare fin d'ora la ripresa della normale attività sanitaria.

Va sottolineato infine che con DDG n. 1127 del 31/12/2020 "Approvazione Atto Aziendale Ulss9 Scaligera - Decreto 150 Del 22/12/2020 Del Direttore Generale Area Sanità E Sociale Della Regione Veneto" l'Azienda ha rivisto il suo assetto organizzativo, ridefinendo un certo numero di Dipartimenti ed Unità Operative e richiedendo di conseguenza una rivisitazione delle procedure adottate per la gestione del ciclo della performance.

Il Piano si suddivide in tre parti:

- una descrizione sintetica del quadro di riferimento in cui opera l'Azienda, comprensiva della normativa di riferimento, nella quale si riportano anche i dati principali sulle dimensioni e sull'attività (Cfr. capitolo 2 - Il quadro di riferimento);
- l'illustrazione della strategia aziendale attraverso gli obiettivi perseguiti in base alle fonti che li determinano (Cfr. capitolo 3 - Le linee programmatiche);
- la rappresentazione della concreta applicazione del ciclo della performance nell'ULSS 9 Scaligera, con particolare riferimento agli strumenti di responsabilizzazione e valutazione individuale, inclusi i sistemi premiali (Cfr. capitolo 4 - Il ciclo di gestione della performance).

Tutti i dati e gli approfondimenti sono disponibili nelle appendici.

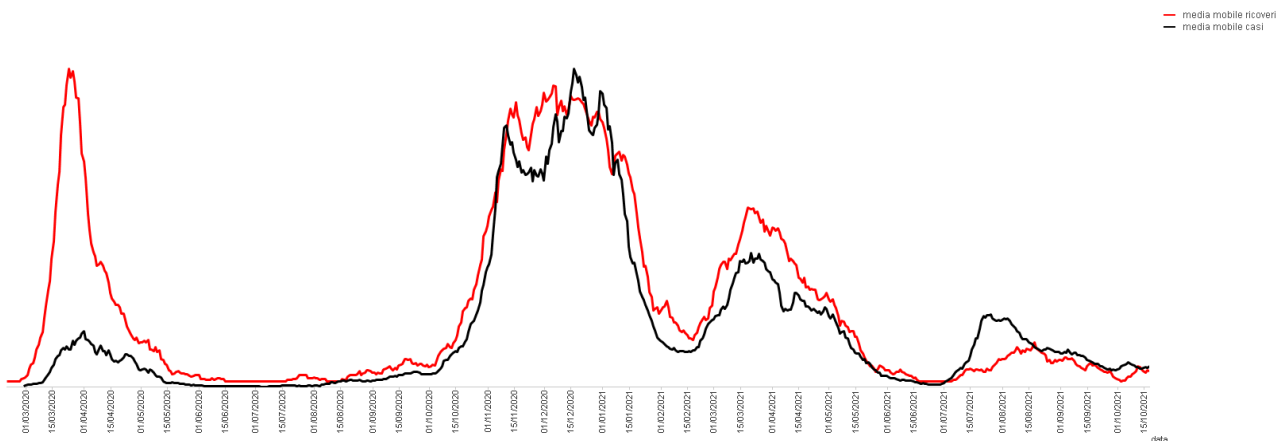
2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

2.1. L’Emergenza COVID-19

L’epidemia in Italia e nel Veneto richiede ancora di mantenere alta la guardia, in quanto se da un lato la copertura vaccinale anti-covid raggiunge percentuali elevate (soprattutto tra le fasce più esposte della popolazione) dall’altro il riacutizzarsi estivo dei casi, cominciato proprio nella provincia veronese, ha evidenziato la vulnerabilità della popolazione una volta venute meno le restrizioni più pesanti alla libertà di circolazione ed alle attività sociali, in un contesto europeo caratterizzato da un nuovo aumento nel numero di casi in molti paesi Europei e dalla circolazione di varianti virali con una potenziale maggiore capacità di trasmissione e di resistenza al vaccino.

La storia della Pandemia per la provincia di Verona è illustrata nel grafico sottostante che riporta le medie mobili (su scala differente per permettere il confronto delle curve) del numero di nuovi casi e del numero dei nuovi ricoverati al giorno; è facile evincere che ci sono quattro picchi di contagio (l’ultimo ancora non definitivamente superato al momento della stesura di questo testo).

Figura 1



Va notato che nel primo picco la capacità diagnostica era molto limitata in quanto la disponibilità di tecnologie (tamponi rapidi) e la capacità produttiva dei laboratori non ha permesso di diagnosticare tutti i casi, ma la dimensione del contagio è ben evidenziata dall’andamento dei ricoveri (la linea nera=contagi è molto più bassa della seconda ondata, benché la linea rossa=ricoveri sia paragonabile).

I picchi del 2021 invece mostrano l’effetto benefico della campagna vaccinale, con una riduzione del numero dei contagiati e, se il trend fosse confermato, un impatto sui ricoveri che non richiede la sospensione delle attività ordinarie (la linea rossa dei ricoveri cresce molto meno della nera=contagi).

In termini organizzativi, anche il primo semestre 2021 è stato prevalentemente dedicato alla gestione dell’emergenza caratterizzata dalla predisposizione di interventi finalizzati a riorientare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari sia a livello ospedaliero che territoriale per contrastare la crescita dell’infezione sul territorio. A questa fase è seguita una progressiva normalizzazione degli interventi, con graduale ripresa dell’attività sanitaria ordinaria e programmata con il graduale riassorbimento della capacità produttiva attivata. Parallelamente, sono state adottate misure di rafforzamento delle strutture sanitarie operanti sul territorio al fine di rendere i servizi di prevenzione e di assistenza pronti a gestire le recrudescenze epidemiche che si sono di fatto verificate a partire dal mese di ottobre 2020. Tuttavia la normalizzazione degli ospedali non ha potuto essere avviata fino alla fine di maggio 2021.

La campagna vaccinale, ha invece preso il via a gennaio 2021, portando al momento ad una copertura (in prima dose) di oltre l’83% della popolazione con età di almeno 12 anni.

Tabella 1 – Percentuali di copertura Vaccino anti Covid - aggiornate al 20 ottobre 2021

età	Popolazione Istat Veneto (12+)	Almeno una dose	% copertura Almeno una dose	I Dose	% copertura I Dose	Cicli completi	% copertura Cicli completi	Ancora da vaccinare	%Ancora da vaccinare
12-19	72.122	48.644	67,4%	2.914	4,0%	45.730	63,4%	23.478	32,6%
20-29	93.212	75.670	81,2%	5.604	6,0%	70.066	75,2%	17.542	18,8%
30-39	106.967	82.518	77,1%	6.602	6,2%	75.916	71,0%	24.449	22,9%
40-49	138.890	109.542	78,9%	6.144	4,4%	103.398	74,4%	29.348	21,1%
50-59	147.689	124.949	84,6%	5.192	3,5%	119.757	81,1%	22.740	15,4%
60-69	109.729	97.523	88,9%	2.305	2,1%	95.218	86,8%	12.206	11,1%
70-79	89.295	82.283	92,1%	1.983	2,2%	80.300	89,9%	7.012	7,9%
80+	67.415	66.595	98,8%	2.167	3,2%	64.428	95,6%	820	1,2%
Totale	825.319	687.724	83,3%	32.911	4,0%	654.813	79,3%	137.595	16,7%

In questo contesto l'azienda ULSS 9 definisce la programmazione 2021-2023, sulla base della DGR di assegnazione degli obiettivi annuali e compatibilmente con gli "aggiornamenti del Piano di Emergenza" e gli "indirizzi di Fase" emanati dalla Regione Veneto.

2.2. Piano Socio-Sanitario Regionale

Nel momento in cui la parentesi determinata dalla Pandemia si chiuderà, si potranno rimettere al centro della programmazione le normali esigenze sanitarie, e gli obiettivi che la Regione del Veneto ha individuato nel Piano Socio Sanitario Regionale per gli anni 2019-2023, che:

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO	
PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA	
	1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari
	2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio
	3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto
	4. La salute della donna e del bambino
	5. Il percorso del paziente in ospedale
	6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza
	7. Le malattie rare
	8. La salute mentale
	9. L'integrazione socio-sanitaria
PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO	
	10. Il governo del sistema e il governo delle aziende
	11. La gestione del patrimonio informativo socio sanitario
	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
	13. Il governo e le politiche per il personale
	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
	15. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie
	16. Rapporti con l'Università

"[...] non si sviluppa, come di consueto, descrivendo servizi e responsabilità, secondo le note strutture organizzative (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione) e relative curve di specializzazione, ma cerca di evidenziare i diversi percorsi degli utenti in relazione alle principali tipologie di bisogni/domanda a cui i servizi per la salute si trovano a dovere rispondere nell'attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica."

Il Piano si divide pertanto in una prima parte dedicata all'analisi dei bisogni e dei percorsi dei pazienti all'interno della rete di servizi erogati, ed una seconda parte dedicata ai Sistemi di Supporto.

"È compito primario delle aziende [...], individuare i fabbisogni di salute espressi e inespressi e verificare il grado di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi offerti [...]."

L'Azienda ULSS ha il compito di organizzare i servizi per i cittadini, mediante la presa in carico del paziente per tutto il percorso di cura assicurando al cittadino un servizio sicuro e di qualità. L'opera delle Aziende sanitarie deve vertere anche sull'organizzazione ottimale dei servizi affinché essi siano efficaci ed efficienti ed

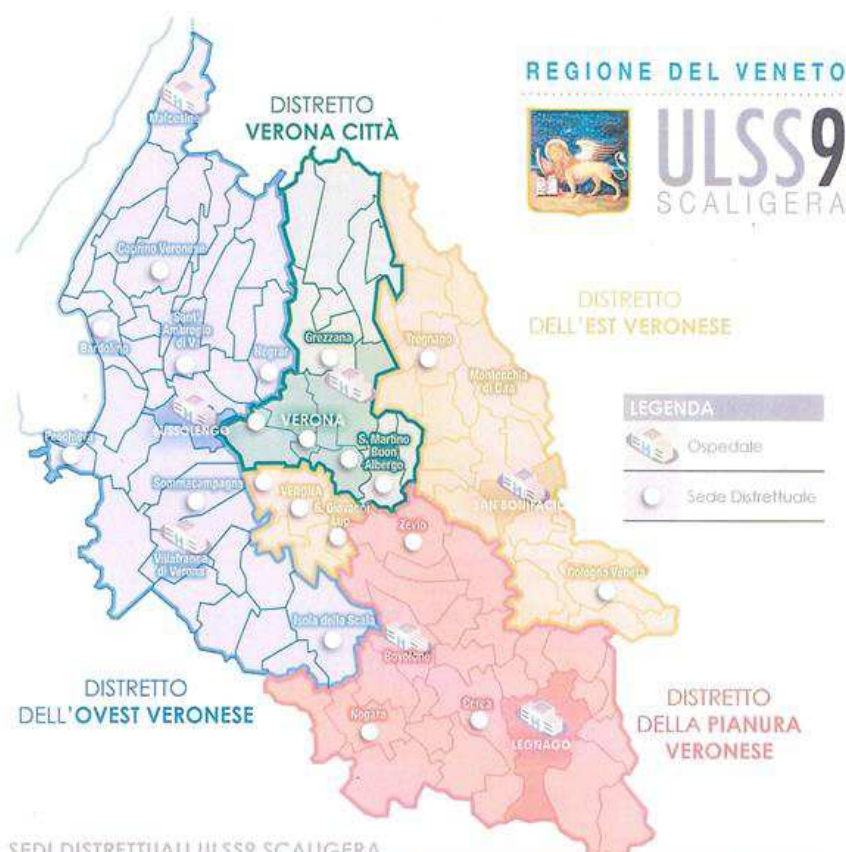
appropriati.

Nell'esercizio delle loro funzioni accrescono le competenze e le conoscenze del sistema sanitario attraverso la valorizzazione del capitale umano e la promozione di strumenti per il miglioramento del governo clinico"

2.3. L'azienda in cifre

2.3.1. Il territorio e la popolazione.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di 3.097 kmq, che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione distribuita in **98 comuni** e raggruppata in quattro distretti socio sanitari. La popolazione al 31/12/2020 è di **928.441** residenti ed ha subito una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (-2.004 abitanti, -0,2%), anche a causa della pandemia di COVID19. **L'indice di vecchiaia di 1,62** è in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente ma il Distretto 4 ha la popolazione più giovane ed il minor carico sociale, mentre il Distretto 1, pur con la percentuale maggiore di ultra sessantacinquenni, ha la maggior concentrazione di residenti stranieri, dato che giustifica anche un alto indice di natalità. Nell'Appendice I' Analisi dati Demografici ed Epidemiologici (pag. I) sono riportate le analisi di dettaglio della popolazione assistita.



SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

Distretto VERONA CITTÀ			Distretto della PIANURA VERONESE		
GREZZANA	Piazza Bertani	045 807 5190	BOVDOLONE	Piazzale Fleming - c/o Ospedale	045 699519
S. M. BUON ALBERGO	Via Nazionale, 13	045 991 822	CEREA	Via Monte Carega	0442 30500
VERONA	Via Campania, 1	045 815 7341	LEGNAGO	Via C. Gianella, 1 - c/o Ospedale	0442 622376
	Via C. Menotti, 18/a	045 834 0464	NOGARA	Via Raffa - c/o Centro S.P.	0442 537823
	Via del Capitel, 22	045 878 7777	ZEVIO	Via Chiarenzi, 2	045 8069195
	Via Poloni, 1	045 807 5571	Distretto dell'OVEST VERONESE		
	Via della Prateria, 9C - Fraz. Montorio	045 884 0783	BARDOLINO	Via Gardesana Dell'Acqua, 9	045 6213100
Distretto dell'EST VERONESE			BUSSOLENGO	Via C. A. Dalla Chiesa	045 6712451
COLOGNA VENETA	Via Rinascimento	0442 425 079	CAPRINO VERONESE	Via Cappuccini, 34	045 6207198
MONTECCINA DI C. RA	Piazza Umberto, 1	045 745 0016	SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA	Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara	045 6864202
SAN BONIFACIO	Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped.	045 613 8426	ISOLA DELLA SCALA	Piazzale Kennedy, 1	045 6648422
S. GIOVANNI LURTO	Via Belluno, 14	045 829 9811	MALCESINE	Via Gardesana, 57	045 6589369
TREGNAGO	Via Massalongo, 7	045 780 8366	NEGRAR	Via Francia, 5	045 7501088
VERONA	Via Bergasi, 4	045 493 2111	PESCHIERA DEL G.	Via Milano, 2	045 7550046
	Via Valseggio, 39	045 950 655	SOMMACAMPAGNA	Piazza Repubblica, 1	045 510300
			VILLAFRANCA DI V.	Via ospedale, 2 - c/o Ospedale	045 6338480

L'Azienda confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l'ULSS 8 Berica e con l'ULSS 6 Euganea, a sud con l'ULSS 5 Polesana. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella direttrice nord-sud con una distanza di percorrenza di circa 150 km (1 ora e 40 minuti in macchina) tra i suoi comuni più lontani: Castagnaro e Malcesine.

La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte da montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m. (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.).

Non bisogna dimenticare, infine, che il territorio della provincia di Verona è a forte vocazione turistica anche se il 2020 ha inevitabilmente visto un calo delle presenze a causa della pandemia. Il 2019 aveva registrato più di 18 milioni di presenze con un +2% rispetto all'anno precedente (in crescita per il quinto anno consecutivo), di cui circa il 73% nell'area del Lago di Garda.

2.3.2. Strutture ed attività

Nel complesso per l'assistenza ospedaliera, l'ULSS 9 viene garantita da **in 14 ospedali** che al 01/01/2021 disponevano di **2.269 posti letto** (1.382 nelle 7 strutture private accreditate) in riduzione rispetto alle dotazioni previste dalle schede regionali in quanto molti reparti di degenza hanno dovuto sospendere temporaneamente l'attività per garantire l'assistenza nelle nuove sezioni dedicate a pazienti Covid. Nel 2020 sono stati **88.632 ricoveri** erogati (nel 2018-2019 erano stati oltre 100.000) e **188.300 accessi in PS**, in netto calo rispetto al 2019 (-85.117). In.

I ricoveri complessivamente erogati ai residenti sono stati nel 2020 in tutto **106.880** (in calo di 16.407 rispetto al 2019) dei quali 27% da strutture a gestione diretta ULSS 9, 34% da strutture private accreditate e 39% da altre strutture ospedaliere venete, tra cui la più importante è l'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona.

Sul territorio, come strutture "intermedie" sono presenti anche **5 Ospedali di Comunità**, per complessivi 98 posti letto, e **3 Hospice** con 31 posti disponibili.

L'azienda oltre a 10 poliambulatori ospedalieri, dispone anche di **18 poliambulatori distrettuali** e **38 strutture private** per l'attività clinica, diagnostica per immagini e di laboratorio. Nel setting assistenziale ambulatoriale pre-covid l'azienda garantiva **circa 8,7 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno** (di cui 4,3 ML esami di laboratorio); nel 2020 si è registrato un calo delle prestazioni erogate rispetto al 2019 di 1.770.136 prestazioni.

Per gli assistiti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche, con problemi di dipendenze o di salute mentale, sono presenti sul territorio **178 strutture residenziali** (delle quali 15 a gestione diretta ULSS) per un totale di **6.632 posti letto**, che hanno accolto nel 2020 **8.186 utenti**. La rete si completa con 1.816 posti di assistenza semi-residenziale, ai quali si sono rivolti 1.938 utenti.

I Pazienti **assistiti in ADI nel 2020 sono stati 20.954**, con 376.030 accessi.

L'attività di prevenzione rivolta alle persone ha permesso di effettuare **430.322 vaccinazioni per la profilassi di malattie infettive** (esclusa vaccinazione anti covid).

Nonostante il rallentamento dovuto al Covid, sono stati fatti inviti per **57.464 donne allo Screening Mammografico** (tasso di adesione 54%), **35.966 allo screening Citologico** (tasso di adesione 33%) e **42.365 persone allo screening del Colon-Retto** (tasso di adesione corretto 54%).

Dai dati disponibili per il 2021, ancora influenzati pesantemente dalle ultime ondate di contagi Covid, si evidenzia una ripresa dell'attività rispetto al 2020, ma non ancora paragonabile ai livelli pre-covid.

Tutti i dati di dettaglio sono riportati nell'Appendice II Strutture e dati di Attività per Livello di Assistenza a pagina IV.I tassi di consumo per Distretto

2.3.3. Il personale dipendente e convenzionato – rimando al POLA

L'Azienda ULSS 9 conta **5.725 dipendenti** (in aumento di 265 rispetto al 2019 per il ruolo sanitario e tecnico del comparto, ovvero infermieri ed OSS) dei quali .

Tabella 2 - Personale dipendente in servizio al 31/12 (Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9)

PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato	Dati al 31 dicembre 2018	Dati al 31 dicembre 2019	Dati al 31 dicembre 2020
Dirigenza medica	870	833	828
Dirigenza NON medica	99	90	89
Dirigenza professionale	6	5	6
Dirigenza tecnica	8	5	4
Dirigenza amministrativa	20	18	18
Comparto ruolo sanitario	2.787	2.814	2.991
Comparto ruolo tecnico	1.069	1.079	1.201
Comparto ruolo amministrativo	654	616	588
TOTALE	5.513	5.460	5.725

In totale sul territorio lavorano anche **162 medici SAI** (Specialisti ambulatoriali in convenzione), **566 MMG** (medici di medicina Generale) dei quali 86% lavorano in forma associata, **114 PLS** (pediatri di libera scelta) e **135 MCA** (medici di continuità assistenziale). A questo gruppo si sono aggiunti **48 medici delle USCA** (Unità Speciali Continuità Assistenziale) dedicati all'assistenza, non solo domiciliare, dei malati covid.

Tabella 3 - Personale convenzionato al 31/12

Personale Convenzionato al 31.12.2020	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Medici di medicina generale – assistenza primaria	147	139	88	181	555
Pediatri di libera scelta	26	29	20	39	114
Specialisti ambulatoriali interni	0	0	0	0	162
Medici di medicina generale – continuità assistenziale	43	35	20	37	135
Medici USCA	12	12	12	12	48
Totale	228	215	140	269	1014

L'Azienda, con Delibera del Direttore Generale n. 1110 del 31 dicembre 2020 con oggetto "Revisione piano triennale dei fabbisogni di personale 2020- 2022 e adozione piano triennale dei fabbisogni 2021 – 2023", ha approvato il piano triennale del fabbisogno di personale per gli anni 2021-2023 di cui agli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001 relativi rispettivamente a "Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale" e "Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale".

Nel piano 2021-2023 si è privilegiato il ricorso ad assunzioni di personale dipendente, ricorrendo anche a scelte di gestione con modalità diverse dalla esternalizzazione con la quale alcune strutture erano state attivate (ad esempio REMS).

Per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie è stata prevista la gestione delle stesse a mezzo personale dipendente per le seguenti attività:

- Ospedale di Comunità di Malcesine, Ospedale di Comunità di Caprino, Ospedale di Comunità di Bussolengo, Ospedale di Comunità di Isola della Scala, Ospedale di Comunità di Nogara, Aumento posti letto dell'Ospedale di Comunità di San Bonifacio da 12 a 18:
- Hospice di Marzana, Hospice di Bovolone:
- URT di Bussolengo, URT di Marzana

Nell'ambito della riorganizzazione della modalità di gestione delle attività e servizi aziendali si prevede nel triennio la re-internalizzazione delle seguenti attività:

- Completamento della internalizzazione della Assistenza Domiciliare Integrata e ADI infermieristica riabilitativa;
- REMS: si prevede un cambio nella modalità gestionale di tale struttura. In realtà non si tratta di re internalizzazione perché la struttura è di fatto stata sempre gestita per quanto riguarda il personale del comparto in modo esternalizzato. Si tratta pertanto di una nuova attivazione di gestione con personale dipendente;
- Ospedale di Comunità di Bovolone: non si tratta di una vera e propria re-internalizzazione. Nel 2019 si sono ottenute le autorizzazioni per la gestione di tale struttura con personale dipendente e si è proceduto con le relative assunzioni. A causa dell'emergenza COVID 19 il personale di che trattasi è stato momentaneamente destinato a reparti COVID. La gestione della struttura è stata momentaneamente esternalizzata.

Si prevede inoltre di attuare una reinternalizzazione atipica” a partire dal 2022 che riguarda le attività relative alle visite di medicina dello sport. In effetti tale attività non risulta essere esternalizzata ma svolta da centri privati accreditati. Si prevede di ridurre l'acquisto di tali prestazioni da erogatori privati del 10% nel 2022 e di un ulteriore 10% nel 2023.

Infine si riporta il POLA dell’Azienda ULSS 9 Scaligera nella V Appendice “Piano Organizzativo del lavoro Agile” a pagina XLVII. Il Piano è attualmente in fase di revisione, anche alla luce delle disposizioni del DPCM del 23 settembre 2021 “Disposizioni in materia di modalita' ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni” e del DM 08 ottobre 2021 “Modalita' organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.”

2.3.4. Sintesi dell'andamento dei risultati economici ed accenno alle tempistiche di pagamento

Si rappresentano di seguito i dati sintetici del Conto Economico complessivo all’Az. Ulss 9 Scaligera relativi sia all’area Sanitaria che all’area Sociale.

Tabella 4 - Conto Economico Consuntivo 2020

		SANITARIO	SOCIALE	TOTALE
A	Valore della produzione	1.732.289.854	41.228.456	1.773518.310
B	Costi della produzione	1.765.867.586	40.367.003	1.806.234.590
C	Proventi e oneri finanziari	-216.860	0	-216.860
E	Proventi e oneri straordinari	-825.383	-318.657	-1.144.040
Y	Imposte e tasse	20.305.034	542.796	20.847.830
	TOTALE	-54.925.010	0,00	-54.925.010

L’Azienda Ulss 9 Scaligera, ha chiuso il bilancio economico consuntivo 2020 con un risultato negativo per oltre 54 milioni di euro. La ragione della perdita è imputabile alla gestione dell'emergenza sanitaria indotta dal virus Covid 2019. Gli oneri aggiuntivi ed i mancati proventi che sono derivati a questa Azienda per contrastare la pandemia generano una perdita di 68 milioni.

L’area Sociale risulta in perfetto equilibrio.

La gestione dell'emergenza, evento assolutamente imprevisto e di dimensioni tali da impattare in modo rilevantisimo nella attività ordinaria di questa Azienda, ha imposto una revisione delle priorità, un riorientamento delle risorse nonché una loro pesante integrazione, utilizzando talvolta strumenti straordinari, adeguati e necessari, però, a fronteggiare una situazione di rischio sanitario collettivo di queste dimensioni.

L'emergenza ha comportato, inoltre, la necessità stringente e in un breve tempo di raccordo della azione aziendale con quella di altri attori del sistema sanitario, con le istituzioni e realtà locali, regionali e nazionali ma anche con i cittadini stessi rendendo più efficiente l'azione complessiva ma con ulteriori livelli di complessità gestionale.

Si è quindi trattato di un test delle capacità di reazione di tutto il sistema; in un primissimo tempo affidato soprattutto allo spirito di sacrificio di chi ha gestito l'emergenza in prima linea e, successivamente, ad un approccio più sistematico, trasversale e diversificato su più linee di azione.

Questa capacità di reazione deve rappresentare l'elemento di giudizio principale per l'attività e i risultati del 2020 e, da questo punto di vista, la valutazione non può che essere positiva.

Alla luce di queste considerazioni l'andamento degli indicatori classici di valutazione del bilancio aziendale devono essere inquadrati nel contesto dell'eccezionalità della situazione.

Infatti, l'emergenza sanitaria ha ovviamente prevalso sulle considerazioni di carattere economico e, pertanto, nell'esercizio si è dato corso all'acquisizione di notevoli risorse aggiuntive, pur nella consapevolezza, nel breve, dell'inesistenza di coperture finanziarie necessarie. Ciò ha comportato un disequilibrio della gestione economica rappresentata in sintesi dal risultato di esercizio negativo ma anche da altri indicatori quali l'incremento dei debiti verso fornitori e, in generale, il peggioramento degli indicatori di performance economica, finanziaria e patrimoniale.

Con riferimento, poi, agli obiettivi di carattere economico assegnati puntualmente a specifiche voci di costo, si ricorda che tali obiettivi facevano riferimento al solo secondo semestre 2020. Ciò nell'ipotesi, purtroppo poi rivelatasi lontana dal vero, dell'esaurirsi in questo arco temporale dell'emergenza sanitaria.

Il quadro è, quindi, quello di un esercizio del tutto particolare con possibilità limitata quindi di valutazione con gli strumenti tradizionalmente utilizzati allo scopo.

Da un punto di vista strettamente tecnico-amministrativo si rileva una capacità aziendale tale da implementare strumenti che hanno permesso di tenere sotto controllo le dimensioni economiche e gestionali di questa emergenza, permettendone il monitoraggio durante l'esercizio e la determinazione quantitativa degli effetti a posteriori.

Indicatore di Tempestività dei Pagamenti

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è stato calcolato determinando la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo corrispettivo di una transazione commerciale, degli importi dovuti moltiplicati per i giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura rilevabile dalla procedura contabile e la data di emissione del mandato, rapportata alla somma degli importi pagati nel trimestre di riferimento (così come previsto dall'art. 9, DPCM 22/09/2014 e dei successivi chiarimenti contenuti nelle circolari RGS n. 3 e 22 del 2015 del Ministero dell'Economia e delle Finanze).

Tabella 5 – Indicatore di tempestività dei pagamenti da sito Amministrazione trasparente in data 27/1/2021

	Indicatore		$\Sigma [(data\ pagamento - data\ scadenza) \times importo\ dovuto]$	/	Σ importi pagati nel periodo di riferimento
indicatore primo trimestre	-21,69	=	-4.452.058.148,24	/	205.242.249,50
indicatore secondo trimestre	-27,21	=	-6.671.778.727,04	/	245.169.958,46
indicatore terzo trimestre	-31,69	=	-6.156.242.063,97	/	194.265.309,32
indicatore quarto trimestre	-30,21	=	-6.404.452.898,17	/	211.963.675,33
INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI ANNO	-27,65	=	-23.684.531.837,42	/	856.641.192,61

L'indicatore relativo è stato inferiore allo zero in ciascuno dei 4 trimestri e in ulteriore miglioramento rispetto all'anno 2019 (-15,31).

2.4. La normativa di riferimento

Nella Appendice III “Normativa di Riferimento” a pagina XXXVI, si riporta il dettaglio di tutti i riferimenti applicabili al presente Piano performance.

Tra le principali novità normative, che influenzano la performance, si richiamano qui le più rilevanti:

- DGR n. 1117 del 09 agosto 2021 Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica di cui alla D.G.R. n. 727 del 8 giugno 2021 e alla D.G.R. n. 805 del 22 giugno 2021.
- DGRV n. 1061 del 3 agosto 2021 “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73”
- DGR n. 992 del 20 luglio 2021 Approvazione del documento recante "Strategia per il rafforzamento dell'offerta vaccinale nel contesto dei focolai causati da "Variant of Concern" (VOC) di SARS-CoV-2".
- DGR n. 1081 del 22/12/2020, integrata con successiva DGR n. 239 del 02/03/2021, sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19"
- DDG n. 1127 del 31/12/2020; “Approvazione Atto Aziendale ULSS9 Scaligera – Decreto 150 del 22/12/2020 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione Veneto”
- DGR n. 1866 del 29 dicembre 2020 “Recepimento dell'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 - 2025.”
- DGR n. 1529 del 17 novembre 2020 “Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) “
- DDG 698 del 03/09/2020 “Presenza d’atto della DGRV n.1107/2020 relativa alla modifica delle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende ULSS – DGRV n. 614/20 – deliberazione n. 402/2020”

L’assetto degli obiettivi annuali regionali è definito da:

- DGRV n. 958 del 13/07/2021 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021”
- DDR Area Sanità e Sociale n. 80 del 30.07.2021 “Disposizioni per l’anno 2021 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2021”
- DDR Area Sanità e Sociale n. 30 del 23.03.2021 “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari l’anno 2021”;

3. LE LINEE PROGRAMMATICHE

L'Azienda opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le prescrizioni e le indicazioni provenienti da più fonti, gli stessi ambiti strategici sono in parte definiti da altri livelli di governo, in primo luogo dalla Regione.

L'unitarietà della programmazione aziendale viene garantita dall'integrazione di questi stimoli in un quadro logico che riconduce ciascun obiettivo a linee programmatiche proprie, fornendo una cerniera tra tutti gli strumenti del ciclo della performance, primo tra tutti il budget annuale, e garantendo nel tempo un elemento di continuità nella gestione.

Tuttavia, corre obbligo precisare che, come specificato in introduzione, la programmazione aziendale è stata e dovrà essere rivista alla luce dell'andamento dell'emergenza COVID-19.

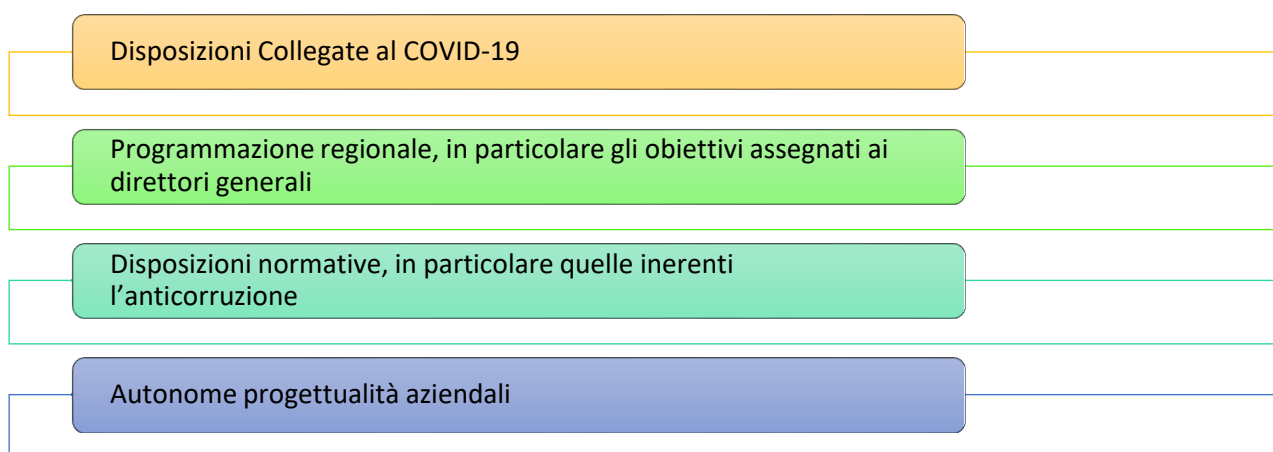
Superata la Fase di riorientamento e potenziamento dei servizi per il paziente, attualmente l'azienda opera in un contesto che si caratterizza per la persistenza del virus COVID -19 e che prevede che siano mantenuti: la capacità di monitoraggio epidemiologico, la stabilità di trasmissione, i servizi sanitari non sovraccarichi, l'abilità di testare tempestivamente tutti i casi sospetti con possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena.

In questo contesto l'azienda ULSS 9 definisce la programmazione 2021 compatibilmente con gli "aggiornamenti del Piano di Emergenza" e degli "indirizzi di Fase" emanati dalla Regione Veneto in caso di ulteriore recrudescenza dell'epidemia.

Inoltre, il 27 dicembre 2020 ha preso avvio la campagna di vaccinazione contro COVID-19 con l'obiettivo di somministrare il vaccino alla popolazione target nel più breve tempo possibile, seguendo le priorità definite dal Ministero della Salute, mantenendo garanzie di efficienza e sicurezza. L'azienda ha destinato prioritariamente risorse per garantire in una prima fase la vaccinazione degli operatori del Servizio Sanitario Regionale e degli operatori ed ospiti delle Strutture Socio-Sanitarie territoriali. Successivamente l'offerta vaccinale è stata estesa alla popolazione generale, secondo criterio anagrafico e di rischio specifico, in particolare a specifiche categorie individuate, tra cui i lavoratori dei servizi essenziali e i soggetti più fragili.

Pertanto gli obiettivi della consueta pianificazione strategica triennale sono integrati, per quanto possibile, con le misure attuative sopra citate in quanto tutte le attività che l'azienda deve svolgere, fino alla completa conclusione della fase di emergenza, sono in continuità con il secondo semestre 2020. Qualora l'impatto dell'emergenza risulti più contenuto è prevista la possibilità di una ripresa graduale dell'attività con obiettivi e livelli di servizio riconducibili alla gestione pre-Covid.

Il sistema degli obiettivi aggiornato deriva dall'integrazione di:



Il dettaglio delle fonti degli obiettivi è riportato ed esaminato nella Appendice IV Fonti degli obiettivi strategici dell'ULSS 9 a pagina XLII.

Gli specifici obiettivi, indipendentemente dalla provenienza, sono riportati all'interno delle linee programmatiche aziendali descritte nel Capitolo "Le Aree Strategiche".

Gli obiettivi sono inoltre dettagliati in base agli indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione richieste nel Documento delle Direttive 2021", con l'indicazione della Direzione Strategica di riferimento e della Unità operativa "Capofila".

3.1. Le Aree Strategiche

L'Azienda integra tutti i propri obiettivi strategici in 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici che l'azienda deve perseguire. Alle 4 aree è stata affiancata un'area strategica dedicata alla gestione dell'epidemia Covid-19, con obiettivi specifici che si esauriranno alla conclusione dell'emergenza sanitaria.

Tabella 6 - Aree strategiche e Macro-obiettivi

Area Strategica COVID	Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid
Macro-obiettivo COVID.1	Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione
Macro-obiettivo COVID.2	Potenziamento dell'assistenza territoriale
Macro-obiettivo COVID.3	Potenziamento attività vaccinale in contrasto alla circolazione di virus
Macro-obiettivo COVID.4	Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti
Macro-obiettivo COVID.5	Riorganizzazione della rete ospedaliera
Macro-obiettivo COVID.6	Assistenza Farmaceutica
Macro-obiettivo COVID.7	Sistema informativo COVID-19
Area Strategica 1	Erogazione dei LEA
Macro-obiettivo 1.1	Prevenzione
Macro-obiettivo 1.2	Assistenza Territoriale
Macro-obiettivo 1.3	Assistenza Ospedaliera
Macro-obiettivo 1.4	Prestazioni Specialistiche
Macro-obiettivo 1.5	Tempi di Attesa
Macro-obiettivo 1.6	Attività Sociosanitaria e Sociale
Macro-obiettivo 1.7	Aspetti relazionali con gli utenti
Macro-obiettivo 1.8	Gestione del Rischio Clinico
Area Strategica 2	Sostenibilità economico-finanziaria
Macro-obiettivo 2.1	Equilibrio Economico
Macro-obiettivo 2.2	Limiti di Costo
Macro-obiettivo 2.3	Gestione delle risorse finanziarie
Area Strategica 3	Informatizzazione e Flussi Informativi
Macro-obiettivo 3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico
Macro-obiettivo 3.2	Qualità e Completezza dei Flussi Informativi
Area Strategica 4	Organizzazione Aziendale
Macro-obiettivo 4.1	Sviluppo dei sottosistemi aziendali
Macro-obiettivo 4.2	Organizzazione del Lavoro
Macro-obiettivo 4.3	Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici
Macro-obiettivo 4.4	Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza

Per permettere all'azienda di riprendere gradualmente l'attività aziendale, dopo l'emergenza COVID, si è scelto di semplificare e ridurre il numero degli obiettivi da perseguire nel corso del 2021.

In particolare viene "sospesa" l'assegnazione di alcuni obiettivi in quanto, pur mantenendo la loro validità ai fini del piano strategico triennale, risentono dell'impatto della pandemia sulle attività delle Unità Operative per l'anno 2021.

Nel paragrafo 3.2 "Documento delle Direttive 2021" a pagina 30 sono riportati in dettaglio i singoli obiettivi, comprensivi di indicatori e soglie di soddisfazione che definiscono il quadro aziendale. Nelle pagine seguenti invece si presentano in dettaglio gli obiettivi di recente introduzione o che per importanza strategica meritano un approfondimento.

3.1.1. Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid

Obiettivo COVID.1.4: Attuazione di misure per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di Covid-19

L'ultimo aggiornamento al Piano di Sanità Pubblica della Regione Veneto (DGR 727 del 08/06/2021 e DGR 805 del 22/06/2021), ha definito degli standard minimi di test riaffermando l'importanza delle attività di sorveglianza epidemiologica e di screening, ampliando l'offerta di testing, al fine di monitorare opportunamente la circolazione virale di SARS-CoV-2 e di intercettare tempestivamente eventuali casi positivi, anche asintomatici.

In tale contesto, è obiettivo dell'azienda garantire un numero minimo di tamponi ogni 100.000 abitanti, stimati a giugno tra i 500 (soglia minima) ed i 600 (soglia ottimale) test al giorno in tutta la provincia, da aggiornare in rapporto allo scenario epidemiologico. Per tutta la Provincia è quindi richiesto di eseguire al minimo 4.611 test/die di cui almeno 1.845 molecolari.

Inoltre si richiede che l'attività di contact-tracing, venga rafforzata, mantenuta performante e pronta a reagire al presentarsi di nuovi focolai; per questo per ogni caso di COVID-19, dev'essere condotta un'inchiesta epidemiologica con identificazione dei contatti al fine di interrompere le catene di trasmissione dell'infezione. La Regione in tal senso ritiene che l'Azienda debba garantire che almeno il 70% dei casi di COVID-19 diagnosticati nel periodo 01.07.2021 - 31.12.2021 riporti nel sistema informativo regionale almeno un contatto identificato, precisando che la soglia potrà essere ridefinita a seguito di nuove indicazioni nazionali o regionali.

Obiettivo COVID.1.5: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Tra gli obiettivi che la regione ha individuato per contenere il contagio, c'è l'esigenza di controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive.

Lo SPISAL è quindi impegnato nel controllo di un numero di aziende sufficiente a garantire che almeno il 15% dei lavoratori impiegati nel territorio sia stato interessato dalle verifiche.

Obiettivo COVID.2.1 Efficacia del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale di cui al DL 34/2020 e alla DGR 782/2020 (Assistenza domiciliare, USCA, COT)

Le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o sono dimessi dall'ospedale, per il monitoraggio delle condizioni cliniche, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio, nonché l'esecuzione dei tamponi naso-faringei, in stretta collaborazione con il SISP. Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A. potranno fungere da supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità.

Nell'Ulss 9 Scaligera sono state attivate 8 Unità Speciali di Continuità Assistenziale, attive sette giorni su sette, dalle ore 9:00 alle ore 19:00. Per i pazienti in assistenza domiciliare che abbiano necessità di valutazione da parte dell'USCA, l'accesso viene effettuato con l'infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto.

Ogni USCA fa riferimento ad un preciso numero di medici di medicina generale del territorio di riferimento.

L'U.S.C.A. afferisce all'UOC Cure primarie del Distretto di competenza, pertanto, ogni Distretto provvederà, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna U.S.C.A., comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte.

L'attività delle USCA è sotto controllo Aziendale, che trimestralmente è chiamata a relazionare in Regione sull'attività svolta.

Obiettivo COVID.3.1 Attuazione della Campagna vaccinale anti COVID-1

La vaccinazione resta uno strumento fondamentale per fronteggiare l'attuale emergenza pandemica. Infatti, lo stesso ECDC, nel rapporto del 23/06/2021, ha evidenziato che il rischio di infezione da SARS-CoV-2, in considerazione della circolazione della variante Delta nella popolazione generale vaccinata, è considerato basso rispetto alla popolazione non vaccinata o parzialmente vaccinata, per la quale il rischio è classificato alto o molto alto. Allo stesso tempo, per la popolazione più fragile a maggior rischio di complicanze, il rischio è considerato basso o moderato nei vaccinati e molto alto per i non vaccinati o parzialmente vaccinati.

Le disposizioni regionali, che hanno implementato e rafforzato l'offerta vaccinale per contrastare la diffusione del virus da SARS-CoV-2, prevedono obiettivi di copertura con ciclo completo di vaccinazione per la popolazione di età superiore o uguale ai 60 anni per almeno l'80% per ciascuna fascia di età decennale.

Al fondamentale obiettivo di copertura, la regione, al fine di massimizzare le dosi somministrabili, richiede anche che il processo di somministrazione garantisca l'estrazione di 7 dosi dai flaconi di vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer (che inizialmente garantivano 5 dosi, poi portate a 6) al minimo per il 30% dei flaconi ricevuti.

Con l'autunno, la campagna vaccinale, prevede anche la somministrazione di una terza dose di vaccino a determinate categorie di soggetti che in alcuni casi ricevono una terza dose "addizionale" in altri una terza dose "booster", come da Circolare del Ministero della Salute, del 14 settembre 2021 ad oggetto "indicazioni preliminari sulla somministrazione di dosi addizionali e di dosi "booster" nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19".

Per dose addizionale si intende una dose aggiuntiva di vaccino a completamento del ciclo vaccinale primario, somministrata al fine di raggiungere un adeguato livello di risposta immunitaria. Al riguardo, le attuali evidenze sui vaccini anti COVID-19 in soggetti sottoposti a trapianto di organo solido o con marcata compromissione della risposta immunitaria per cause legate alla patologia di base o a trattamenti farmacologici e che abbiano già completato il ciclo vaccinale primario, mostrano un significativo beneficio, in termini di risposta immunitaria, a seguito della somministrazione di una dose aggiuntiva di vaccino.

Per dose "booster", in questo contesto, si intende una dose di richiamo dopo il completamento del ciclo vaccinale primario, a distanza di un determinato intervallo temporale, somministrata al fine di mantenere nel tempo o ripristinare un adeguato livello di risposta immunitaria, in particolare in popolazioni connotate da un alto rischio, per condizioni di fragilità che si associano allo sviluppo di malattia grave, o addirittura fatale, o per esposizione professionale. La Regione Veneto ha diramato linee guida per l'offerta della terza dose (dose di richiamo – booster) per varie categorie di persone tra cui gli ospiti e personale di case di riposo, soggetti di età pari o superiore a 80 anni, personale sanitario over 60 o con patologia.

Macro-obiettivo COVID.4: Attività di sorveglianza delle strutture residenziali per non autosufficienti

L'epidemia ha evidenziato da subito una maggior aggressività nei confronti delle persone anziane, motivo per cui la Regione Veneto ha predisposto con DGR n. 344 del 17/03/2020 lo screening degli ospiti e degli operatori dei Centri residenziali, in particolar modo per Anziani e Disabili.

L'attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali vengono articolate in tre livelli, secondo quanto previsto dalla DGRV 782 del 16.6.2020:

1° Livello – Sorveglianza ordinaria: previsto tra i requisiti organizzativi specifici prescritti per l'accreditamento, con la presenza di una figura direzionale con profilo sanitario, denominata "Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti" che svolge ogni attività di indirizzo, gestione e vigilanza ritenuta necessaria.

2° Livello – Sorveglianza con epidemia in atto: si intende mantenere strategia organizzativa di cui alla nota prot. n. 141750 del 1 Aprile 2020, che ha previsto la costituzione di un team multidisciplinare costituito da personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), dell'Unità Operativa di Cure Primarie e dei Servizi Sociali al fine di giungere alla definizione di un "Piano di Sanità Pubblica" specifico per queste strutture che riguardi l'isolamento dei pazienti, la gestione dei DPI e la gestione del personale, da attuare a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari.

3° Livello – Sorveglianza in situazione di particolare criticità dell'epidemia: per la gestione di situazioni di contagio all'interno dei Centri di Servizi aventi carattere di urgenza ed emergenza e non efficacemente affrontabili in autonomia dalle singole strutture, con le misure di contenimento e isolamento da esse già previste anche nel quadro delle precedenti indicazioni regionali. Tale Piano si pone a complemento del Piano di Sanità Pubblica specifico per i Centri di Servizi di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020.

Con delibera del Direttore Generale n° 251 del 2.04.2020 l'Azienda ULSS 9 Scaligera, allo scopo di promuovere principi e comportamenti finalizzati alla prevenzione dell'infezione da SARS-CoV2, ha adottato il Piano di Sanità Pubblica per le strutture residenziali per anziani. Ogni Centro Servizi ha un Coordinatore Medico nominato con Delibera DG 366/2020 e 608/2020 che monitora l'attuazione di quanto previsto nel Piano di Sanità Pubblica.

Il documento contiene l'insieme delle attività che l'Azienda ULSS 9 ha previsto, nella prima fase, per supportare le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, nella gestione dell'emergenza da COVID-19, tenuto conto che tali strutture accolgono soggetti che per caratteristiche demografiche e cliniche presentano un elevato rischio di malattia e complicanze, rispetto alla popolazione generale.

Per mettere in atto quanto sopra, l'Azienda ULSS 9 ha predisposto una serie di verifiche e sopralluoghi, effettuati dai medici coordinatori, in stretta collaborazione con il medico infettivologo, referente aziendale per l'implementazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione da COVID-19, vigilando sulla corretta gestione dei percorsi, sulle misure di isolamento degli ospiti e le modalità adottate per il corretto utilizzo dei DPI.

Tali interventi hanno rappresentato un fondamentale strumento di confronto con le direzioni degli Enti gestori dei Centri di Servizi e i medici curanti degli ospiti, per valutare le specifiche azioni da intraprendere, in relazione

all'andamento dell'epidemia, al fine di individuare strategie di contenimento, nonché soluzioni organizzative e modalità assistenziali.

In merito ai centri servizi per anziani la Regione con la DGR 306/2021 ha stabilito di supportare in termini di assistenza infermieristica i Centri di Servizi per anziani non autosufficienti (vedi anche Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani a pagina 24.

Obiettivo COVID 5.1: Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34

Nell'ambito delle misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, le aziende del Veneto sono state chiamate a definire e realizzare un piano di adeguamento strutturale al fine di affrontare l'emergenza in atto e predisporre gli strumenti necessari per fronteggiare eventuali momenti di riaccutizzazione dell'epidemia.

A maggio 2021 è stato in particolare predisposto ed inviato in regione il piano specifico dell'ULSS 9 Scaligera, rispetto al quale è necessario effettuare un monitoraggio ed una rendicontazione agli uffici regionali degli stati di avanzamento, con particolare riferimento alle aree Intensive e sub-intensive.

Macro-obiettivo COVID .7: Qualità e Completezza dei Flussi Informativi: Sistema informativo COVID-19

Il sistema di bio sorveglianza permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione. In particolare sono stati implementati progressivamente i moduli software per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento.

Per la gestione degli screening per covid-19 l'applicazione (sviluppata a partire dal sistema per la gestione degli screening oncologici) serve per gestire, anche in mobilità, il processo di effettuazione del prelievo, identificazione dei campioni, integrato con tutti i laboratori analisi e di microbiologia del Veneto, sia per gli esami di microbiologia molecolare, che per esami di sierologia, anche rapidi.

Infine, basandosi sul preesistente sistema di registrazione dei vaccini, è stato attivato il sistema informativo per le vaccinazioni anticovid.

La regione effettua un continuo monitoraggio sulla completezza e correttezza delle informazioni fornite dalle Aziende, ed in particolare per il 2021 richiede che la data di inizio dei sintomi debba essere per almeno il 60% dei nuovi casi di COVID-19 sintomatici diagnosticati nel periodo 01.01.2021 - 31.12.2021.

3.1.2. Area strategica 1: Erogazione dei LEA

PREVENZIONE

Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali

Le percentuali di copertura delle vaccinazioni infantili e delle altre vaccinazioni previste dal calendario vaccinale nazionale risultano essere cresciute sensibilmente nel corso del 2019 (in particolare le vaccinazioni esavalente ed MPR, oggetto di specifico obiettivo regionale/nazionale e le vaccinazioni HPV ed Herpes Zoster). Per la prima volta nel 2019 sono state raggiunte le soglie del 95% di copertura previste per esavalente ed MPR. Questo risultato è stato possibile sia aumentando le ore di sedute vaccinali, attivando strumenti di segnalazione ai Pediatri dei bambini che non risultano vaccinati nei tempi previsti e grazie a campagne informative mirate alla popolazione, attivando tutti i canali di comunicazione, anche social, a disposizione.

Nel corso del 2020 ovviamente i risultati di copertura, pur restando su livelli alti (rispettivamente 95,60% per il ciclo base di esavalente, e 94,90% per la prima dose MPR), risentono degli effetti della pandemia, si prevede tuttavia di riprendere non appena possibile l'elevato il livello dell'offerta per i cicli vaccinali obbligatori e facoltativi con previsione di costi in crescita per l'acquisto di vaccini e raggiungimento degli standard di copertura previsti.

Discorso specifico va fatto per la campagna antinfluenzale, per la quale dal 2020 viene fissato un obiettivo sia per la copertura delle persone anziane (copertura per la popolazione di età ≥ 60 anni obiettivo minimo perseguibile il 75%, 95% obiettivo ottimale), che degli operatori sanitari (60% obiettivo minimo perseguibile). Su entrambe le coperture l'azienda riporta solo risultati parziali, ed è necessaria la collaborazione di medici di famiglia da un lato e medico competente dall'altro per raggiungere gli standard richiesti.

Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening

Screening oncologici

In merito allo screening oncologici, l'obiettivo resta quello di mantenere sopra le soglie standard il tasso di adesione corretto, che negli scorsi anni è stato raggiunto solo parzialmente, e che potrebbe alzarsi nel corso del 2021 anche a fronte dello sforzo profuso anche tramite il Piano Operativo Aziendale di recuperare delle liste d'attesa.

In particolare le soglie previste sono: screening mammografico $\geq 65\%$, screening citologico $\geq 60\%$ screening colon-retto $\geq 60\%$. L'UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute si occupa della programmazione delle campagne e monitora le attività svolte dalle Radiologie, dalle gastrologie ospedaliere, dal laboratorio di anatomia patologica e dalle ostetriche delle UOC Infanzia Adolescenza e Famiglia.

Screening PFAS

Si ritiene inoltre di riprendere le attività conseguenti alla contaminazione con PFAS - sostanze Perfluoroalchiliche dei corpi idrici superficiali dei comuni della provincia di Verona (Distretti 2 e 3) confinanti con la provincia di Vicenza.

Nel luglio 2019, l'ISS ha elaborato la "Relazione finale: valutazione dell'esposizione alimentare e caratterizzazione del rischio - contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche in Veneto", cui la Regione Veneto ha fatto seguire la DGR n. 1494 del 15/10/2019 "Azioni regionali conseguenti alla relazione finale trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità [...]"

L'Azienda ULSS 9 Scaligera dovrà proseguire e potenziare le attività tese a garantire l'attuazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze Perfluoroalchiliche" così come disposto dalle DGRV n. 2133 del 23/12/2016 e DGRV 851 del 13/06/2017 e successive. In particolare, in applicazione di quest'ultima, l'azienda dovrà garantire in autonomia accertamenti e eventuali interventi di secondo livello del protocollo di screening della popolazione esposta a Pfas con impiego di personale dedicato (3 assistenti sanitarie, un infermiere professionale e un dirigente medico a tempo parziale) e con conseguente aumento dei consumi dei dispositivi medici in vitro.

Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro

Il complesso ed organizzato sistema REACH – facente capo all'ECHA (Agenzia europea per le sostanze chimiche) - è finalizzato a tutelare, nel rispetto dei principi della libera concorrenza e della commercializzazione dei prodotti, la salute umana e l'ambiente all'interno di ogni Stato membro dell'U.E.

In data 23.01.2020, con nota n. 2187, il Ministero della Salute (Autorità competente nazionale REACH) ha inviato alle Regioni e PP.AA. il "Piano Nazionale delle attività di Controllo sui prodotti chimici – Anno 2020" quale documento di programmazione per lo svolgimento sul territorio nazionale dell'attività di vigilanza REACH-CLP nel corrente anno.

Gli adempimenti REACH-CLP, con particolare riferimento alla relativa attività di vigilanza, rappresentano un obbligo inderogabile. Infatti, il DPCM 12.01.2017 "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, c. 7, del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502", al punto B13 dell'Allegato 1, indica che le aree tematiche "Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati" e "Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)" sulle condizioni di sicurezza nella produzione, nella commercializzazione e nell'impiego delle sostanze miscele ed articoli, rientrano nei livelli essenziali di assistenza.

Tale concetto è stato ribadito anche con il Decreto 12.03.2019 "Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" all'allegato 1, in cui si prevede l'indicatore P08 "Sicurezza dei prodotti chimici - controlli nella fase di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (Reg. REACH e CLP). Pertanto, lo svolgimento di tale attività rappresenta adempimento imprescindibile da parte delle stesse Aziende ULSS e dell'ARPAV.

Con DGR 1245/2020 la Regione veneto ha approvato il "Piano Regionale Controlli REACH - Anno 2020" - evidenziato nell'Allegato B quale parte integrante e sostanziale della presente Deliberazione - che comprende la programmazione generale dell'attività di vigilanza REACH di tutte le Aziende ULSS (attività di base e complessiva di vigilanza REACH 2020, con il quadro riassuntivo del numero e della tipologia dei controlli da effettuare)

Pertanto la Regione ha individuato tra gli obiettivi da assegnare alle Aziende Sanitarie, la copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente, richiedendo che siano effettuati integralmente (100%) i controlli sulle aziende, i controlli sui prodotti, i corsi di formazione e di informazione previsti dall'Allegato B della DGR 1245/2020.

Obiettivo 1.1.4: Esecuzione dei Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare

Nell'ambito della sicurezza alimentare la Regione ha chiesto di documentare l'Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA. Tale obiettivo prevede che ogni Servizio SIAN e SIAOA deve eseguire almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione da parte del Responsabile di Servizio

o suo delegato) nel corso dell'esecuzione di un controllo ufficiale (ovvero eseguito conformemente all'art. 14 del regolamento (UE) 2017/625) su un operatore del settore alimentare svolto da un collaboratore (dirigente o TdP).

La verifica di efficacia deve essere eseguita secondo la specifica procedura adottata dal Dipartimento di Prevenzione o dal Dipartimento funzionale della Sicurezza alimentare ed essere documentata. Pertanto viene richiesto di formalizzare la Procedura adottata sulla verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali, e produrre presso i competenti uffici regionali il documento attestante l'esecuzione della verifica di efficacia in tempo reale (verbale, scheda di registrazione attività, ecc.).

Per quanto riguarda specificatamente l'Area Veterinaria, come da impronta ministeriale (DM 12 marzo 2019), anche la Regione ha assegnato obiettivi per la 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. In particolare a livello nazionale verrà misurato un indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:

- la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento,
- il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario,
- il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.

Per l'anno 2021 in particolare, viene richiesto di controllare almeno il 3% di aziende bovine totali presenti nella Banca Dati Nazionale - Anagrafe Zootecnica.

DISTRETTO

Obiettivo 1.2.1: Esecuzione del Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie

Nel 2018 le Direzioni Distrettuali e delle Cure Primarie hanno formulato il Piano di sviluppo delle Cure Primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo (ex ACN della medicina generale del 23/3/2005 e smi) per il triennio 2018-2020.

Al suddetto piano è stato allegato un cronoprogramma ed è stata declinata l'evoluzione delle forme associative, i rispettivi obiettivi e indicatori collegati ai patti aziendali e relativa incentivazione e modalità di corresponsione della stessa.

Con la DGR n. 476/2019 la Regione Veneto ha approvato i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie e sono stati definiti i livelli desiderati di associazione tra i medici, disponendo risorse dedicate all'implementazione delle progettualità pianificate.

La stima dei costi finanziabili ai fini dell'attuazione dei Piani di sviluppo delle Cure Primarie per il biennio 2019-2020 per l'Azienda ULSS 9 è pari a €2.348.450,63 (Allegato B) esclusi i costi relativi alle Medicine di Gruppo Integrate.

Con l'attivazione delle Medicine di Gruppo integrate di Valeggio e di Castelnuovo del Garda nel Distretto 4 dell'Ovest Veronese l'azienda ULSS 9 arriva nell'anno 2019 a contare 9 Medicine di Gruppo Integrate con 86 medici che vi operano.

Per l'anno 2021 (prorogando la programmazione 2019-2020 sospesa a causa della pandemia) è previsto che la % di medici in Medicine di Rete (26%), Medicine di Gruppo (48%) e MGI (15%) arrivi all'89%, tale obiettivo è stato ritenuto prioritario anche in funzione della gestione della Fase 2 della gestione del Covid-19 (Allegato A DGR 782/2020).

Obiettivo 1.2.2: Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate: regolare invio IVAQ

Da anni ormai la Regione richiede che nell'ambito dello sviluppo delle medicine di gruppo integrate siano garantiti anche elevati standard informativi, previsti dagli accordi con la medicina generale.

Nello specifico la Regione richiede che ciascuna MGI abbiano un indice IVAQ sufficiente (ovvero superiore a 0,65). L'indice IVAQ è l'Indice di Valutazione di Accuratezza e Qualità del dato della scheda sanitaria individuale informatizzata dei medici di medicina generale. Si tratta di un obiettivo inserito sia nell'accordo integrativo sull'informatizzazione (DGR n.2172/2017) che nel contratto di esercizio delle MGI.

La misurazione di questo indicatore è peraltro subordinata alla soddisfazione del prerequisito di "corretto invio dei valori dell'IVAQ conseguiti da tutti i MMG", storicamente critico per l'ULSS 9, ovvero che devono essere effettuati almeno 2 invii del valore da parte di tutti i MMG aderenti all'Accordo regionale di cui alla DGR n. 2172/2017, attraverso il software di cartella di ogni MMG e inviato su apposita piattaforma regionale.

Obiettivo 1.2.3: Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla DGRV 433 del 06/04/2017

Nel 2021 prosegue l'implementazione del "Piano di attivazione delle strutture di ricovero intermedie" (Ospedali di Comunità, Hospice, URT) previsto dalla DGRV 1714 del 24/10/2017, come modificato dalla DGRV 1107 del 6/8/2020 e recepita con DDG 698 del 03/09/2020.

Le tempistiche e le scelte di priorità di apertura, sono state influenzate dal riacutizzarsi dell'epidemia COVID-19, con soluzioni provvisorie che saranno ricondotte non appena possibile all'interno della programmazione.

In base alla programmazione rimangono da attivare:

- 68 posti letto di Ospedale di Comunità (Isola, Caprino, Nogara, Malcesine), 6 posti letto di Hospice (Bovolone) e 26 posti letto di URT (Marzana, Bussolengo) a gestione diretta;
- 24 posti letto di Ospedale di Comunità Le Betulle (procedura di autorizzazione già conclusa nel 2020), 24 posti letto di Hospice (Negrar, IAA) e 20 posti letto di URT (Negrar) in strutture private accreditate.

Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard

Con la DGR 1075/2017 è stato rivisto il modello organizzativo delle Cure Domiciliari. In particolare la nuova organizzazione prevede che il servizio sia garantito 7 giorni su 7 dalle ore 7,00 alle ore 21,00 sia come programmazione degli accessi che come ricezione delle richieste. Pertanto nel corso del 2020 è prevista una riorganizzazione del servizio ADI per garantire gli standard richiesti. Inoltre per il Distretto 4 è prevista la re-internalizzazione dell'assistenza infermieristica con riduzione dei costi di acquisto di prestazioni a fronte dell'assunzione di personale dipendente.

Il potenziamento dell'ADI ha rappresentato e rappresenta un pilastro nella gestione dei casi positivi al di fuori dell'ambito ospedaliero, ed ha ricevuto ulteriore impulso dalla DGR 782/2020 (Allegato A).

A livello aziendale è attualmente presente un'organizzazione che garantisce la continuità dell'assistenza e che ha una consolidata esperienza di assistenza domiciliare integrata (ADI). Nel piano triennale di programmazione aziendale sono presenti obiettivi strategici e standard di riferimento relativi alla capacità di presa in carico e alle caratteristiche organizzative del servizio. Dopo la fusione delle tre ex aziende è stata unificata la cartella ADI ed è stata ampliata la copertura oraria di presenza e di contattabilità del personale infermieristico, tuttavia rimangono i seguenti ambiti di sviluppo:

- completare il processo di internalizzazione dell'attività delle cure domiciliari
- implementare le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento per COVID-19 anche ospitati presso le Residenze Sanitarie Assistite, oltre che per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti e, in generale, per le situazioni di fragilità
- integrare funzionalmente l'attività infermieristica domiciliare con l'attività delle U.S.C.A.
- informatizzare la cartella del paziente ADI già unificata

OSPEDALE

Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard e Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali

Piano Operativo per il recupero delle liste d'attesa

Tra gli obiettivi più rilevanti dell'azienda nel corso del 2021 e presumibilmente anche nel 2022, c'è il recupero delle prestazioni sospese e rinviate durante i mesi più duri della pandemia, ricominciando a dare risposte ai bisogni sanitari inevitabilmente compressi fino al primo semestre 2021.

A seguito delle sospensioni delle attività programmate – avvenute dal 10 novembre 2020 al 31 gennaio 2021 per l'attività specialistica ambulatoriale, dal 10 novembre 2020 al 7 febbraio 2021 per l'attività di ricovero e l'ulteriore sospensione avvenuta dal 29 marzo al 26 aprile 2021 – la Giunta Regionale ha approvato la dgr n. 759 del 15 giugno 2021. Con tale atto sono stati approvati i criteri generali sulla base dei quali ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale – SSR dovrebbe elaborare la proposta per il recupero delle prestazioni non erogate nelle specifiche realtà sanitarie.

Con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020, la Regione ha approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa di cui al decreto legge n. 104 del 14 agosto 2020, ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, della l. n. 126 del 13 ottobre 2020.

L'obiettivo del Piano operativo regionale di recupero, successivamente declinato nei piani operativi aziendali attuativi, è il recupero, in tempi congrui, delle liste di attesa sia per i ricoveri ospedalieri che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha provveduto a presentare il proprio piano con nota prot. 113827 del 30.06.2021, successivamente aggiornandone i valori a settembre.

Il Piano, particolarmente sfidante in termini di recupero, ha previsto un recupero di 3.126 ricoveri, 208.184 prestazioni ambulatoriali e 58.631 analisi di screening, aggiornati a settembre in circa 2.050 ricoveri, 138.000 prestazioni e 29.000 prestazioni di screening, tramite cui ripristinare i volumi medi mensili pre-covid (secondo semestre 2019) e recuperare i casi rimasti in lista d'attesa nel periodo covid.

L'attuazione del Piano prevede l'attivazione di prestazioni aggiuntive, remunerate con risorse predisposte al recupero delle liste d'attesa, ed il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati.

Da rilevare che per il 2021, dopo una sospensione per l'anno 2020, la Regione richiede come obiettivo assegnato all'azienda, il rispetto dello standard del 95% di prestazioni in classe B con tempo di attesa rispettato secondo la normativa vigente.

Indicatori relativi al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

L'ULSS 9 presentava prima della pandemia un tasso di ospedalizzazione superiore allo standard di 135 ricoveri per mille abitanti, e quindi il governo dell'assistenza ospedaliera rappresenta un fattore cruciale sia sul piano della soddisfazione della domanda che delle compatibilità economiche.

La qualità e completezza dell'assistenza ospedaliera, rappresentano la chiave per ottimizzare la rete di ospedali gestiti dall'ULSS e ridurre gli accessi presso le altre strutture, ed anche, come la recente esperienza ha evidenziato, per affrontare le emergenze pandemiche.

L'articolazione e integrazione delle funzioni, delle specialità e dei servizi di diagnosi e cura tra gli ospedali aziendali ha già permesso e permetterà sempre più in futuro di implementare percorsi diagnostico terapeutici finalizzati alla completa presa in carico del paziente evitando così, nel rispetto delle reti hub e spoke, il ricorso a strutture ospedaliere extra aziendali o a convenzioni passive (Cardiologia Interventistica e radioterapia per es). Sarà inoltre possibile garantire standard minimi di volumi ed esiti come azienda Ulss 9 e standard relativi ai tempi di attesa.

Nella Tabella 7 si riportano gli indicatori Grezzi del Treemap del Piano Nazionale Esiti (ovvero gli indicatori presi a riferimento per la valutazione sintetica del PNE). A livello nazionale il dato grezzo sarà oggetto di aggiustamento in funzione dei fattori di rischio dei pazienti assistiti.

Tabella 7 - Principali indicatori GREZZI del PNE per gli ospedali a gestione diretta (fonte Sistema epidemiologico regionale)

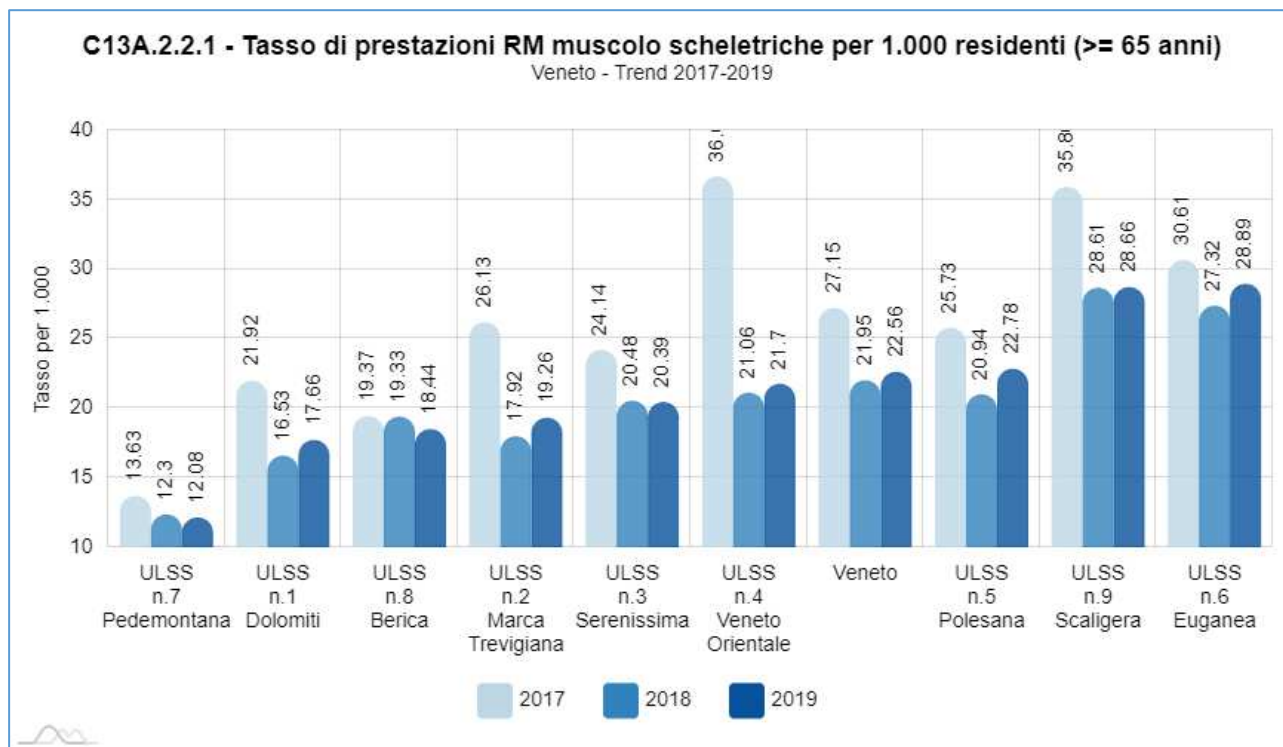
AreaClinica/indicatore		Struttura							
		05050901- OSPEDALE DI LEGNAGO		05050903- OSPEDALE DI SAN BONIFACIO		05050905- OSPEDALE DI VILLAFRANCA		05050906- OSPEDALE DI BUSSOLENGO	
		N	Valore	N	Valore	N	Valore	N	Valore
1-Apparato Cardiocircolatorio	IMA: mortalità a 30 giorni	149	12,1	100	10	44	18,2	2	100
	IMA: % trattati con PTCA entro 2 giorni	149	67,1	98	29,6	43	2,3	2	0
	Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni	331	5,4	243	11,5	147	7,5	45	2,2
	Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	32	0	1	0				
2-Sistema Nervoso	Ictus: mortalità a 30 giorni	238	6,3	62	16,1	27	3,7	20	10
3-Apparato Respiratorio	BPCO: mortalità a 30 giorni	239	9,2	124	8,9	108	13,9	28	3,6
4-Chirurgia Generale	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-op.<3 giorni	154	90,3	144	91,7	80	86,3		
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol>90 casi	210	99	208	100	108	100		
5-Chirurgia Oncologica	TM polmone: mortalità a 30 giorni	35	0	12	0				
	TM stomaco: mortalità a 30 giorni	22	13,6	26	0			1	0
	TM colon: mortalità a 30 giorni	113	7,1	96	3,1	36	0	15	0
	Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo (mammella)	61	13,1	86	12,8	33	9,1		
	Intervento per TM mammella: % interventi in reparti con vol>135 casi	133	0	155	100	51	0		
6-Gravidanza e parto	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	649	14,5	987	11,1	600	18,2		
	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1.170	0,3	1.892	1,6	703	0	265	0,8
	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	418	0,7	411	1,2	232	0,9	88	0
7-Apparato Osteomuscolare	Frattura di femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	152	67,8	185	61,6	127	40,2		
	Frattura tibia e perone: attesa mediana per intervento	27	9	18	6	20	4,5		

Note: Dati SDO 2019 al 7 Aprile 2020

Obiettivo 1.4.1: Governo della domanda di Prestazioni Specialistiche

Il principale indicatore sull'appropriatezza dei consumi di assistenza specialistica del Sant'Anna (Tasso di prestazioni RM muscoloscheletriche >65 anni) evidenzia una situazione critica, e nella sua versione regionale (obiettivo D.E.2.1 ex DGR 248/2019) l'ULSS 9 risulta la peggiore nel 2019.

Figura 2 - Indicatore C13a.2.2.1 Network Sant'Anna



In merito all'assistenza specialistica, la presenza delle alte specialità nell'AOUI di Verona e di un numero di strutture private di grande rilevanza, rende complesso il governo del fenomeno che coinvolge sia i medici prescrittori (territorio ed in ospedale) sia gli erogatori. Per questo l'obiettivo ha una trasversalità molto ampia e coinvolge sia le strutture dedicate alle cure primarie, che i reparti ospedalieri sia chi si occupa dei rapporti di convenzione.

Piano di Recupero Liste d'Attesa

Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali e Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica

Con DGR 1061 del 3 agosto 2021, la Regione ha proceduto all'aggiornamento Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 23 luglio 2021, n. 106.

Il Piano Operativo Regionale contiene, in sintesi, le disposizioni, i criteri e gli strumenti atti a consentire il recupero, in tempi congrui, delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica relative ai ricoveri ospedalieri, alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e agli screening oncologici. In tal senso il Piano Operativo Regionale indica, in apposite tabelle, la quantità complessiva delle prestazioni che, a seguito della sospensione dell'attività ordinaria causata dall'emergenza pandemica, non sono state ancora erogate e la programmazione per il recupero delle prestazioni così come emersa dall'analisi delle proposte pervenute da parte delle Aziende Sanitarie.

L'ULSS 9 Scaligera ha presentato con nota prot. 113827 del 30 giugno 2021 il proprio Piano, basato essenzialmente sul ripristino nel secondo semestre 2021 dei volumi medi mensili del 2019, aggiornandolo il 30 settembre con nota prot 171543 in occasione della trasmissione del progetto di acquisto di prestazioni dai soggetti privati accreditati ai sensi della DGR 925/2021.

La Regione richiede l'Adozione e applicazione dei provvedimenti di aggiornamento del Piano Operativo recupero delle liste d'attesa ed il raggiungimento dei medesimi volumi di prestazioni mensili, garantiti precedentemente all'epidemia, con riferimento all'esercizio 2019.

Servizi Socio-Sanitari

Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale

L'area della salute mentale è stata oggetto di notevoli interventi sia a livello di programmazione regionale che di revisione organizzativa aziendale. Con la DGR 958/2021 in particolare viene richiesto:

- Definizione di un modello di integrazione dipartimentale aziendale ed interaziendale per l'ottimizzazione della gestione delle guardie attive/reperibilità. In particolare va utilizzato il modello Hub e Spoke in relazione alla casistica dell'utenza ed al potenziale grado di acuzie psicopatologica.
- Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso.

Inoltre viene confermato l'obiettivo di ridurre la percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria. L'indicatore rappresenta una misura proxy dell'efficacia degli interventi di presa in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche.

Sul piano della programmazione, la DGR 1673/2018 ha definito, sulla base di un fabbisogno stimato per la popolazione residente, le dotazioni di posti letto massime per le ULSS del Veneto e stabilito le tariffe massime applicabili alle differenti tipologie di servizio. La ULSS, in applicazione della DGR 1437 del 01.10.2019, deve provvedere alla conclusione del processo di riorganizzazione entro marzo 2021. Pertanto l'azienda ha presentato ai competenti uffici regionali un piano aziendale che è stato oggetto di monitoraggio ed inviato in Regione con nota prot. 104169 del 30 giugno 2020.

Le priorità di tale piano erano per il 2020:

- l'apertura di una CTRP per giovani affetti da patologie psichiche (differita nel 2021), in modo da evitare un loro inserimento diretto tra gli adulti dopo il compimento dei 18 anni
- l'adeguamento in aumento delle tariffe vigenti per i servizi ad intensità assistenziale minore (Gruppi Appartamento).

Infine, tra gli obiettivi di rilievo per la Salute mentale, c'è la revisione della forma di gestione della REMS; è infatti in corso il passaggio dalla gestione tramite società esterna, ad una gestione integralmente affidata al personale dipendente.

Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani

La Regione con la DGR 306/2021 ha stabilito di supportare in termini di assistenza infermieristica i Centri di Servizi per anziani non autosufficienti. Infatti a fronte della conclusione di diverse selezioni di personale a livello regionale tramite concorso pubblico, una parte rilevante di personale di tali strutture assistenziali sarebbe rapidamente stata assunta dall'ULSS mettendo in crisi il sistema di accoglienza degli anziani.

Gli obiettivi delle disposizioni regionali sono i seguenti:

- Limitare il ricorso alle strutture sanitarie per acuti in relazione a problemi di natura assistenziale gestibili presso le strutture socio sanitarie per anziani;
- Favorire l'omogeneizzazione dei comportamenti e la diffusione di buone pratiche assistenziali mediante l'integrazione del personale infermieristico dipendente delle Aziende Ulss nelle équipe assistenziali delle strutture socio-sanitarie per anziani, garantendo nel contempo la massima sicurezza ad operatori ed utenti.

Gli interventi prevedono l'individuazione, tramite manifestazioni di interesse, da parte delle Aziende Ulss del personale da destinare alle attività del progetto, la stipula di un protocollo d'intesa tra l'Azienda Ulss e il Centro di Servizi interessato, la costituzione di pool infermieristici "dedicati" per singolo Centro di Servizi con assegnazione temporanea del personale, il quale deve svolgere l'attività al di fuori dell'orario di servizio.

L'Azienda deve pertanto provvedere al supporto dell'assistenza infermieristica nei Centri di Servizi nel rispetto della programmazione della CRITE.

3.1.3. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria

Obiettivo 2.2.2 - Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva

L'azienda Ulss 9 nell'ultimo triennio ha presentato alcune criticità in merito al puntuale rispetto dei tetti di spesa fissati da Azienda Zero.

Per tutti i tetti di costo l'azienda ha sempre posto in essere un attento monitoraggio e l'assegnazione dei budget alle unità operative ospedaliere e territoriali. Gli eventuali scostamenti sono oggetto di valutazioni e azioni correttive per ricondurre i costi aziendali all'interno degli standard regionali.

I tetti del 2020 erano definiti in riferimento al solo secondo semestre 2020, per questo è complesso metterli a confronto con i dati annuali.

Nell'anno 2020 l'azienda ha rispettato il tetto di spesa assegnato per il personale, per l'acquisto diretto di farmaci e il tetto di costo dei dispositivi medici e dispositivi medici in vitro valutato, mentre ha registrato il superamento dei tetti di costo assegnati per:

- a. Farmaceutica convenzionata che ha registrato un valore superiore all'obiettivo di 335.000 euro pari allo +0,74%. Da ciò consegue la necessità di miglioramento dell'aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica, un aumento della distribuzione di farmaci attraverso l'ADI, incontri con i MMG che presentano una spesa farmaceutica elevata; Per l'anno 2021, la Regione ha definito anche un tetto per la DPC.
- b. Costo pro capite pesato diretta di classe A-H che segnala uno scostamento di +6,50 euro/procapite (+9,29%). Dovuto anche ad un incremento dei pazienti trattati. Sul valore pesa molto l'AOUI che eroga il 51% del totale di farmaci di classe A-H ma anche gli ospedali di Negrar e Peschiera.
- c. Costo pro capite per Assistenza protesica maggiore che registra un valore superiore alla soglia obiettivo di 0,11 euro/procapite (+2,6%), tuttavia in miglioramento rispetto al valore anno 2019 di € 5,14 /procapite. Persiste un incremento di richiesta di ausili per pazienti con malattia rara. Sono in aumento sia le domande di sostituzione integrale di esoprotesi cocleari, sia le prescrizioni di sollevatori a soffitto che di carrozzine elettriche e propulsori. L'emergenza in corso ha inoltre prodotto una maggior richiesta di dispositivi per la ventilazione (concentratori - saturimetri etc.). Le azioni correttive attivate dall'Ulss 9 per il contenimento della spesa della protesica maggiore sono l'utilizzo massivo della gara Regionale sull'elenco 2b decreto Regionale 03/01/17 e Delibera Azienda Zero n° 532 del 28/10/2019; riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini, con la possibilità di un miglior utilizzo dei presidi presenti presso gli stessi con una ricerca non più distrettuale; Condivisione di criteri di appropriatezza, e di verifica del sotto utilizzo con i medici di medicina generale e gli specialisti ULSS e delle strutture private accreditate e approvazione di linee guida per la gestione dei presidi erogati in dimissione protetta; Riduzione dell'erogazione di presidi standard presso i centri servizi; Controllo e verifica della spesa di presidi presenti nell'allegato 5 2a 2b non soggetti a gara regionale e autorizzati alla migliore offerta.
- d. Costo pro capite per Assistenza Integrativa che registra una spesa superiore all'obiettivo di 0.90 euro procapite (+10,23%), soprattutto a causa della maggiore prevalenza della patologia celiaca in questo territorio rispetto la media regionale.

Rispetto alle disposizioni storiche sui tetti di spesa, per il 2021, la regione ha introdotto due obiettivi specifici:

- **Rispetto dei limiti di costo per DPC:** con questo limite si completa il quadro del controllo sulla spesa per i farmaci che nel complesso, tra distribuzione diretta, DPC e ambulatorio in classe A-H non deve superare i 154€ procapite.
- **Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale:** già previsto come indicatore rilevante ai fini del rispetto a livello ministeriale dei LEA, la verifica riguarderà l'analisi del consumo degli antibiotici sistemici in ambito territoriale valutati come farmaci sentinella /traccianti per 1000 abitanti e prenderà in considerazione i consumi derivanti dai flussi della farmaceutica pertinenti. Il valore dell'indicatore dovrà essere inferiore al valore medio delle tre migliori performance aziendali della Regione nell'anno 2020.

Tabella 8 - Analisi consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale

tabella 1: Consumo di antibiotici in ambito territoriale in DDD dettagliato per AS di residenza, anni 2016, 2019, 2020

azienda residenza	Anno 2016			Anno 2019				Anno 2020				
	ddd tot	popolazione pesata	DDD 1000 abitanti die	ddd tot	popolazione pesata	DDD 1000 abitanti die	var % vs 2016	ddd tot	popolazione pesata	DDD 1000 abitanti die	var % vs 2016	var % vs 2019
501. Dolomiti	848.224	228.284	20,64	779.321	222.948	19,42	-5,9%	588.573	221.265	14,78	-28,4%	-23,9%
502. Marca Trevigiana	3.717.837	857.705	24,08	3.768.106	862.737	24,26	0,8%	2.789.862	864.997	17,92	-25,6%	-26,2%
503. Serenissima	2.763.464	683.796	22,45	2.720.722	664.028	22,76	1,4%	2.030.285	660.708	17,07	-24,0%	-25,0%
504. Veneto Orientale	1.013.499	219.722	25,63	1.003.037	233.512	23,86	-6,9%	752.745	233.563	17,90	-30,1%	-25,0%
505. Polesana	1.200.937	267.844	24,91	1.128.753	260.784	24,05	-3,5%	822.790	258.366	17,69	-29,0%	-26,4%
506. Euganea	4.297.599	925.584	25,80	4.210.089	927.333	25,22	-2,2%	3.063.528	930.137	18,30	-29,1%	-27,5%
507. Pedemontana	1.384.371	355.614	21,63	1.449.477	357.111	22,55	4,3%	1.073.839	357.869	16,67	-22,9%	-26,1%
508. Berica	2.073.177	477.273	24,13	2.000.170	477.503	23,27	-3,6%	1.479.312	479.328	17,15	-29,0%	-26,3%
509. Scaligera	4.382.561	899.300	27,07	4.163.742	899.899	25,70	-5,1%	3.137.066	901.472	19,33	-28,6%	-24,8%
Regione Veneto	21.681.671	4.915.122	24,51	21.223.415	4.905.854	24,03	-1,9%	15.737.999	4.907.704	17,82	-27,3%	-25,9%

indicatore 1: riduzione >10 % del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale nel 2020 rispetto al 2016
 Fonte dati: convenzionata e DDF3
 ddd: utilizzata anagrafica Sant'Anna perché per gli antibiotici più aggiornata rispetto a quella ministeriale

Viene di seguito riportata la nuova formulazione dei limiti di costo e dei valori pro-capite dei beni sanitari per l'AULSS 9:

Tabella 9 - Limiti di Costo 2021 Decreto n.80 del 30 luglio 2021 e n.108 del 14 ottobre 2021

	TETTO 2021	
FARMACI ACQUISTI DIRETTI	€	53.166.186
DISPOSITIVI MEDICI (esclusi IVD)	€	25.792.558
IVD	€	7.581.981
FARMACEUTICA	€	90.167.374
PROTESICA PRO-CAPITE	€	9,70
INTEGRATIVA PRO-CAPITE	€	16,40
PERSONALE	€	292.752.971
DPC Farmaci	€	30.047.287

Di cui 120.861 Farmaci innovativi e 6.184.616 per oncologici innovativi (compresi privati accreditati 3.054.542 per ospedale di Negrar e 2.011.212 per Casa di Cura Pederzoli))

Obiettivo 2.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento: tempestività dei pagamenti ai sensi dell' art 41 D.L. n. 66/2014

Il tema è divenuto di estrema rilevanza per il ciclo della performance alla luce delle disposizioni della Legge di Bilancio 2019, che prevedono una penalizzazione economica per il management, ed a cascata per il personale, delle aziende che non rispettino i tempi di pagamento.

L'ULSS 9 presenta a tutt'oggi, una situazione positiva (indicatore dei tempi di pagamento inferiore a zero), ma secondo una batteria di indicatori che esprime meglio la qualità del processo di pagamento, esistono ulteriori aree da monitorare.

Per questo l'Azienda ha promosso un'analisi del ciclo passivo e predisposto strumenti informatici idonei a sospendere la decorrenza dei tempi di pagamento a fronte di motivazioni legittimamente opponibili ai fornitori (ad esempio assenza di CIG in fattura).

Inoltre è stato reingegnerizzato il processo di liquidazione, responsabilizzando liquidatori e pagatori al rispetto di tempistiche standard.

Permane una situazione di adempienza parziale in merito all'incidenza percentuale del pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato.

3.1.4. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi

Obiettivo 3.1.1: Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr

Gli investimenti nell'area informatica che l'azienda ha individuato come prioritari nel Piano Investimenti 2020-2022, in parte già autorizzati e finanziati CRITE, riguardano importanti interventi relativi alla ristrutturazione della rete

informatica e alla copertura wifi delle strutture ospedaliere e di residenzialità extra ospedaliera, l'acquisizione di carrelli e pc portatili per le unità di degenza e gli ambulatori in quanto adeguamento hardware indispensabile per il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero, l'implementazione del Fascicolo sanitario Elettronico (FSEr).

Per l'attivazione del FSEr nel 2019 è stato realizzato l' adeguamento del sistema informatico aziendale, con particolare riferimento alla gestione degli aspetti privacy legati al cosiddetto "Confidentiality Code": sostituzione dei personal computer in uso per un corretto e affidabile supporto delle attività, sostituzione della firma digitale in uso "tradizionale".

L'Azienda per il 2021 ha previsto di attuare il piano di adeguamento tecnico-organizzativo secondo le tempistiche previste da Azienda Zero. In particolare nel primo semestre 2020, sono proseguite le attività che sono state avviate nel corso del II° semestre 2019 relative a:

- aggiornamento e messa in produzione degli applicativi aziendali per la gestione del livello di riservatezza e del consenso FSE, secondo le indicazioni di Azienda Zero;
- mantenimento/miglioramento Indice Qualità Indicizzazione per tutte le tipologie di documenti clinici indicizzati nel FSE.

Mentre non è proseguita, a causa dell'epidemia COVID -19 la formazione sui contenuti propri del FSE con particolare attenzione alla corretta gestione dei livelli di confidenzialità dei documenti (privacy).

La DGRV 782/2020 dedica l'allegato H al FSEr dettagliando le azioni di accelerazione, rafforzamento ed estensione delle disposizioni in essere, introducendo alcune variazioni rispetto all'approccio tenuto fino a questo momento dalla Regione Veneto per l'attuazione di quanto asserito negli articoli n. 11 e n.12 del Decreto legge n.34/2020 che più esplicitamente si rivolgono all'ambito del FSEr.

Nel breve-medio termine sono individuati in particolare alcuni filoni operativi: l'adeguamento della gestione del consenso a ogni livello in cui esso è rilevato, revocato, e gestito: distretti, URP, MMG/PLS (tutti gli applicativi), l'aggiornamento dell'analisi del modello del consenso, un'accelerazione nella trasmissione al sistema TS dei dati relativi a avviso di morte, certificato necroscopico, denuncia causa di morte, attestazione nascita, dichiarazione di nascita. A livello aziendale sarà rispettato l'eventuale piano di adeguamento tecnico-organizzativo secondo modalità e scadenze richieste da Azienda Zero.

Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informatici

Il numero e la complessità dei flussi informativi che l'azienda produce ed invia in ragione del debito informativo previsto dalla normativa è in continua crescita.

Gli standard di qualità e tempestività minimi richiesti si stanno via via irrigidendo, e richiedono puntuali interventi (ad esempio la recente richiesta di riconciliazione dei flussi relativi ai farmaci con le evidenze raccolte dal ministero presso i Produttori). Su questo è chiara sia la politica regionale che nazionale.

L'invio tempestivo, completo e corretto di tutti i flussi informativi rappresenta un pre-requisito al sistema premiante del Direttore Generale ai sensi della DGR di assegnazione degli obiettivi. Pertanto tutte le strutture aziendali che intervengono nel processo cui segue l'alimentazione del flusso, che abbiano o meno un ruolo diretto nell'elaborazione informatica, sono chiamate a mettere in qualità i propri processi al fine di minimizzare gli errori ed i tempi e rispettare gli standard regionali.

La situazione risulta particolarmente delicata in quanto in attesa che la riorganizzazione regionale produca i suoi effetti di centralizzazione e vi sia la piena disponibilità dei servizi di Azienda Zero in ambito informatico, non è al momento possibile impiegare risorse adeguata agli investimenti necessari all'integrazione dei sistemi informativi delle precedenti ex ULSS oggi fuse nella Scaligera.

Questa situazione richiede quindi di dare risposte organizzative laddove le procedure informatiche non permettono automaticamente ed efficientemente la produzione dei flussi richiesti.

Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi (SIO - Sistema Informativo Ospedaliero)

Tutte le aziende del Veneto sono state chiamate ad implementare, secondo specifica programmazione regionale, il nuovo Sistema informativo Ospedaliero, il cui sviluppo è stato oggetto della recente assegnazione di un'importante gara regionale.

Superata la fase iniziale e prodromica (che ha parzialmente avuto luogo anche nel 2020), l'Azienda deve presentare uno specifico piano aziendale di implementazione delle attività previste per:

- Acquisizione / adeguamento repository
- Migrazione documenti

- Migrazione dei dati clinici strutturati
- Gestione integrazioni SIO/sistemi aziendali

Il piano deve prevedere per ogni azione, il responsabile e le date di inizio/fine.

Successivamente la regione condurrà una serie di test di verifica. La regione ha definito specifici obiettivi dell'azienda per il 2021:

- S.B.2.3 Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico).
- S.B.2.4 Implementazione secondo cronoprogramma:
 - a) Dataset configurazione SIO
 - b) Dati e documenti clinici
 - c) Dati transazionali"
- S.B.2.5 Adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite

3.1.5. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale

Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line

La progettualità regionale sulle prenotazioni on-line, tesa a permettere di rendere autonomo il cittadino nella gestione delle proprie prenotazioni di prestazioni sanitarie, ha individuato i principali obiettivi già nel 2020, ma ha dovuto far slittare tutte le scadenze al 2021.

Tra gli aspetti che la Regione intende valutare ci sono:

- La Stabilità e performance dei servizi interoperabilità CUP, eliminando o comunque minimizzando gli impatti dei “disservizi”, ovvero le situazioni in cui la piattaforma online dia esito negativo (“fatal-error”) al tentativo di effettuare una prenotazione, o comunque non risponda per più di 30 secondi (NC).
- Il Monitoraggio di utilizzo transazione MEF-20, ovvero che tutte le transazioni siano correttamente registrate nei sistemi regionali (ovvero la MEF-20 risulta essere stata effettuata)
- Il tempo di ripristino degli eventuali disservizi dovrà essere inferiore a 24 ore e la durata cumulativa dei disservizi registrati dovrà essere inferiore a 48 ore.
- Rispetto dei requisiti minimi di accessibilità relativamente alla documentazione resa disponibile in formato digitale (PDF) dalle Aziende all'assistito che abbia effettuato una prenotazione non a sportello

Obiettivo 4.1.4: Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management

La Regione intende fare un investimento formativo sul tema del Project management, Operations management e Lean management al fine di snellire, rendere più efficienti e mettere in sicurezza i processi aziendali. Pertanto richiede di Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese, ed applicarne i principi in un Progetto di miglioramento dell'utilizzo delle sale operatorie. Infatti al fine di implementare un sistema di indicatori regionale risulta fondamentale la misurazione nei gestionali di sala operatoria dei seguenti tempi: Tempo ingresso in blocco; Tempo di induzione anestesia; Tempo di ingresso in sala; Tempo inizio incisione; Tempo di fine sutura; Tempo uscita sala; Tempo uscita blocco.

Risulta inoltre essenziale per il calcolo degli indicatori anche la rilevazione Tempo di programmazione dell'utilizzo della sala (es. 8.00-20.00, 8.00-14.00, 8.00-18.00).

Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU). È un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono

sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi.

Il dispositivo RRF richiede agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo Piano, che si articola in sei Missioni e 16 Componenti, beneficia della stretta interlocuzione avvenuta in questi mesi con il Parlamento e con la Commissione Europea, sulla base del Regolamento RRF. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute. Il Piano è in piena coerenza con i sei pilastri del NGEU e soddisfa largamente i parametri fissati dai regolamenti europei sulle quote di progetti "verdi" e digitali.

La Regione del Veneto, con la DGR n. 1529 del 17 novembre 2020 "Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) " ha definito il proprio piano ed avviate le prime fasi di attuazione, che per il SSR riguardano in modo particolare:

- a) M6C1 – Inv.1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona
- b) M6C1 – Inv.1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- c) M6C1 – Inv.1.3 Ospedali di Comunità
- d) M6C2 – Inv.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero
- e) M6C2 – Inv.1.2 Ospedale sicuro e sostenibile
- f) M5C2 – Inv.1.1 sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti

La verifica riguarderà il rispetto dei tempi alle richieste regionali come da note dell'Area Sanità e Sociale e o della Direzione Edilizia Ospedaliera e Finalità Collettive in attuazione del PNNR (esempio individuazione delle case di comunità, ecc.)

Obiettivo 4.4.1: Rispetto normativa Anticorruzione - Applicazione del PTPCT

Gli obiettivi aziendali per l'anno 2021 sono i seguenti:

1) Anticorruzione:

Proseguire lo studio dei processi. L'Azienda ha ritenuto rilevante pianificare obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi. Tali attività fanno parte delle azioni formative ma di fatto garantiscono la consulenza e assistenza continuativa ex ante finalizzata alla definizione di presidi idonei a garantire la prevenzione dei rischi di non conformità prestata ai soggetti rilevanti ai fini dell'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari relative allo svolgimento dei servizi.

Tale sistema tiene in adeguata considerazione i modelli di riferimento e le best practices esistenti in ambito nazionale e internazionale, impone ai Responsabili delle Strutture Complesse il controllo di primo livello. Si chiede infatti attraverso lo studio dei processi, sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di individuare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione e di collegarli puntualmente ai processi organizzativi. Con l'aiuto dell'Internal Audit viene poi completato lo studio sotto l'aspetto della valutazione e ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi permettendo, così, di graduare le priorità di intervento. In considerazione del fatto che gran parte dell'attività è stata fatta già nel 2019, e nell'anno 2020 è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Nel corso del 2021 sono stati previsti corsi di formazione per lo studio dei rischi relativi ad alcuni processi considerati rilevanti, come previsto dal P.T.P.C.T., che hanno avuto luogo in modalità a distanza anche durante il periodo di emergenza Covid.

2) Trasparenza:

In coerenza con il Piano, l'obiettivo di base per la trasparenza è l'inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Tutte le unità operative coinvolte dai processi oggetto di attenzione ai fini della normativa anticorruzione, nonché tutte le unità con oneri di pubblicazione, vedono inclusa nella propria scheda budget, specifici indicatori, verificati dalla preposta struttura aziendale.

3.2. Documento delle Direttive 2021

Il presente piano integra il Documento delle Direttive, nel quale sono stati riportati gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione coerenti con gli obiettivi assegnati all'Azienda dal livello regionale.

Il Documento delle Direttive esplicita la gerarchia delle responsabilità aziendali per il conseguimento degli obiettivi. Viene innanzitutto individuata la Direzione Strategica di riferimento che a sua volta individua nell'ambito dell'Area l'Unità Operativa "Capofila". L'Unità Operativa "Capofila" sarà chiamata a proporre, coordinare e monitorare le azioni delle Unità Operative coinvolte, riferendo alla Direzione Strategica l'andamento aziendale. Nel caso di obiettivi riferiti direttamente a più unità operative omogenee, ad esempio le UU.OO.CC. Farmacia di ciascun ospedale o le UU.OO.CC. Cure Primarie nei diversi distretti, ciascuna UOC risponde per la parte di propria competenza.

In tabella sono marcati con sfondo verde gli indicatori derivanti dalla DGR 958/2021 (obiettivi assegnati per l'anno 2021), rispettivamente in giallo ed in arancione quelli della DGR 1406/2020 (Obiettivi 2020) e della DGR 248/2019 (Obiettivi 2019) che si ritiene vadano mantenuti per la verifica della strategia aziendale nel triennio 2021-2023.

LEGENDA

DGR 958/2021 P.A.1.1	Indicatore presente nella DGR 958/2021
Obiettivi 2020 assegnati V Commissione H3	Indicatore presente tra gli Obiettivi 2020 assegnati dalla V Commissione Consiliare
DGR 1406/2020 D.I.1.1	Indicatore presente nella DGR 1406/2020 ritenuto ancora attuale
DGR 248/2019 P.E.1.2	Indicatore presente nella DGR 248/2019 ritenuto ancora attuale

** l'UOS Sistemi Informativi è capofila naturale per gli obiettivi delle attività propedeutiche al SIO. A seguito dell'avvicendamento del Dirigente responsabile dell'UOS, il coordinamento di tali attività è rimasto assegnato al Precedente Dirigente (Attualmente responsabile dell'UOC Internal Auditing), come obiettivo di carattere personale.*

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid									
Macro-obiettivo COVID.1 Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione	Obiettivo COVID.1.4: Attuazione di misure per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di Covid-19	DGR 958/2021 P.A.1.1	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	-	5.000 test/die di cui 2.900/die molecolari (media set-dic 2020, dopo avvio impiego antigenici)	5.500 Test/die, di cui 2.200/die Molecolari, su tutta la provincia	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.1.2	Rafforzare le azioni di contact tracing	-	33,21% dei casi con data inizio tra il 1/10 ed il 31/12/2020 ha almeno un contatto identificato	≥ 70%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
	Obiettivo COVID.1.5: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	DGR 958/2021 P.C.1.1	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive	-	25% (Fonte SPISAL ULSS 9)	≥ 15%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SPISAL
Macro-obiettivo COVID.2 Potenziamento dell'assistenza territoriale	Obiettivo COVID.2.1 Efficacia del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale di cui al DL 34/2020 e alla DGR 782/2020 (Assistenza domiciliare, USCA, COT)	DGR 958/2021 D.A.1.1	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	-	L'Azienda ha presentato tutte le relazioni richieste	Si relazione trimestrale entro i termini previsti	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione H3	Numero di USCA attivate/USCA Programmate	-	8 su 16 (=50%)	>50%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione H3	Numero medici USCA incaricati/Fabbisogno	-	48 su 107 (=45%)	>30%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione H3	Numero di pazienti in carico/Medico USCA	-	42 (media mensile ott-dic 2020)	>50	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
Macro-obiettivo COVID.2 Potenziamento dell'assistenza territoriale	Obiettivo COVID.3.1 Attuazione della Campagna vaccinale anti COVID-1	DGR 958/2021 P.A.1.4	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	-	53,2% (report della Direzione Prevenzione Regione Veneto del 29/4)	≥ 80%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.1.5	Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty – BioNTech/Pfizer	-	-	≥ 30%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
Macro-obiettivo COVID.4 Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti	Obiettivo COVID.4.1 Contenimento contagi nelle strutture residenziali	DGR 1406/2020 D.l.1.1	Piano di Sanità Pubblica per le Strutture residenziali	-	Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica specifico per le strutture residenziali per anziani	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DSS	UU.OO.CC. Cure Primarie
Macro-obiettivo COVID.5 Riorganizzazione della rete ospedaliera	Obiettivo COVID.5.1: Riorganizzazione della rete ospedaliera volto a fronteggiare emergenze pandemiche	DGR 958/2021 O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	-	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	100% di quanto previsto dal piano	Coerente con il Piano Pandemico	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 958/2021 O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	-	-	100%	100%	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione H1	Sicurezza del paziente, limitazione del rischio di contagio e attivazione specifici percorsi in ambiente ospedaliero	-	Presenza di misure e protocolli per gestione percorsi pazienti COVID per area internistica, area emergenza ed area	Attuazione dei protocolli ed azioni di miglioramento	Attuazione dei protocolli ed azioni di miglioramento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
					pediatrica.				
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione H2	Coordinamento e monitoraggio delle attività di competenza relative all'attuazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui alle DGR 552/2020 e DGR 1103/2020	-	Rispetto delle richieste regionali	100% PL attrezzati	Mantenimento dei PL attrezzati	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 958/2021 S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	-	Rispetto delle richieste regionali	raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda aggiornato al 30 maggio 2021	/	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Macro-obiettivo COVID.7 Sistema informativo COVID-19	Obiettivo COVID.7.1 Sistemi Informativi Covid	DGR 958/2021 P.A.1.3	Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	-	77% di casi sintomatici con inserimento della data di inizio sintomi	≥ 60%	/	DS	UOC SISP
Area Strategica 1: Erogazione dei LEA									
Macro-obiettivo 1.1 Prevenzione	Obiettivo 1.1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	DGR 958/2021 P.A.3.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,50%	95,60%	≥ 95%	tutte ≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.3.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95,90%	94,90%	≥ 95%	≥ 95%	DS	UOC SISP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 958/2021 P.A.2.1	Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età >= 60 anni	57,02% (copertura >= 65 anni)	54,90%	≥ 75%	≥ 75%	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.2.2 e V Commissione H4	Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	-	37,50%	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOC SISP
	Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening	DGR 958/2021 P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	61%	54%	≥ 65%	≥ 65%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 958/2021 P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	53%	33%	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 958/2021 P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	51%	54%	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 2133/2016 e s.m.i.	Esecuzione delle attività previste dal Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta ai PFAS	Eseguita	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività	Rispetto della programmazione	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
	Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro	DGR 958/2021 P.B.1.1	Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP): Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	-	-	≥ 95%	≥ 95%	DS	UOC SPISAL

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.1.4: Esecuzione dei Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare	DGR 958/2021 P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	3%	7,39%	≥ 3% delle aziende	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	2,20%	5,67%	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.3	% capi ovicaprini controllati per anagrafe	9,90%	10,67%	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.4	% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,80%	1,00%	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.5	% aziende equine controllate per anagrafe	3,10%	Assegnazione Sospesa	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 248/2019 P.E.1.6	% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,40%	0,12%	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 958/2021 P.E.2.1	Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	-	-	>1	>1	DS	Direzione Dipartimento di prevenzione
Macro-obiettivo 1.2 Assistenza Territoriale	Obiettivo 1.2.1: Esecuzione del Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie	DGR 1406/2020 D.T.1.1	Adeguamento della Centrale Operativa Territoriale (COT) alle disposizioni operative previste dalla DGR n.1103 del 6 giugno 2020	n.d.	Rispetto delle richieste regionali	% disposizioni rispettate >90%	Secondo Programmazione Regionale	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 1406/2020 D.H.4.1	Introduzione progressiva dell'infermiere di famiglia (DGR n. 782/2020, DGR n. 1103/2020)	n.d.	Rispetto delle richieste regionali	Secondo Programmazione Regionale	Secondo Programmazione Regionale	DS	Direzione della Funzione Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.2.2: Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate	DGR 958/2021 D.A.2.1	% MGI con valore IVAQ sufficiente ($\geq 0,65$)	Se non viene soddisfatto il prerequisito l'indicatore non è soddisfatto	Il parametro è soddisfatto (Fonte: Direzione della Funzione Territoriale)	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.A.2.1 (req)	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione con almeno 2 invii dei valori IVAQ	32%	100%	100%	100%	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo 1.2.3: Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla DGRV 433 del 06/04/2017	Obiettivi 2020 assegnati V Commissione B1	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità	Apertura ODC, San Bonifacio	Apertura ODC di Velggio, Isola, Caprino, Nogara, Malcesine, Le Betulle	Apertura ODC di Velggio, Isola, Caprino, Nogara, Malcesine, Le Betulle	Secondo Programmazione	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione B1	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Hospice	Attivato Hospice Peschiera	Apertura Hospice di Bovolone, Negrar, IAA	Apertura Hospice di Bovolone, Negrar, IAA	Secondo Programmazione	DS/DA	UOC Cure Palliative
	Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 958/2021 D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	3,41	3,22. (DWH Regionale)	≥ 4 (punteggio parziale se $\geq 2,6$)	≥ 4 (punteggio parziale se $\geq 2,6$)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	2,28	2,18 (DWH Regionale)	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$)	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	2,52	2,43 (DWH Regionale)	≥ 2 (punteggio parziale se $\geq 1,5$)	≥ 2 (punteggio parziale se $\geq 1,5$)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard	DGR 958/2021 D.H.2.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	38,20%	48% (DWH Regionale)	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$)	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	33,60%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	$\leq 20\%$	DS	UOC Cure Palliative
	Macro-obiettivo 1.3 Assistenza Ospedaliera	Obiettivo 1.3.1: Erogazione dell'Attività di Pronto Soccorso secondo gli standard	DGR 248/2019 O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso	04:50	04:51	≤ 4 ore	≤ 4 ore	DS
Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di		DGR 958/2021 O.T.2.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	83,78%	81%	$> 90\%$	$> 90\%$	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Ricovero secondo gli standard	DGR 958/2021 O.T.2.4	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	90,45%	89,6% (DWH Regionale)	>90%	>90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.2.2	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	62,17%	Villafranca (53,33%) e Legnago (49,40%) sono sotto la soglia (DWH Regionale)	> 80%	> 80%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.2.3	% di parti cesarei primari se > 1.000 parti all'anno	Positivo	Tutti gli ospedali entro soglia (DWH Regionale)	≤ 25%	≤ 25%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
			% di parti cesarei primari se < 1.000 parti all'anno		Villafranca (20,14%) unico ospedale sopra la soglia (DWH Regionale)	≤ 20%	≤ 20%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione C2	Attivazioni reti cliniche e tempo dipendenti e loro mantenimento.	Soddisfatto	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
Macro-obiettivo 1.4 Prestazioni Specialistiche	Obiettivo 1.4.1: Governo della domanda di Prestazioni Specialistiche	DGR 958/2021 D.E.3.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.	82,25	67,6 (elaborazione CDG)	valore compreso tra 40‰ e 60‰	valore compreso tra 40‰ e 60‰	DS	UOS Specistica
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	DGR 958/2021 D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	-	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	100% di quanto previsto dal piano	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UOS Specistica
		DGR 958/2021 D.E.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali mensili garantiti nell'esercizio 2019 da luglio 2021	-	-	100%	100%	DS	UOS Specistica

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 958/2021 D.E.2.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	98%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 958/2021 D.E.2.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	99%	99%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	99%	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	99%	95%	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	98%	100%	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 DGR 248/2019 D.E.1.6	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	97%	98%	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 958/2021 O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	-	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	100% di quanto previsto dal piano	Coerente con il Piano Pandemico	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 958/2021 O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	-	-	100%	100%	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 248/2019 O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	94%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.2.2 (19)	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	82%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
Macro-obiettivo 1.6 Attività Sociosanitaria e Sociale	Obiettivo 1.6.1: Attività Sociale	Piani di Zona	Rispetto degli impegni assunti tramite la sottoscrizione dei Piani di Zona	Si	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Approvazione "Piano di Zona Straordinario" Entro il 28/2/2021	Ripianificazione e rispetto dei Piani	DSS	UOC Sociale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale	DGR 958/2021 D.T.1.1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	5,16	9,8 (dato grezzo Fonte:CDG)	< 4 parzialmente soddisfatto se <7	< 4	DSS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 958/2021 D.H.3.1	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	-	-	Si, relazione nei termini previsti (31/03/2022)	Secondo richieste regionali	DSS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 958/2021 D.H.3.2	Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	-	-	Si, relazione nei termini previsti (31/03/2022)	Secondo richieste regionali	DSS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
	Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani	DGR 958/2021 S.A.5.1	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	-	-	100% e rendicontare entro il 31/01/2022	100%	DSS	UOC Risorse Umane
Macro-obiettivo 1.7 Aspetti relazionali con gli utenti	Obiettivo 1.7.1: Corretta rappresentazione delle informazioni per l'utenza sul sito aziendale	Obiettivo Aziendale	Costante aggiornamento del sito aziendale	Si	Si	Si	Si	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing
	Obiettivo 1.7.2: Riduzione reclami pervenuti all'URP	Obiettivo Aziendale	Numero reclami su aspetti relazionali pervenuti all'URP complessi, con responsabilità dell'UOC oggettiva e accertata	Definizione del sistema di monitoraggio e sperimentazione reportistica (78 reclami fondati, su aspetti relazionali nel I semestre 2018)	Avvio monitoraggio e diffusione della reportistica, obiettivo di meno di 3 reclami fondati su aspetti relazionali/anno per ogni UOC	Avvio monitoraggio e diffusione della reportistica, obiettivo di meno di 3 reclami fondati su aspetti relazionali/anno per ogni UOC	Avvio monitoraggio e diffusione della reportistica, obiettivo di meno di 3 reclami fondati su aspetti relazionali/anno per ogni UOC	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing
Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 958/2021 O.T.3.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Positivo	Inoltrata la relazione richiesta	Si entro i termini previsti nel Vademecum	Si	DS	UOS Risk management
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione E2	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	n.d.	Almeno 5 audit su eventi significativi segnalati	Almeno 5 audit su eventi significativi segnalati	Si	DS/DA	UOS Risk management

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
					Realizzazione del sito Rischio Clinico per i cittadini	Realizzazione del sito Rischio Clinico per i cittadini			
Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria									
Macro-obiettivo 2.1 Equilibrio Economico	Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio	DGR 958/2021 S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	-	Rispetto del vincolo al netto dei costi per COVID	Soglia come da delibera di assegnazione risorse LEA	Si	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.2: Mantenimento dei costi entro l'obiettivo prefissato	DGR 248/2019 S.A.1.1 (19)	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	-	≤ 0 (al netto dei maggiori costi connessi all'emergenza Covid-19)	≤ 0 (al netto dei maggiori costi connessi all'emergenza Covid-19)	≤ 0	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.5: Ottimizzazione ciclo attivo e Recupero Crediti	Obiettivo Aziendale	Riscossione Pagamenti tramite il sistema PagoPA	-	Attivazione sistema dei Pagamenti tramite PagoPA	Aumento utilizzo	Utilizzo al 100%	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Macro-obiettivo 2.2 Limiti di Costo	Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari	DGR 958/2021 O.T.1.1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2021	+2,3% rispetto alla soglia	Rispetto del tetto semestrale al netto dei costi per COVID	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia regionale	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.1.2	Limite di Costo Dispositivi Medici 2021	Soglia rispettata	Rispetto del tetto semestrale al netto dei costi per COVID	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.1.3	Limite di Costo IVD 2021	Soglia rispettata	Rispetto del tetto semestrale al netto dei costi per COVID	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
	Obiettivo 2.2.3: Rispetto dei limiti di costo regionali sull'assistenza territoriale	DGR 958/2021 D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	+2,8% rispetto alla soglia	+0,74% rispetto alla soglia	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 958/2021 D.C.1.2	Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale: farmaci sentinella/ traccianti per 1.000 abitanti	-	-	Soglia definita nel Vademecum	Soglia definita nel Vademecum	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 958/2021 O.T.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC 2021	-	-	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 958/2021 D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	€ 18,70	9,7€ nel II semestre	≤ 15 €	≤ 15 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 958/2021 D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protetica	€ 10,43	4,31€ nel II semestre	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo 2.3 Gestione delle risorse finanziarie	Obiettivo 2.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento: tempestività dei pagamenti ai sensi dell' art 41 D.L. n. 66/2014	DGR 958/2021 S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	-15,55	-27,65	≤ 0 gg	≤ 0 gg	DA	UOC Contabilità e Bilancio
		DGR 958/2021 S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	12,35%	Nel secondo semestre 2020 la percentuale è pari al 3,41% (elaborazione UOC Bilancio)	≤ 0 %	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi									
Macro-obiettivo 3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico	Obiettivo 3.1.1: Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSER	DGR 958/2021 S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSER e in tutti i regimi di erogazione	97,17%	-	≥ 98% ; ≥ 95% a seconda della tipologia (v. Vademecum)	≥ 98% per il mantenimento	DS/DA	UOS Sistemi Informativi
Macro-obiettivo 3.2 Qualità e Completezza dei Flussi Informativi	Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informativi	DGR 958/2021 S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	-	Mancato rispetto di alcuni indicatori relativi ai flussi dei beni sanitari	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 958/2021 D.F.1.1 (req)	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protetica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protetica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	90,80%	95,50%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 958/2021 D.H.1 (req a)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	0,52%	0,55%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.1 (req b)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	1,05%	0,35%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 958/2021 D.H.2.1 (req)	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati) : PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	8,08%	4,91%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.T.1.2 (19)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 248/2019 O.A.1.1 (19)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS: % indicatori rispettati	5 su 6 indicatori soddisfatti	100% (non considerato indicatore di coerenza con 2019)	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 958/2021 O.T.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri: % indicatori rispettati	75%	86% (6/7 indicatori)	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM: % indicatori rispettati	67%	83% (6/6 indicatori)	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 958/2021 O.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza del flusso DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%	97,90%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 O.T.2.1 (19)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO: % indicatori rispettati	Positivo	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
	Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi (SIO - Sistema Informativo Ospedaliero)	DGR 958/2021 S.B.2.2	Presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	-	Rispetto delle richieste regionali	Si Secondo cronoprogramma	Si Secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
		DGR 958/2021 S.B.2.1	Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	-	Rispetto delle richieste regionali	≥ 90% items	≥ 90% items	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
		DGR 958/2021 S.B.2.3	Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	-	-	Soglia definita in vademecum	Soglia definita in vademecum	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"	
		DGR 958/2021 S.B.2.4	Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali	-	-	SI secondo cronoprogramma	SI secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*	
		DGR 958/2021 S.B.2.5	Adeguata compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite	-	-	Si Secondo cronoprogramma	Si Secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*	
Area strategica 4: Organizzazione Aziendale										
Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Omogeneizzazione delle procedure e dei processi amministrativi	DGR 958/2021 S.F.1.1	Tempestività nel dare risposta alle richieste della Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza (art. 4 co. 3 ter L.R. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	-	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali	
		Obiettivi 2020 assegnati V Commissione G	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	SI	SI	SI	SI	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali	
	Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line	DGR 958/2021 S.B.3.1	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP		-	-	<5% disservizio	<5% disservizio	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi
		DGR 958/2021 S.B.3.1					≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s		
		DGR 958/2021 S.B.3.2	Monitoraggio di utilizzo della transazione MEF-20	-	-	100%	100%	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi	
		DGR 958/2021 S.B.3.3	Accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	-	-	Tempo di ripristino <24h	Tempo di ripristino <24h	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi	
		DGR 958/2021 S.B.3.4	Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	-	Gli aspetti tecnici sono stati garantiti per l'accesso ai documenti	SI secondo cronoprogramma	SI	DA/DS/DSS	UOS Specialistica	
	Obiettivo 4.1.4: Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	DGR 958/2021 S.A.6.1	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	-	-	SI	SI	DA/DS/DSS	UOS Formazione	
		DGR 958/2021 S.A.6.2	Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti (Utilizzo Sale Operatorie)	-	-	SI	SI	DA/DS/DSS	UOSD Integrazione percorsi ospedalieri	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 4.2 Organizzazione del Lavoro	Obiettivo 4.2.1: Attuazione dell'atto aziendale	Obiettivi 2020 assegnati V Commissione A1	Organizzazione dei distretti conformemente agli atti aziendali approvati	Si	Si	Si	Si	DSS/DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo 4.3 Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici	Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR	DGR 958/2021 S.A.7.1	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	-	-	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Macro-obiettivo 4.4 Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza	Obiettivo 4.4.1: Rispetto normativa Anticorruzione - Applicazione del PTPCT	Disposizioni nazionali Anticorruzione	Svolgimento della formazione specifica del personale come previsto nel PTPCT	Rispettato il Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
		Disposizioni nazionali Anticorruzione	Effettuazione delle analisi del rischio Attività di controllo e misure di prevenzione	Nuovi processi critici sono stati oggetti di analisi	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti	DGR 958/2021 S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	83%	Soddisfazione di tutti i requisiti richiesti	SI	SI	DA/DS/DSS	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.3: Percorso Attuativo della Certificabilità	DGR 248/2019 S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Positivo	Assegnazione Sospesa	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	DA/DS/DSS	UOC Internal Auditing
	Obiettivo 4.4.5: Garantire il rispetto delle disposizioni normative nell'ambito della privacy	Obiettivo Aziendale	Adeguamento organizzativo ed applicazione nuovi regolamenti aziendali	Esecuzione delle attività propedeutiche	Rispetto delle procedure	Codice di condotta per l'utilizzo di dati sulla salute a fini didattici e di pubblicazione scientifica,	Rispetto delle procedure	DA	UOC Affari Generali

4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

4.1. Misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

Obiettivo	L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori.
Indicatore	L'indicatore è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali: comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto); confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard); fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento); affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno); oggettività; attribuibilità. Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.
Infrastruttura di supporto	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della U.O.C. Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.
Processo	Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'O.I.V. secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono: definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale; utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.
Gli strumenti di programmazione e valutazione	Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto: il Piano triennale delle Performance; Documento delle direttive per l'anno di riferimento; Metodologia aziendale del processo di budget; sistema di misurazione e valutazione individuale; la Relazione annuale sulla Performance.
Pubblicità	Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti: il Piano della performance – Documento delle Direttive; la Relazione sulla performance; tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti; i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

4.2. Valutazione della performance organizzativa

4.2.1. Programmazione

La fase di programmazione è di competenza della Direzione Strategica che attraverso il Piano delle performance triennale:

- definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali;
- individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;
- fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso allegato.

Il documento conseguente all'adozione del Piano performance, che costituisce il momento di avvio del processo di budget, è il Documento delle Direttive. Il documento di direttive dovrà essere inviato a tutti i direttori di Struttura al fine di darne la massima diffusione.

4.2.2. Formulazione del Budget

Il Documento delle Direttive viene inviato a tutti i Responsabili di Struttura come strumento di supporto per la definizione degli obiettivi di budget.

L'atto aziendale prevede che la realizzazione degli obiettivi da parte dei singoli centri di responsabilità costituisca oggetto di valutazione per i dirigenti. Le Unità Operative che negoziano il budget sono quelle incaricate di gestire le risorse assegnate, ovvero le Unità Operative Complesse, cui affiancare le Unità Operative Semplici Dipartimentali e le Unità Operative Semplici in staff alle Direzioni strategiche.

L'attività di budgeting, attraverso un percorso di negoziazione, comporta l'individuazione degli obiettivi per le diverse Unità Operative, che rappresentano la base per la costruzione del sistema premiante sia del personale dirigente che del comparto. Al fine di responsabilizzare tutti gli operatori sul piano dei risultati e dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati, a partire dal 2019 viene prevista la possibilità di una pesatura diversa per il medesimo obiettivo tra la dirigenza ed il comparto.

In via sperimentale, per consentire la gestione del ciclo di budget del 2020 ritardato dall'emergenza Covid, e per garantire la continuità nella programmazione aziendale nei primi mesi del 2021, si sono inserite nelle schede budget non ospedaliere i risultati attesi e le pesature, oltre che per il secondo semestre 2020 anche per l'anno 2021, individuando una programmazione a 18 mesi suscettibile di revisione nel 2021 a fronte della variazione del quadro regionale con l'attribuzione di nuovi obiettivi all'azienda.

Si è ritenuto per le schede di budget non ospedaliere, in sede di rinegoziazione degli obiettivi 2021 a fronte dell'emanazione della DGR 958/2021, di negoziare contestualmente la continuità di tali obiettivi nel corso del 2022, sottoscrivendo quindi una scheda di budget rinegoziata per il 2021 e per tutto il 2022.

L'approvazione del nuovo Atto Aziendale con DDG 1127 del 31 dicembre 2020 ha richiesto in alcuni casi la ridefinizione degli ambiti di responsabilità con conseguente rinegoziazione degli obiettivi specifici coinvolti.

Alla luce del nuovo atto aziendale che prevede dipartimenti intraziendali, strutturali e funzionali, che comprendendo unità operative appartenenti a più ospedali, afferiscono ad una dei tre direttori medici ospedalieri. "transmurali" delle disposizioni date dal nuovo regolamento dei Dipartimenti, la contrattazione prevede un momento di discussione collettiva estesa a tutti i componenti del Comitato di Dipartimento così come individuati dal regolamento. La negoziazione e sottoscrizione finale si svolge tra il Direttore di area o suo delegato, il Direttore di Funzione, il Direttore di Dipartimento e il Direttore della Unità Operativa. Ciascun responsabile è coadiuvato da propri collaboratori professionali. Gli obiettivi assegnati alle UOS sono inclusi nella scheda budget sottoscritta dal Direttore di UOC da cui dipendono.

Gli accordi sono sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che viene sottoscritta congiuntamente dal Direttore di area o come suo delegato il Direttore di Funzione, il Direttore di Dipartimento o Distretto di afferenza e il Direttore della Unità Operativa.

La scheda di Budget riporta:

- gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive;

- azioni ed indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente;
- il peso dei singoli obiettivi differenziato per il personale dirigente e per il personale del comparto.

Il Controllo di Gestione svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

La fase di negoziazione si conclude con il recepimento delle schede budget sottoscritte tramite atto deliberativo complessivo. È compito del Controllo di gestione archiviare le schede firmate dai Direttori di Struttura.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è l'oggetto della valutazione della Performance Organizzativa. La percentuale di raggiungimento degli obiettivi della performance organizzativa determina la percentuale liquidabile delle risorse totali a disposizione dell'Unità Operativa e di conseguenza influenzano la valorizzazione della quota individuale.

I responsabili delle strutture con assegnazione di budget, eventualmente tramite delegati nel rispetto dei contratti integrativi, si impegnano a:

- comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- formalizzare gli obiettivi individuali attraverso l'apposita scheda che sarà utilizzata per la valutazione.

Delle attività sopraindicate deve essere data specifica evidenza dal responsabile di struttura il quale deve altresì curare che tutte le schede di valutazione siano debitamente sottoscritte dai valutati.

4.2.3. Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività

L'attività di monitoraggio si articola nelle seguenti fasi:

- Monitoraggio degli obiettivi di costo e di attività per le UU.OO
- Verifiche infra-annuali dello stato di avanzamento degli obiettivi
- Rinegoziazione degli obiettivi
- Monitoraggio finale con verifica del raggiungimento

L'azienda è dotata di un sistema informatico di datawarehouse che permette l'accesso alla reportistica via web da parte dei responsabili. I report espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo, ed in particolar modo riportano gli indicatori, le soglie ed i pesi per ciascuna scheda budget sottoscritta, permettendo costantemente di verificare l'andamento degli indicatori di attività, costo e qualità negoziati.

Attualmente il sistema include tutte le schede di budget delle Unità Operative ospedaliere.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi non numerici, che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, sono oggetto di specifiche richieste di relazione sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso è cura dell'U.O.C. Controllo di Gestione organizzare un incontro con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

La fase di rinegoziazione ha luogo indicativamente nei mesi di settembre-ottobre alla luce dei dati consolidati del primo semestre dell'anno. In questa fase i responsabili che ritengono giustificabile una modifica delle soglie di raggiungimento ne fanno richiesta alla Direzione dell'Azienda che valuta se accettare la rinegoziazione.

La rinegoziazione si rende comunque necessaria e promossa dalla Direzione per tramite del Controllo di Gestione, nei momenti in cui la Regione emana aggiornamenti negli obiettivi assegnati o nelle soglie di soddisfazione.

Il monitoraggio finale è avviato dalla Direzione dell'Azienda con la richiesta ad ogni responsabile di rendicontare sul raggiungimento dei propri obiettivi. L'U.O.C. Controllo di Gestione predispone quindi le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali e supporta i valutatori e l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza.

L'esperienza dell'anno 2020 ha tuttavia evidenziato che, essendo necessario affrontare quotidianamente la gestione dell'emergenza, non è possibile garantire la regolarità del processo di negoziazione e sottoscrizione del budget secondo le modalità in uso; pertanto corre obbligo precisare che, pur garantendo la continuità della programmazione, sarà necessario valutare nel corso del 2021 la possibilità di rispettare la sequenza delle attività sopra riportate a seguito del perdurare della emergenza COVID 19.

4.3. Valutazione della performance individuale

Il sistema di valutazione della performance individuale è correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per singola Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come scheda di budget.

La valutazione della performance individuale, in particolare, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate.

L'Azienda ha strutturato due distinti sistemi di valutazione permanente del personale, uno per quanto concerne la dirigenza e l'altro per quanto attiene il personale di comparto. Entrambi i sistemi sono frutto di negoziazione con le rappresentanze sindacali e contenuti in altrettanti Contratti Integrativi Aziendali:

- **DDG 100 del 2 febbraio 2018** "Approvazione accordo decentrato in materia di "sistema di misurazione e valutazione della Performance" - personale dell'area del comparto.
- **DDG 638 del 4 ottobre 2018** "Approvazione accordi decentrati "sistema di misurazione e valutazione della performance – area dirigenziale dei ruoli SPTA" e - "regolamento per l'attribuzione di risultato dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa", per l'azienda ULSS 9 scaligera"
- **DDG 758 del 7 ottobre 2021** "Approvazione regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance attribuzione della retribuzione di risultato - graduazione degli incarichi dirigenziali - valutazione dei dirigenti al termine dell'incarico, ai fini dell'indennità di esclusività e dei dirigenti neoassunti al termine del primo quinquennio". personale area dirigenza sanità."

Le quote di retribuzione di risultato (dirigenti) ed i premi correlati alla performance organizzativa e individuale (comparto) erogate individualmente ai dipendenti di ogni Unità Operativa sono proporzionate alla valutazione della performance organizzativa secondo la seguente tabella:

Tabella 10 - Raccordo tra performance organizzativa e quota erogabile

% Raggiungimento obiettivi di budget	% liquidabile alla Dirigenza medica e veterinaria	% liquidabile alla Dirigenza dei ruoli SPTA	% liquidabile al Comparto
100% - 90%	100%	100%	100%
89%-85%	90%	100%	100%
84% - 80%	90%	80%	100%
79% - 70%	80%	80%	80%
69% - 60%	0%	60%	80%
59% - 50%	0%	0%	60%
Inferiore al 50%	0%	0%	0%

4.3.1. Valutazione del personale Dirigenziale

La valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale con qualifica dirigenziale prevede un sistema di verifica con cadenza:

- annuale, per tutti i dirigenti che attiene i risultati ottenuti in base agli obiettivi di attività correlati all'incarico assegnato;
- alla scadenza dell'incarico per tutti i dirigenti relativa all'ambito delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.

A questi momenti, comuni per tutti i dirigenti, se ne prevede uno ulteriore per i dirigenti del ruolo sanitario e finalizzata alla retribuzione di esclusività e all'inserimento nelle fasce economiche contrattualmente individuate.

Il sistema di verifica dei dirigenti risponde a criteri di trasparenza, di adeguata informazione e partecipazione del valutato e alla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore (in prima istanza).

La verifica si basa su vari oggetti di valutazione, a ciascuno dei quali corrisponde un dato coefficiente numerico.

L'esito positivo delle verifiche alla scadenza dell'incarico costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo; l'esito negativo comporta la perdita della retribuzione di risultato per i Dirigenti di Struttura Complessa e per quelli di Struttura Semplice; la revoca dell'incarico o dell'affidamento per gli altri.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale adottato con DDG 843 del 28 dicembre 2018 e DDG 638 del 04/10/2018.

La scheda di valutazione per i direttori di UOC, i responsabili di UOSD e anche di UOS per la Dirigenza SPTA prevede un giudizio su 8 item, per i dirigenti con incarichi professionali e di UOS (solo per la Dirigenza Medica e Veterinaria) 7 item, in entrambi i casi su una scala da 1 a 5.

Tabella 11 - Valutazione numerica Item della scheda

Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e UOS (solo SPTA)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
		1	2	3	4
Altri dirigenti e Incarichi UOS (solo DMV)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 7 (8 per Direttori di UOC e UOSD/UOS) a un massimo di 35 punti (40 per Direttori di UOC e UOSD/UOS)

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota della retribuzione di risultato individuale da erogarsi è così determinata:

Tabella 12 - Quota della retribuzione di risultato erogata Dirigenza

Quota erogata	Punteggio Direttori di UOC e Responsabili di UOSD/UOS (su 8 fattori)	Punteggio Incarichi UOS e altri dirigenti (su 7 fattori)
	0,00%	Da 8 a 15
50,00%	Da 16 a 23	Da 14 a 20
75,00%	Da 24 a 30	Da 21 a 26
100,00%	Da 31 a 40	Da 27 a 35

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget.

La valutazione individuale finale, effettuata sempre entro il primo semestre, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione che potrà essere richiesto dal dipendente. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire eventuali commenti. In caso di conflitto sugli esiti della valutazione, è prevista la possibilità di attivare una procedura di risoluzione delle controversie.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione alla Performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

4.3.2. Valutazione del personale del Comparto

La Valutazione del personale del comparto è intesa come un processo attraverso il quale i Direttori di Servizio:

- identificano ogni anno, sulla base del Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, del documento di direttive, gli obiettivi del personale della propria Unità Operativa;
- definiscono le responsabilità in termini di risultati attesi ed usano i parametri previsti nelle schede di valutazione per calibrare il contributo di ogni collaboratore.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale.

La scheda di valorizzazione del comparto prevede la valutazione numerica dei giudizi per 7 item su una scala da 5 a 10.

Tabella 13 - Valutazione numerica item della scheda

VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI	Non del tutto positivo	Sufficiente	Buono	Eccellente
	5	6	8	10

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 35 a un massimo di 70 punti e le quote di produttività erogate sono collegate a tale risultato.

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota dei premi correlati alla performance organizzativa e individuale, da erogarsi, è collegata al risultato della valutazione della performance individuale nel seguente modo:

Tabella 14 - Quota della retribuzione di risultato erogata Comparto

Quota erogata	Punteggio
0,00%	< a 35
60,00%	Da 36 a 40
80,00%	Da 41 a 45
100,00%	Da 46 a 70

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget. I singoli obiettivi possono avere un peso differente da quello della dirigenza nella misurazione della performance organizzativa per il comparto.

La valutazione individuale finale, effettuata entro il primo semestre dell'anno successivo a quello cui la valutazione si riferisce, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione. Nel colloquio di valutazione vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti gli eventuali dubbi e concordati gli eventuali percorsi di miglioramento che dovranno essere intrapresi nel successivo periodo. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire nella medesima scheda eventuali commenti o feedback.

Il valutato, in caso di conflitto sugli esiti della valutazione, può attivare la procedura di risoluzione delle controversie in materia di valutazione.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

4.4. Timing del processo

I tempi entro cui la gestione del ciclo della performance potrà essere condotto devono tener conto della dinamica dell'emergenza, che interferisce con il fisiologico processo di individuazione ed assegnazione degli obiettivi aziendali. Per questo motivo si propone nel presente documento un timing "prudente", che posticipa alcune fasi, pur nel tentativo di mantenere pienamente funzionale il ciclo.

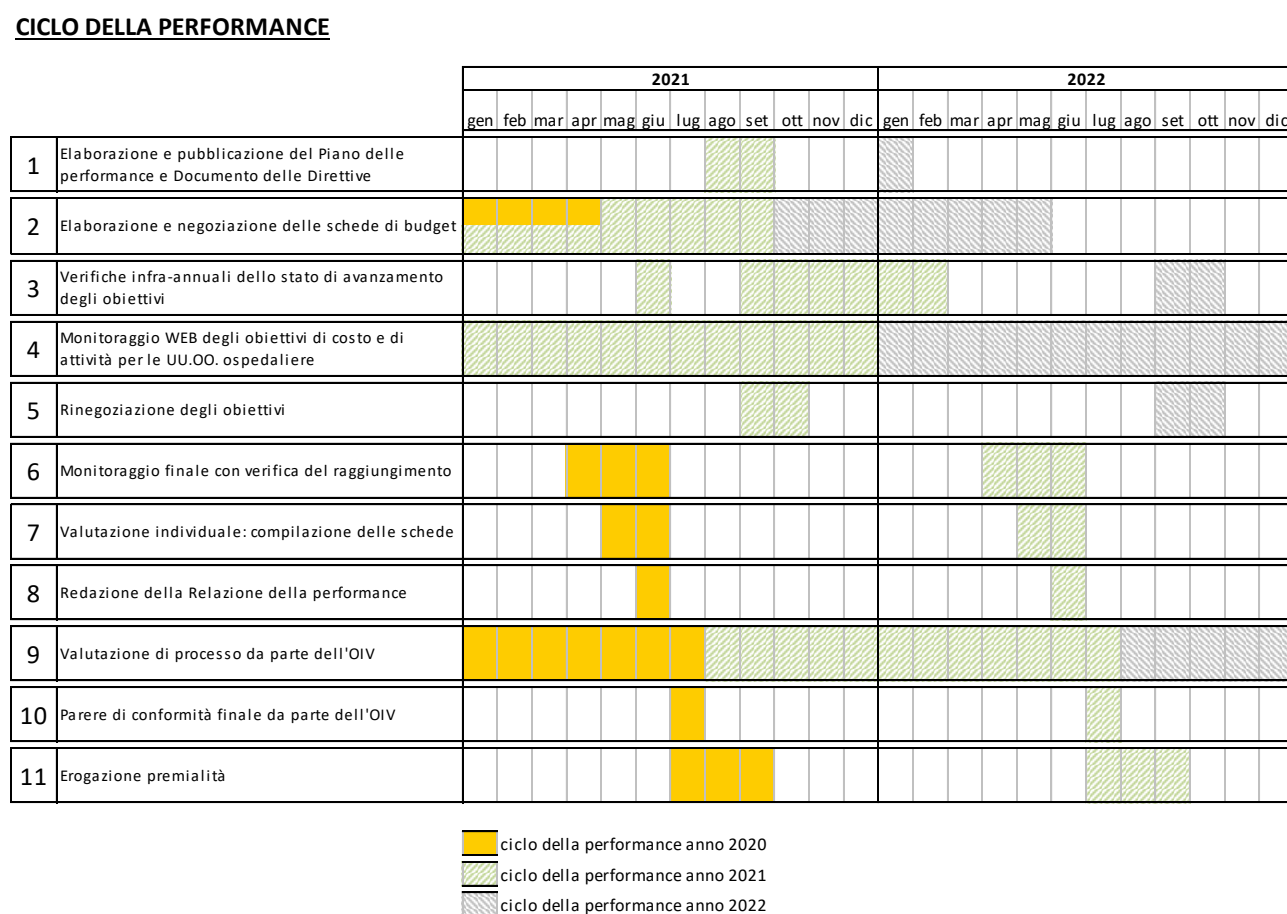
Va rilevato che la sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (giugno 2020/dicembre 2021) ha permesso di anticipare e dare continuità al ciclo di budget previsto per l'anno solare. Per tale motivo si propone di proseguire con tale modalità, ed anche in occasione della rinegoziazione prevista dal mese di ottobre, procedere con la proposta di negoziazione e sottoscrizione di una scheda estesa al 2022.

Tabella 15 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2021)	gennaio
Definizione Piano delle Performance (anno 2021)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2021)	Tempestivo a seguito di emanazione DGR obiettivi DG
Negoziatore/Rinegoziatore Budget (anno 2021)	Aprile-maggio
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2021)	giugno
Predisposizione schede di valutazione (anno 2020)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2020)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2020)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2020)	giugno
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2020)	luglio
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2020)	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV

I cicli si sovrappongono nel tempo creando momenti di revisione continua della programmazione annuale.

Figura 3 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale



5. CONCLUSIONI

Il Presente documento, aggiorna il Piano Performance 2021-2023 deliberato a gennaio di quest'anno a seguito dell'emanazione della DGR 958/2021 del 13/07/2021 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021", e dell'invio con nota prot. 397284 del 9 settembre 2021 "Trasmissione Vademecum illustrativo Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2021 – Versione 1.0. Le date di definizione della programmazione regionale per l'anno 2021, suggeriscono una continuità degli stessi obiettivi anche per la prima parte del 2022.

La fase emergenziale causata dalla pandemia da COVID-19 che ha attraversato, e sta tuttora interessando, il nostro paese ha costretto l'azienda a riorganizzare rapidamente le proprie attività e, finché non vedrà termine, ridefinirà le priorità strategiche aziendali.

L'ULSS 9 Scaligera sta affrontando la pandemia riorganizzando le attività e in particolare quelle assistenziali che sono state prioritariamente finalizzate a fronteggiare l'emergenza COVID-19 e la gestione del piano vaccinale.

Ne consegue l'esigenza di adottare un Piano performance "flessibile" che, pur mantenendo struttura e contenuti in linea con le esigenze di gestione ordinarie, integri al suo interno gli obiettivi di breve-medio periodo che sono necessariamente stati acquisiti.

Il piano è stato quindi rivisto con l'introduzione di un' "AREA STRATEGICA COVID" articolata in 7 Macro-Obiettivi nell'ambito della quale l'azienda ha individuato azioni e obiettivi in recepimento delle disposizioni emanate dalla DGRV 782/2020 e ss.mm.ii, attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto Legge n.34/2020 denominato "Decreto Rilancio" ed in attuazione del Piano vaccinale Anti-Covid previsto dalla DGR 1801/2020 ss.mm.ii. nell'ambito del piano vaccinale stabilito a livello europeo.

Tra gli aspetti di novità, si richiamano in particolare gli obiettivi legati alla campagna vaccinale anticovid, gli importanti obiettivi sul recupero delle liste d'attesa, che richiedono uno sforzo ingente e per i quali sono state stanziare risorse specifiche e l'avvio delle attività connesse al Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza.

Trattandosi di integrazioni e revisioni che verranno ad estinguersi nel momento in cui la fase pandemica si concluderà, gli obiettivi e indicatori previsti nel Documento delle Direttive si possono intendere legati alla dinamica della fase emergenziale, e pertanto potranno essere confermati, rimodulati o sospesi, al mutare dello scenario e quindi dell'aggiornamento della strategia.

F.to IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pietro Girardi

APPENDICI

I. Analisi dati Demografici ed Epidemiologici

Di seguito si riportano i dati Demografici ed Epidemiologici disponibili più recenti.

Tabella 16- Popolazione al 31/12/2019 e al 31/12/2020. Fonte: anagrafi comunali.

classi di età	al 31/12/2019			al 31/12/2020			saldo 2020-2019 TOTALE
	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	
da 0 a 4	38.278	19.733	18.545	37.085	19.099	17.986	-1.193
da 5 a 14	89.327	45.946	43.381	88.396	45.477	42.919	-931
da 15 a 24	90.384	46.743	43.641	90.867	46.974	43.893	483
da 25 a 44	225.016	113.116	111.900	221.040	111.257	109.783	-3.976
da 45 a 64	280.470	140.320	140.150	283.315	141.734	141.581	2.845
da 65 a 74	99.346	47.313	52.033	102.079	48.590	53.489	2.733
oltre 75	107.624	43.089	64.535	105.659	42.560	63.099	-1.965
totale	930.445	456.260	474.185	928.441	455.691	472.750	-2.004

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera è composta principalmente da popolazione adulta con un'età tra i 45 ed i 64 anni. Nell'anno 2020 la popolazione ha subito una lieve diminuzione rispetto all'anno precedente (-2.004 abitanti, -0,2%), anche a causa della pandemia di COVID19 che ha comportato un aumento della mortalità del 15% nel periodo gennaio-novembre rispetto alla media dei tre anni precedenti.

I residenti e assistiti in ULSS esenti da ticket (dato rilevato al 31/12/2020) suddivisi tra i tre principali aggregati di esenzioni sono: 174.504 per reddito; 315.943 per invalidità, malattie rare e patologia; 257.558 per la quota fissa addizionale (7RQ). I residenti assistiti con almeno una esenzione nell'esercizio 2020 sono 554.006, di questi 206.366 hanno più di un'esenzione per reddito e/o per patologia.

L'azienda ULSS è in grado di analizzare le condizioni di salute della popolazione grazie al sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), strumento di misurazione e di analisi delle condizioni di salute, adottato e utilizzato da alcuni anni dalla Regione del Veneto, in grado di classificare tutta la popolazione per livello di complessità assistenziale con la finalità di identificare i bisogni e conseguentemente strutturare una risposta assistenziale adeguata.

I Principali indicatori demografici indicano che il Distretto 4 ha la popolazione più giovane ed il minor carico sociale, il Distretto 1, pur con la percentuale maggiore di ultra sessantacinquenni, ha la maggior concentrazione di residenti stranieri, dato che giustifica anche l'alto indice di natalità.

Tabella 17 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 suddivisi per distretto Fonte: Istat (dati.istat.it)

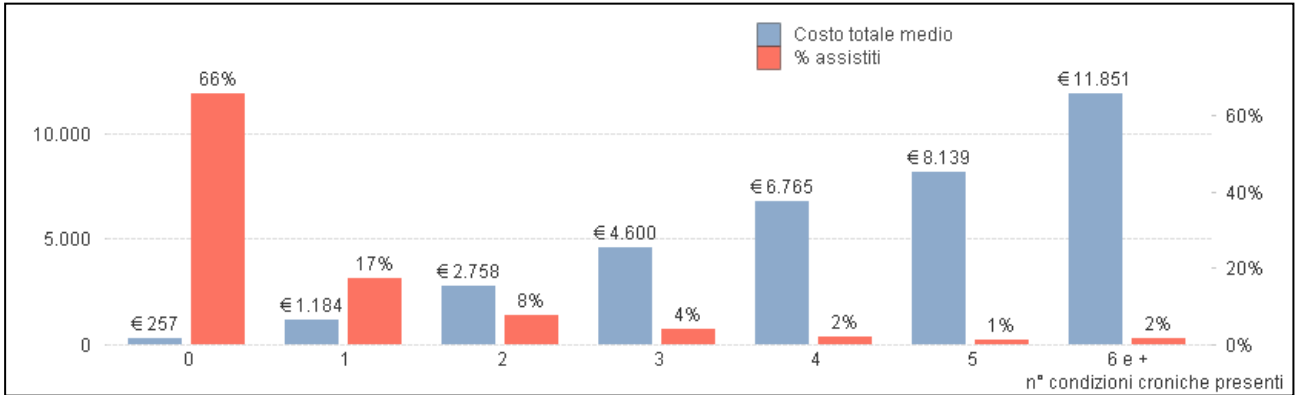
	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
Popolazione al 01/01/2020	474.597	155.054	300.688	930.339
N.Comuni	36	25	37	98
Nati Vivi	3.688	1.142	2.305	7.135
Deceduti	4.679	1.617	2.643	8.939
Saldo naturale	-991	-475	-338	-1.804
Stranieri Residenti al 01/01/2020	62.935	16.743	32.177	111.855
% residenti 0-14	13,43	13,77	14,17	13,73
% residenti >=65	23,12	22,53	20,65	22,22
% residenti stranieri	13,26	10,80	10,70	12,02
Indice di natalità	7,8	7,4	7,7	7,7
Indice di vecchiaia	1,7	1,6	1,5	1,6
Indice di carico sociale	57,6	57,0	53,4	56,1
Indice di dipendenza giovanile	21,2	21,6	21,7	21,4

Indice di dipendenza senile

| 36,4 35,4 31,7 34,7

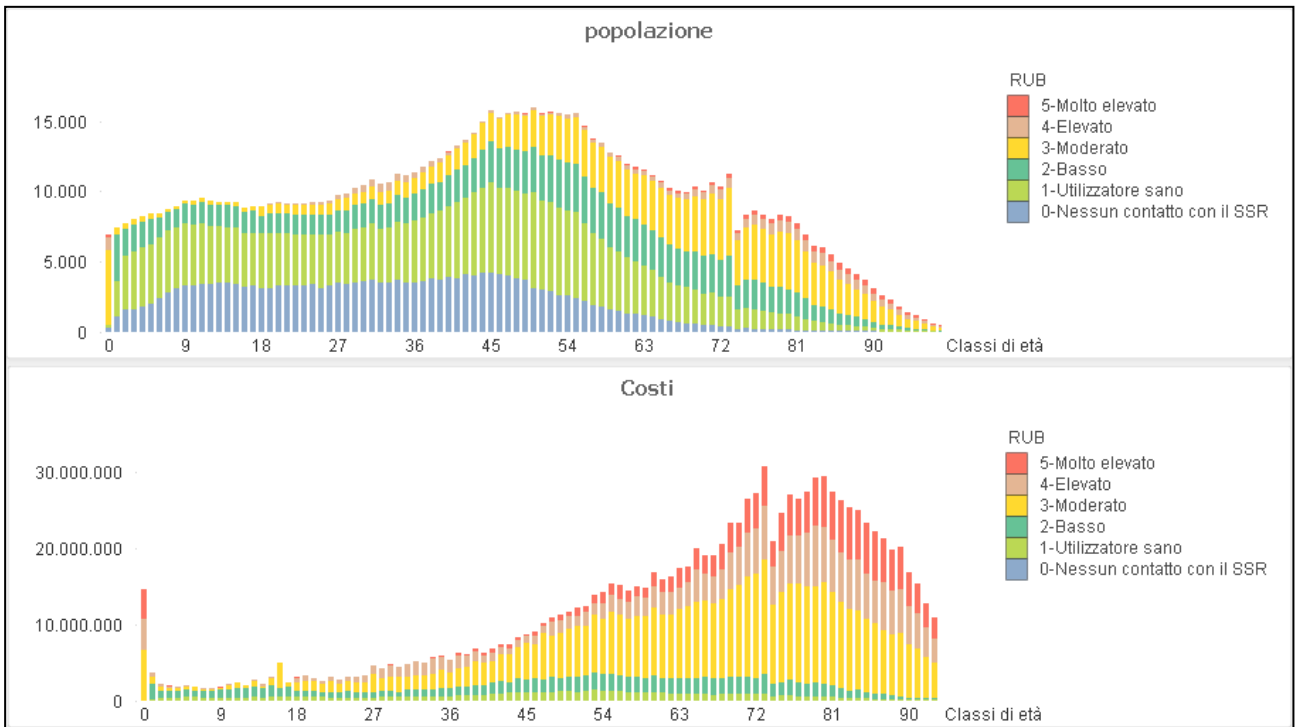
Nell’Azienda ULSS 9 il 34% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica, in linea con i dati della Regione del Veneto (Relazione Socio Sanitaria 2019), con costi crescenti all’aumentare del numero di condizioni croniche.

Figura 4 - Percentuale assistiti e costo totale medio per numero di condizioni croniche presenti. Fonte: archivio ACG 2019.



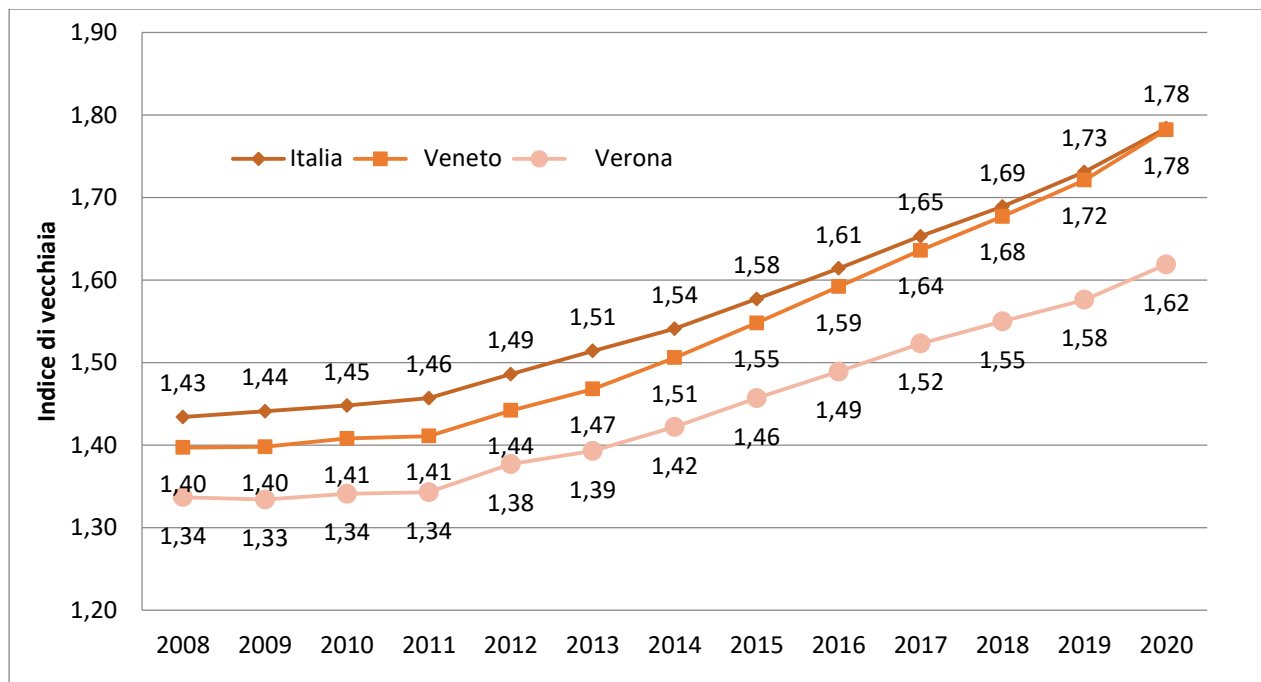
Utilizzando le classi di rischio RUB (Resource Utilization Bands) della popolazione, si evidenzia come il carico di complessità assistenziale sia strettamente legato all’invecchiamento della popolazione.

Figura 5 - Distribuzione della popolazione generale e dei costi totali per carico di malattia (RUB) e per classi di età. Anno 2019. Fonte: archivio ACG Azienda ULSS 9 Scaligera



La Figura 3 mostra come l’indice di vecchiaia sia in ulteriore aumento rispetto all’anno precedente.

Figura 6 - indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio dati ISTAT



Alla luce di questa dinamica si può programmare che i costi siano destinati ad aumentare ma sarà necessario valutare l'impatto che l'eccesso di mortalità dovuta al Covid, concentrato nelle fasce degli anziani, avrà sulla struttura demografica.

L'utilizzo del sistema ACG nell'azienda ULSS 9 è particolarmente utile per: confrontare il case-mix dei quattro Distretti; identificare assistiti affetti da determinate patologie; creare liste di care management anche al fine di attribuire ai Distretti un budget tarato sull'effettivo case mix della propria popolazione; stimolare l'utilizzo di best practice sperimentate ed evidenziare possibili azioni di razionalizzazione della spesa.

Tabella 18 - Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2019

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
N Assistiti	251.093	240.487	155.867	302.597	950.044
Età media	47	44	45	44	45
% >=65 anni	25,3%	21,5%	23,1%	21,2%	22,7%
Case-mix (media dei pesi locali)	1,02	1,00	1,09	0,93	1,00
% assistiti con una condizione ospedaliera dominante >=1	6%	6%	6%	5%	6%
% assistiti con condizioni croniche >=3	10%	9%	10%	8%	9%
% assistiti con problemi di salute (ADGs) maggiori >2	2%	2%	2%	2%	2%
N° medio diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)	1,2	1,3	1,3	1,1	1,2
N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)	1,9	1,9	2,0	1,8	1,9
N° persone con BPCO (moderata/grave solo da diagnosi)	1.777	1.717	1.530	2.501	7.525
N° persone con DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	13.333	13.258	9.655	15.136	51.382
N° persone con SCOMPENSO (solo da diagnosi)	4.221	3.907	2.529	4.426	15.083

I confronti tra distretti condotti nell'ambito del sistema ACG, evidenziano che il distretto 4 presenta un case mix meno pesante (confermando quanto emerso nell'analisi demografica), mentre il Distretto 3 presenta la popolazione con il quadro patologico più complesso.

II. Strutture e dati di Attività per Livello di Assistenza

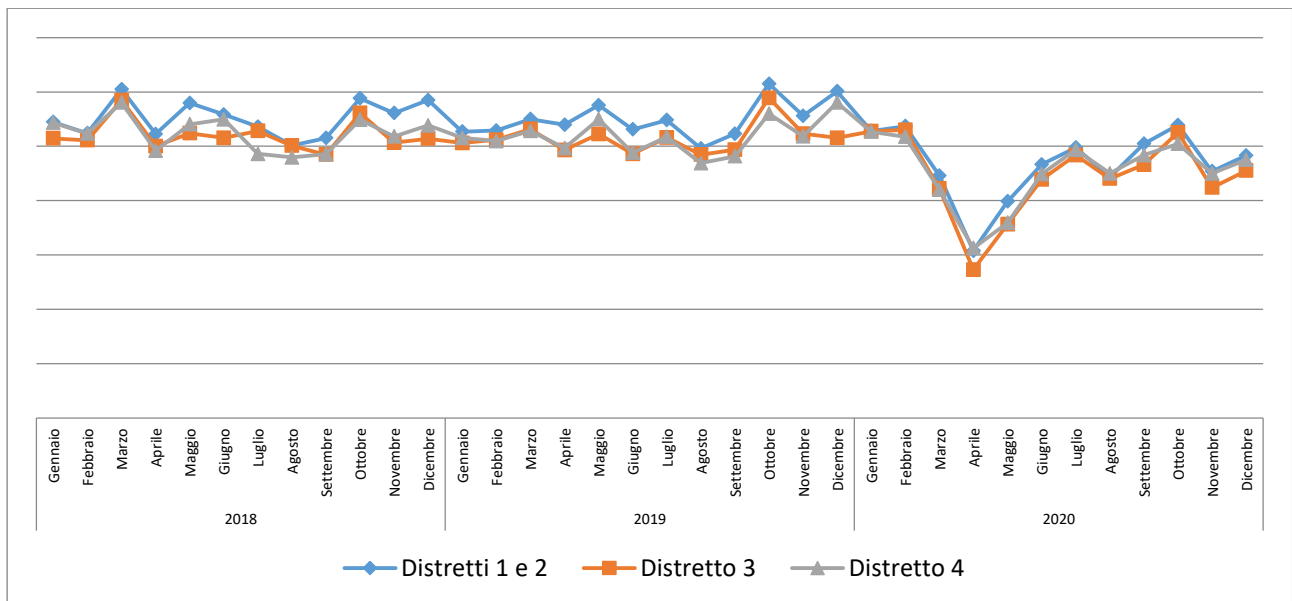
Di seguito si riportano i dati di dettaglio relativi alle ed alle strutture sanitarie ed alle attività erogate dall'Azienda.

i. I tassi di consumo per Distretto

I tassi di accesso ai servizi che storicamente si registravano nella ULSS 9 hanno visto un completo sconvolgimento nel corso del 2020.

In particolare il tasso di ospedalizzazione storicamente assestato tra i 135‰ ed i 140‰ abitanti, ha registrato un crollo nei mesi di marzo-aprile e di ottobre-novembre 2020. Solo a consuntivo, con la disponibilità dei dati sulla mobilità extraregionale, sarà possibile misurare l'esatta riduzione del tasso di ospedalizzazione, che al minimo si ridurrà del 15%.

Figura 7 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato mensile



Dinamica identica per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, con un tasso storico attorno alle 12 prestazioni pro capite per abitante (inclusa branca laboratorio) e gli accessi al PS.

Figura 8 - Tasso standardizzato di consumo prestazioni specialistiche mensile

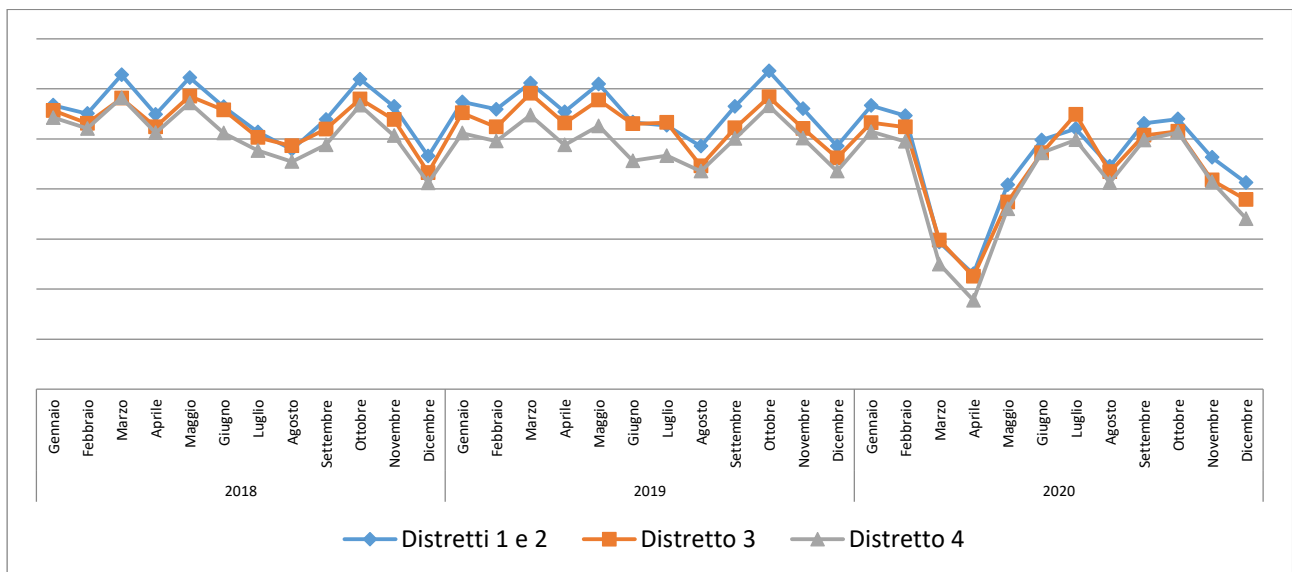
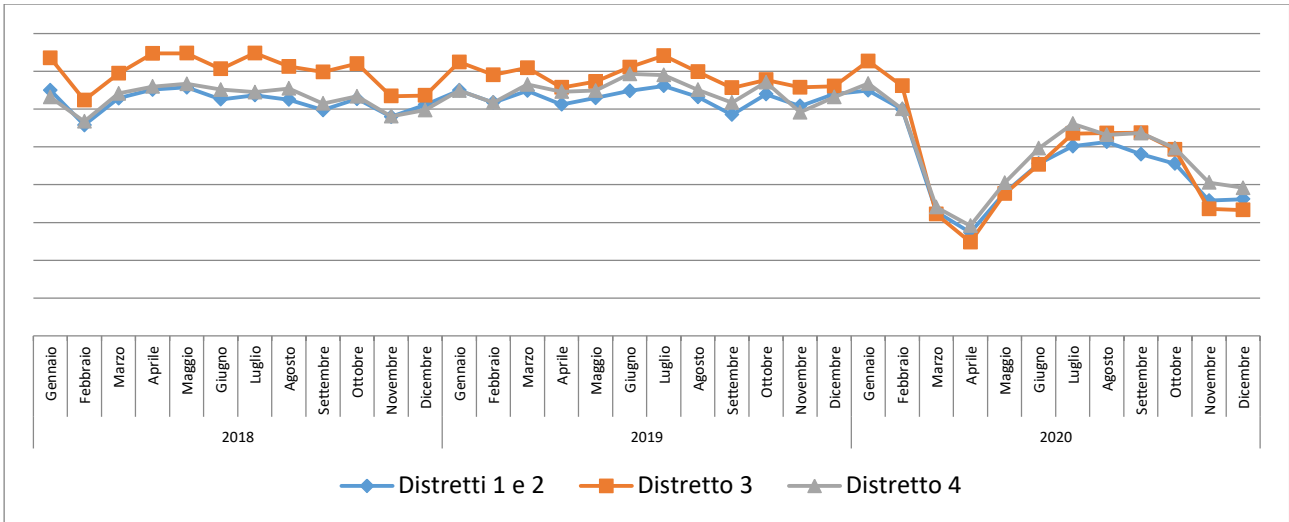
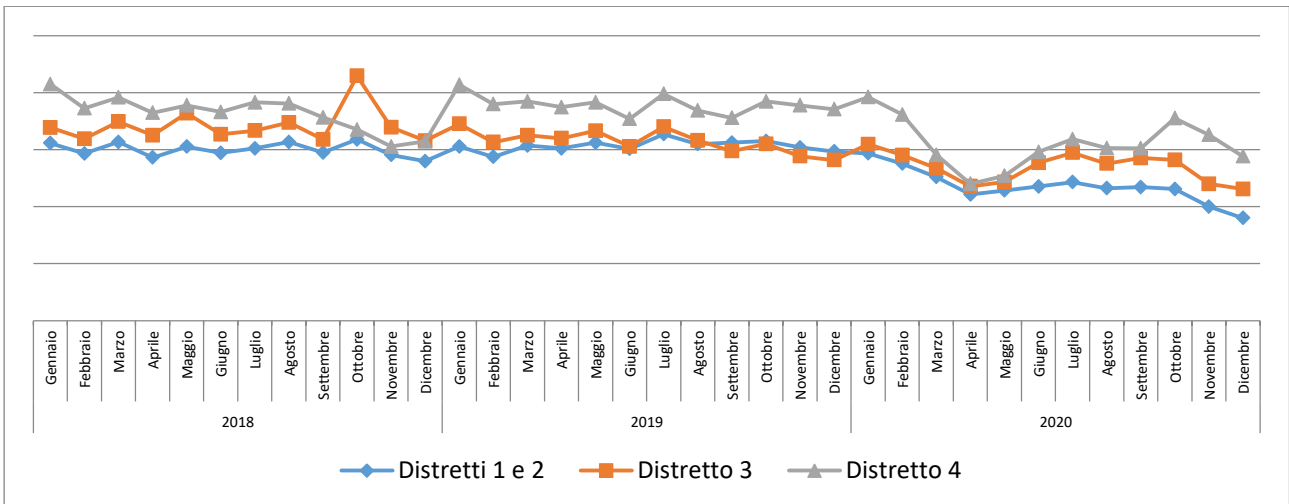


Figura 9 - Numero accessi in PS ogni 1.000 abitanti mensile



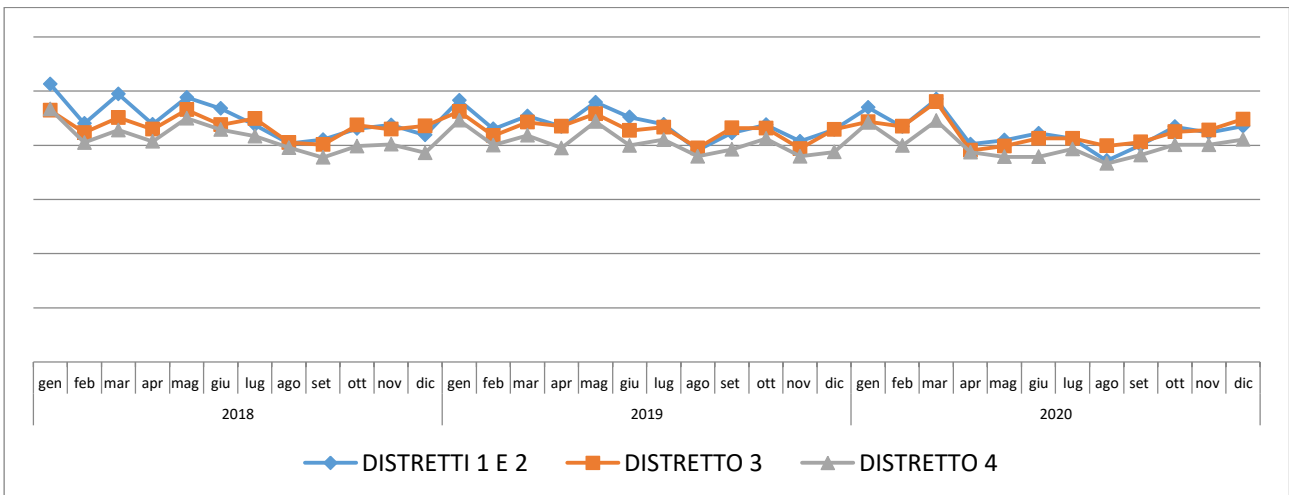
Anche l'assistenza domiciliare ha registrato una frenata, proporzionalmente meno netta di quanto accaduto in ambito ospedaliero, con la riduzione dell'attività molto marcata in corrispondenza dei picchi pandemici.

Figura 10 – ADI Numero di accessi per 1.000 abitanti mensile (solo MMG/PLS ed Infermiere)



Meno marcata, ma comunque rilevabile, la riduzione di consumo di farmaci presso le farmacie convenzionate territoriali nel periodo primaverile.

Figura 11 - Consumo procapite "grezzo" in Euro della farmaceutica convenzionata



Nella soddisfazione dei bisogni espressi, si evidenzia che mediamente un terzo dei servizi è fornito da presidi a gestione diretta dell'ULSS, un terzo dall'AOUI di Verona ed un terzo dal privato accreditato. Le proporzioni non sono però omogenee nel territorio ed ovviamente dipendono dalla localizzazione dei servizi.

Figura 12 - Analisi Tasso ospedalizzazione 2019

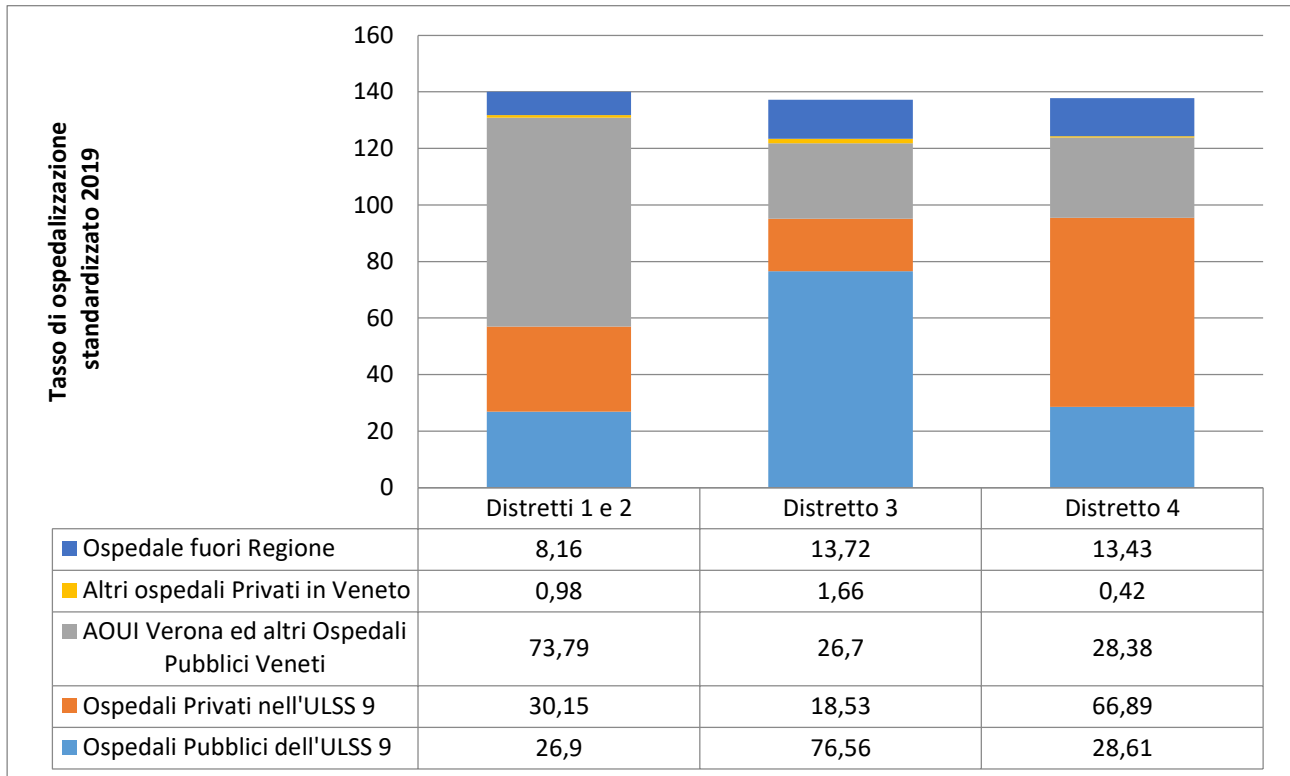
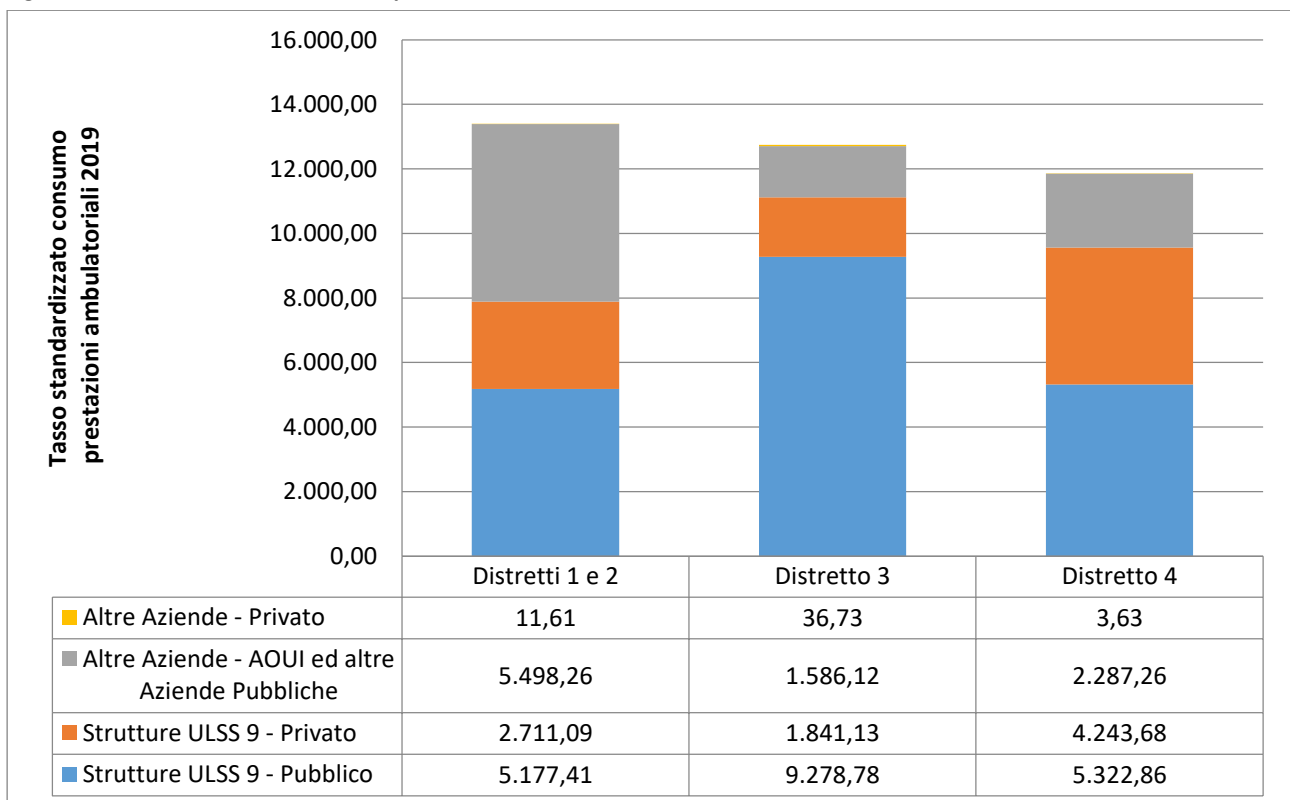


Figura 13 - Analisi Tasso di consumo di prestazioni ambulatoriali 2019



ii. L'assistenza ospedaliera

L'Azienda dispone di una rete di offerta molto ampia composta da diversi tipi di strutture così classificate:

- quattro Presidi Ospedalieri di Rete ubicati nei comuni di San Bonifacio, Legnago, Bussolengo e Villafranca;
- tre Ospedali Nodo di Rete Monospecialistico ad indirizzo Riabilitativo ubicati nei comuni di Verona, Bovolone e Malcesine;
- sette strutture private accreditate operanti nei comuni di Verona, Garda, Negrar e Peschiera del Garda.

Il 2020 è stato un anno di forte pressione sulle strutture ospedaliere a causa dei ricoveri dovuti alla pandemia, e questo ha comportato la revisione temporanea delle dotazioni dei posti letto con una concentrazione di risorse sulle specialità coinvolte (in particolare Terapia Intensiva, Pneumologia e Malattie Infettive) e contestuale sospensione di attività chirurgiche e mediche non urgenti.

In particolare molti reparti hanno dovuto sospendere temporaneamente l'attività, mentre sono state aperte nuove sezioni dedicati a pazienti Covid, talvolta in specialità non previste.

I posti letto riportati nella tabella che segue sono ottenuti dalla rilevazione prevista dal modello ministeriale HSP12 al 1 gennaio di ogni anno. Il dato rilevato al 1 gennaio 2021 confrontato con gennaio 2020 evidenzia, anche se solo in parte, le modifiche delle dotazioni attuate sia nelle strutture pubbliche che in quelle private accreditate. Si precisa che i reparti temporaneamente disattivati per garantire l'assistenza ai pazienti Covid positivi sono stati riportati come reparti aperti con almeno 1 posto letto.

Tabella 19 – Rete di offerta assistenza ospedaliera

Strutture pubbliche	Posti letto	
	al 1 gennaio 2020	al 1 gennaio 2021
<i>Rilevazione Modello Ministeriale HSP12</i>		
<i>Presidi Ospedalieri di Rete</i>		
Ospedale di Legnago	354	287
Ospedale di San Bonifacio	315	294
Ospedale di Villafranca	151	133
Ospedale di Bussolengo	56	33
<i>Ospedali Nodo di Rete Monospecialistico</i>		
Ospedale di Bovolone	53	33
Ospedale di Marzana	85	49
Ospedale di Malcesine	58	58
Totale posti letto strutture pubbliche	1.072	887
Strutture Private Accreditate		
<i>Rilevazione Modello Ministeriale HSP12</i>		
O. Cl. Sacro Cuore Don Calabria	511	545
O. Cl. Villa S. Giuliana	116	116
Casa di Cura Pederzoli	258	389
<i>Rilevazione Modello Ministeriale HSP13</i>		
Casa di Cura Centro Riabilitativo Veronese	76	91
Casa di Cura Villa Garda	90	90
Casa di Cura Clinica San Francesco	70	44
Casa di Cura Villa Santa Chiara	107	107
Totale posti letto strutture private	1.228	1.382
Totale posti letto Ulss 9 Scaligera	2.300	2.269

Nel complesso il numero di posti letto in dotazione nelle strutture pubbliche e private accreditate dell'ULSS 9 risulta modestamente ridotto al 1/1/2021 rispetto all'anno precedente (in totale -31 PL), questo nei fatti non rispecchia la effettiva riduzione della capacità produttiva ordinaria degli ospedali nel territorio. In realtà la distribuzione dei posti letto per struttura e disciplina ha subito numerosi e quotidiani cambiamenti per adeguare la potenzialità dei reparti all'andamento epidemiologico.

Con DGRV 552 del 05/05/2020 ad oggetto "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici con contestuale potenziamento della disponibilità posti letto e definizione di indirizzi organizzativi" la Regione Veneto ha individuato a livello di singola azienda ULSS il totale dei posti letto dedicati all'emergenza

epidemica prevedendo per la provincia di Verona 355 posti letto da dedicare all'emergenza pandemica aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalle schede ospedaliere con DGRV 614/2019.

Tabella 20 Piano emergenziale ospedaliero provincia di Verona _DGRV 552/2019

	TERAPIA INTENSIVA			PNEUMOLOGIA			MALATTIE INFETTIVE			TOTALE PER Fase di attivazione
	Ospedali Pubblici AULSS 9	Privati Accreditati	AOUI VERONA	Ospedali Pubblici AULSS 9	Privati Accreditati	AOUI VERONA	Ospedali Pubblici AULSS 9	Privati Accreditati	AOUI VERONA	
POSTI LETTO DA SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA	26	20	90	22	8	18	5	14	24	227
POSTI LETTO AGGIUNTIVI ATTIVAZIONE CREU	12	10	26	0	0	0	0	0	0	48
POSTI LETTO RICONVERTIBILI IN FASE EMERGENZIALE	10	0	18	16	28	24	85	46	80	307
Totale posti letto da dedicare a emergenza epidemica	48	30	134	38	36	42	90	60	104	582

Il Direttore Generale dell'ULSS 9 ha predisposto e adottato con delibera n. 446 del 29/05/2020 il "Piano di Risposta Ospedaliera in attuazione alla DGRV 552/2020 portando ad una dotazione provinciale di:

-**212 posti letto di terapia intensiva** (codice 49) di cui 48 per gli ospedali pubblici AULSS 9 ai quali devono essere sommati 30 posti letto per gli ospedali privati accreditati e 134 posti letto dell'AOUI di Verona ;

-**116 posti letto di pneumologia** ad alto carico assistenziale (codice 68) di cui 38 per gli ospedali pubblici AULSS 9 ai quali devono essere sommati 36 posti letto per gli ospedali privati accreditati e 42 posti letto dell'AOUI di Verona;

-**254 posti letto di malattie infettive** (codice 24) di cui 90 per gli ospedali pubblici AULSS 9 ai quali devono essere sommati 60 posti letto per gli ospedali privati accreditati e 104 posti letto dell'AOUI di Verona.

Inoltre, la DGRV 552/2020 ha rimodulato l'offerta ospedaliera individuando l'Ospedale di Villafranca quale ospedale interamente dedicato a pazienti COVID-19.

Nel piano emergenziale la dotazione dei posti letto sopra riportata, da destinare ai pazienti COVID+, deve essere garantita con incremento progressivo partendo da quelli previsti dalle schede regionali adottate con DGRV 614/2019.

Per i posti letto di terapia intensiva della Provincia di Verona sono state previste:

- una prima fase di attivazione di ulteriori 48 posti letto di terapia intensiva da parte del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza: 10 pl nell'Ospedale di Villafranca, 2 pl nell'Ospedale di San Bonifacio, 26 pl negli Ospedali di Borgo Trento e di Borgo Roma dell'AOUI, 4 pl nella C.C Pederzoli e 6 pl nell'Ospedale Sacro Cuore –D.Calabria;

-una successiva Fase Emergenziale con un ulteriore incremento di 10 pl di terapia intensiva nell'Ospedale di Villafranca e di 18 pl di terapia intensiva nell'ospedale di Borgo Roma dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata.

Contemporaneamente è stato previsto:

- un aumento complessivo di 68 posti letto per i reparti di pneumologia ad alto carico assistenziale: 16 pl nell'Ospedale di Villafranca, 24 pl nell'ospedale di Borgo Roma e 28 pl negli ospedali privati accreditati;

- un importante incremento di 211 posti letto dell'area non critica (malattie infettive).

Infine, in considerazione di quanto accaduto nella prima fase emergenziale e della possibile evoluzione dello scenario epidemiologico, per preservare i posti letto di area intensiva in previsione di un massiccio afflusso di pazienti la Regione Veneto ha disposto:

- la sospensione di tutta l'attività chirurgica programmata per la quale sarebbe stato previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria ad eccezione degli interventi indifferibili motivati dal quadro clinico dei pazienti, e in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica;

-la sospensione di tutta l'attività specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche e private accreditate con l'eccezione delle prestazioni prioritarie come U e B. Mentre è stata garantita l'attività in ambito materno-infantile.

La successiva DGRV 782 del 16/6/2020 che ha recepito a livello regionale le misure in materia sanitaria connesse all'emergenza COVID-19 previste dal Decreto Legge n. 34/2020 ha previsto per l'Ospedale di Villafranca di:

- incrementare di 14 posti letto l'Unità di Terapia Intensiva con la realizzazione di lavori di adeguamento nelle aree individuate a tale scopo;

- riqualificare 20 posti letto di area semi –intensiva (di cui 8 riconvertibili in posti letto di terapia intensiva) mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica che devono essere dotate di impiantistica idonea a supportare apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Data la continua evoluzione dello scenario epidemiologico la Regione Veneto ha adottato il documento "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020" con DGRV 1103 del 06/08/2020 con la finalità di individuare ulteriori misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria.

Nel piano emergenziale autunnale è stata confermata la disponibilità di 56 posti letto di terapia intensiva (8 da riconversione di posti letto di sub intensiva) per le strutture a gestione diretta: 38 posti letto nell'Ospedale di Villafranca, 10 posti letto nell'Ospedale di San Bonifacio, 8 posti letto nell'Ospedale di Legnago ed è stato formalizzato un piano di attivazione della risposta emergenziale.

Nella tabella seguente vengono riportati gli indicatori di allarme e i relativi valori che sono stati adottati a livello regionale per indicare le situazioni di rischio che devono determinare l'attivazione delle singole fasi.

INDICATORE DI RISCHIO AREA TERAPIA INTENSIVA	
Da 0 a 50 pz covid in TI (fino a 95% posti liberi)	→Attivazione Fase 1
Da 51 a 150 pz covid in TI (fino a 85% posti liberi)	→Attivazione Fase 2
Da 151 a 250 pz covid in TI (fino a 75% posti liberi)	→Attivazione Fase 3
Da 251 a 400 pz covid in TI (fino a 60% posti liberi)	→Attivazione Fase 4
>400 covid in TI	→Attivazione Fase 5

L'attivazione contestuale di posti letto non critici è stata determinata orientativamente applicando il rapporto di 1 posto letto di terapia intensiva ogni 2 di semi intensiva e ogni 4 posti letto di degenza ordinaria.

INDICATORE DI RISCHIO AREA area NON critica	
Da 0 a 300 pz covid in area non critica	→Attivazione Fase 1
Da 301 a 900 pz covid in area non critica	→Attivazione Fase 2
Da 901 a 1500 pz covid in area non critica	→Attivazione Fase 3
Da 1501 a 2400 pz covid in area non critica	→Attivazione Fase 4
>2400 pz covid in area non critica	→Attivazione Fase 5

L'attivazione delle singole fasi è stata identificata in base alla matrice di rischio su base provinciale ed è stata definita dall'Unità di Crisi su proposta del Dipartimento Regionale Servizio Urgenza e Emergenza Medica.

A dicembre 2020 con nota prot. 540026 del 18/12/2020 il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale incarica i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale di predisporre un aggiornamento del piano aziendale definito ai sensi della DGR 552/2020 per individuare i posti letto di area non critica da attivare per la Fase 5-A per singolo ospedale incrementali rispetto alla Fase 4 (*Aggiornamento del Piano emergenza Autunno*). Viene data, inoltre, indicazione che lo stesso piano sia ulteriormente aggiornato per una Fase 5-B al raggiungimento dell'occupazione del 70% dei posti letto della Fase 5-A. Il 2021 è iniziato con una dotazione di posti letto Covid attivi come previsto in Fase 5-A come riportato nella tabella 9.

Tabella 21 Posti letto garantiti a livello di Azienda ULSS 9 in Fase 5: Ospedali pubblici a gestione diretta e privati accreditati

LETTI COVID	F5 DEGENZA NON CRITICA			F5 TERAPIA INTENSIVA
	F5a	F5b	F5c	
	458	590	722*	84
LEGNAGO	97	97		8
SAN BONIFACIO	68	117		10
VILLAFRANCA COVID HOSPITAL	100	100		38
MARZANA	37	47		
BOVOLONE		18		
CENTRO RIABILITATIVO VERONESE	35	45		
NEGRAR	80	104		14
PESCHIERA	36	52		14
VILLA GARDA	5	10		
*distribuzione sulle singole strutture in fase di definizione				

Si ricorda, infine, che per la gestione dei pazienti covid positivi in fase post acuta sono stati dedicati posti letto di riabilitazione, ma data la necessità di ridurre la degenza aumentando la capacità di presa in carico di nuovi pazienti sono stati aumentati i posti letto negli Ospedali di Comunità individuando quelli dedicati alla patologia Covid.

Tabella 22 - Ricoveri erogati per ospedale

Ex Azienda Dimissione	Istituto Dimissione	2020	2019	2018
120. Verona	05001800. OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA S. GIULIANA	649	733	811
120. Verona	05001900. CASA DI CURA CENTRO RIABILIT VERONESE	823	702	715
120. Verona	05002300. CLINICA SAN FRANCESCO SPA - CASA DI CURA	4.107	4.695	4.461
120. Verona	05002500. CASA DI CURA VILLA SANTA CHIARA	832	1.184	1.217
120. Verona	05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	11.049	12.487	12.564
120. Verona	05050904. OSPEDALE DI MARZANA	644	974	993
121. Legnago	05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	11.646	13.964	14.974
121. Legnago	05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE	694	707	724
122. Bussolengo	05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	30.817	32.709	31.937
122. Bussolengo	05002100. CASA DI CURA VILLA GARDA	1.318	1.518	1.496
122. Bussolengo	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	18.649	19.981	19.809
122. Bussolengo	05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	5.768	8.784	4.377
122. Bussolengo	05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO	1.213	1.465	5.597
122. Bussolengo	05050907. OSPEDALE DI MALCESINE	423	997	1.195
122. Bussolengo	05050908. OSPEDALE DI ISOLA DELLA SCALA	.	.	91
Totale		88.632	100.900	100.961

Analisi della Domanda di Assistenza Ospedaliera

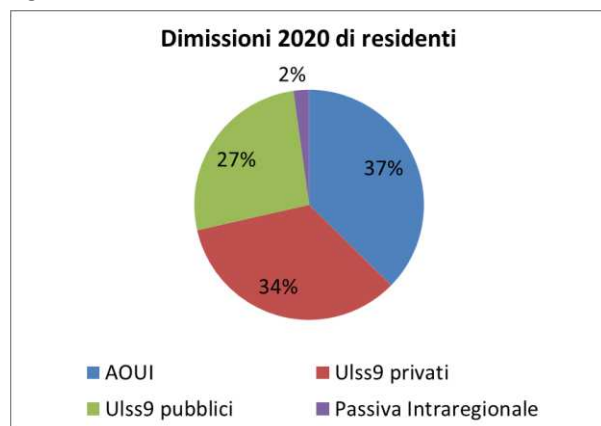
L'analisi complessiva della domanda espressa dal territorio, rileva che nel 2020 il numero dei ricoveri per residenti (numero di ricoveri erogati da strutture aziendali a gestione diretta e convenzionate/accreditate + numero di ricoveri erogati in mobilità passiva intra regionale per i residenti dell'ULSS 9) registra una diminuzione rispetto al 2019 di 16.470 ricoveri compresi i dimessi dal nido (-13%). La diminuzione dei ricoveri per i residenti riguarda sia le strutture dell'ULSS 9 (- 7.717 ricoveri) sia la mobilità passiva intra regionale (-8.753). L'indice di fuga intra regionale si attesta al 39,5 in riduzione rispetto al 41,3 del 2019. Si registra una riduzione sia del numero di ricoveri (-1423 pari al -17%) sia del valore (€-6.958.633 pari al -14%) per specialità non presenti negli ospedali aziendali

Tabella 23 - Domanda espressa dal territorio (esclusa mobilità passiva extraregionale) per unità operativa dimissione: 2020 e scostamento rispetto al 2019

Fonte	Ulss 9 Scaligera, ricoveri solo per residenti				Mobilità passiva intraregionale				Domanda Territorio			
	N dimissioni		Importo tariffa regionale		N dimissioni		Importo tariffa regionale		N dimissioni		Importo tariffa regionale	
	2020	Scost.	2020	Scost.	2020	Scost.	2020	Scost.	2020	Scost.	2020	Scost.
Totale	64.043	-7.717	€240.101.324,88	-€18.771.455,40	41.837	-8.753	€184.821.119,32	-€21.707.632,76	105.880	-16.470	€424.922.444,20	-€40.479.088,16
Totale specialità presenti	64.043	-7.717	€240.101.324,88	-€18.771.455,40	34.720	-7.330	€142.268.305,08	-€14.748.998,87	98.763	-15.047	€382.369.629,96	-€33.520.454,27
08-CARDIOLOGIA	3.980	-575	€24.785.493,77	-€3.329.807,77	2.111	-87	€17.413.132,14	-€100.234,47	6.091	-662	€42.988.625,91	-€3.430.042,24
09-CHIRURGIA GENERALE	8.847	-1712	€30.000.940,66	-€5.570.701,77	4.534	-1211	€23.910.612,21	-€3.047.331,20	13.381	-2.923	€53.911.552,87	-€8.618.032,97
13-CHIRURGIA TORACICA	172	172	€1.460.396,37	€1.460.396,37	353	353	€2.384.637,28	€2.384.637,28	525	525	€3.845.033,65	€3.845.033,65
14-CHIRURGIA VASCOLARE	294	12	€1.986.107,72	€266.132,38	726	-145	€4.103.934,30	-€259.418,82	1020	-133	€6.090.042,02	€6.713,56
21-GERIATRIA	3.471	-453	€3.031.241,87	-€1.260.756,45	2.014	-527	€8.731.767,53	-€2.445.486,09	5.485	-980	€21.763.009,40	-€3.706.242,54
24-MALATTIE INFETTIVE E TROP	1276	888	€5.900.871,04	€4.317.250,08	798	334	€3.355.321,20	€1.387.106,56	2.074	1222	€9.256.192,24	€5.704.356,64
26-MEDICINA GENERALE	5.045	-870	€9.266.849,94	-€2.782.336,30	4.094	-689	€6.193.852,02	-€1.289.470,49	9.139	-1.559	€34.460.701,96	-€4.071.806,79
28-UNITA' SPINALE	154	2	€1.945.203,87	€541.887,61	1	0	€51.001,20	€21.675,51	155	2	€4.996.205,07	€563.563,12
29-NEFROLOGIA	266	-46	€1.311.170,86	-€123.817,22	397	-118	€2.089.532,56	-€523.502,19	663	-164	€3.400.703,42	-€647.319,41
31-NIDO	3.721	672	€3.840.599,37	€616.034,99	1.641	-898	€1.729.092,64	-€1.058.178,63	5.362	-226	€5.569.692,01	-€242.143,64
32-NEUROLOGIA	1.347	-102	€4.814.754,48	-€236.801,66	1.260	-207	€4.875.573,45	-€79.629,60	2.607	-313	€9.690.327,93	-€316.431,26
34-OCULISTICA	1010	46	€2.688.798,88	€41.863,05	624	-175	€1.467.638,55	-€352.304,13	1.634	-129	€4.156.437,43	-€210.441,08
36-ORTOPEDIA	8.066	-1.703	€37.092.463,62	-€3.439.789,24	2.516	-815	€13.379.488,74	-€2.576.458,66	10.582	-2.518	€48.471.952,36	-€6.016.247,90
37-OST. - GIN.	7.220	-581	€17.535.187,30	-€1.562.053,64	5.009	-1.582	€11.079.649,51	-€3.072.209,75	12.229	-2.143	€28.614.836,81	-€4.634.263,39
38-O.R.L.	2.073	-317	€4.026.964,12	-€598.493,26	857	-391	€3.526.216,31	-€1.066.587,54	2.930	-708	€7.553.100,43	-€1.665.080,80
39-PEDIATRIA	2.069	-729	€4.747.698,67	-€1.621.205,30	1.807	-510	€4.017.586,16	-€662.646,31	3.876	-1.239	€8.765.284,83	-€2.483.851,61
40-PSICHIATRIA	1.845	-260	€10.417.109,78	-€325.523,62	337	-27	€13.946,67	€7.233,33	2.182	-287	€11.736.575,45	-€318.290,29
43-UROLOGIA	3.995	-580	€2.190.691,33	-€131.879,44	2.140	-255	€5.935.671,57	-€497.588,14	6.135	-835	€8.126.362,90	-€1.817.467,58
49-TERAPIA INTENSIVA	831	30	€5.209.571,36	€944.299,39	593	-15	€7.054.194,66	-€489.792,27	1.424	15	€12.263.766,02	€454.507,12
50-UNITA' CORONARICA	88	-36	€5.764.478,23	-€93.817,90	43	8	€343.212,99	€100.715,79	131	-28	€9.619.122	€6.897,89
56-RIABILITAZIONE FUNZIONALE	3.573	-350	€9.304.368,05	-€1.851.741,85	526	-260	€2.185.592,58	-€1.364.516,24	4.099	-610	€21.489.960,63	-€3.216.258,09
58-GASTROENTEROLOGIA	1.150	-243	€3.152.346,03	-€3.10.859,70	652	35	€2.557.829,64	€69.324,27	1.802	-208	€5.710.175,67	-€241.535,43
60-LUNGODEGENTI	628	-691	€2.625.176,25	-€3.288.500,51	57	-140	€5.160,68	-€296.194,46	685	-831	€2.776.781,93	-€3.564.694,97
62-NEONATOLOGIA	616	48	€1.800.951,69	€62.332,29	250	-232	€1.179.423,79	-€1.688.621,22	866	-184	€2.980.375,48	-€1.770.953,51
64-ONCOLOGIA	581	-156	€1.598.573,72	-€443.727,61	590	13	€1.944.89,39	€26.967,49	1.171	-143	€3.542.743,11	-€316.760,12
68-PNEUMOLOGIA	797	198	€4.216.501,04	€1.642.032,92	681	228	€4.054.043,63	€2.262.971,19	1.478	426	€8.270.544,67	€3.905.004,11
98-DAY SURGERY MULTIDISCIPL	928	-397	€1.574.814,86	-€579.206,66	109	-17	€234.059,68	-€39.460,08	1.037	-414	€1.808.874,54	-€718.666,74
Totale specialità non presenti	0	0	0	0	7.117	-1.423	€42.552.814,24	-€6.958.633,89	7.117	-1.423	€42.552.814,24	-€6.958.633,89

Come rappresentato nella Figura 6, i ricoveri erogati per i residenti dalle strutture a gestione diretta rappresentano meno di un terzo del totale (27%), mentre le strutture private accreditate garantiscono il 34%. La mobilità passiva intra regionale garantisce il 39% dei ricoveri in quanto comprende anche l'attività della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Figura 14 – Analisi Dimissioni residenti



Come evidente nella Tabella 24, il 94% della mobilità passiva intra regionale è rappresentato da ricoveri erogati dall'AOUI di Verona, che da sola copre circa il 40% della domanda espressa dal territorio dell'ULSS 9 Scaligera. Tuttavia nel 2020 L'andamento della mobilità passiva come importo tariffato mostra un riduzione importante di circa 22 milioni di euro (-11%), da AOUI.

Tabella 24 - mobilità passiva dei ricoveri per Azienda di dimissione

AZIENDA	N dimissioni			Importo degenza regionale		
	2020	2019	2020-2019	2020	2019	2020-2019
Totale	41.837	50.590	-8.753	€ 184.656.303,35	€ 206.412.981,88	-€ 21.756.678,53
1 Dolomiti	27	21	6	€ 94.198,87	€ 53.985,21	€ 40.213,66
2 Marca Trevigiana	72	81	-9	€ 280.432,38	€ 275.314,58	€ 5.117,80
3 Serenissima	137	144	-7	€ 953.454,38	€ 863.401,62	€ 90.052,76
4 Veneto Orientale	44	55	-11	€ 263.348,32	€ 216.283,54	€ 47.064,78
5 Polesana	316	353	-37	€ 1.428.108,98	€ 1.384.507,59	€ 43.601,39
6 Euganea	261	350	-89	€ 1.313.989,93	€ 1.617.334,13	-€ 303.344,20
7 Pedemontana	56	44	12	€ 178.084,28	€ 143.886,32	€ 34.197,96
8 Berica	858	889	-31	€ 4.262.777,33	€ 4.186.385,89	€ 76.391,44
Az. Osp. Padova	450	397	53	€ 2.595.339,82	€ 2.319.238,00	€ 276.101,82
A.O.U.I. Verona	39.522	48.140	-8.618	€ 173.002.141,85	€ 195.018.773,64	-€ 22.016.631,79
I.O.V.	94	116	-22	€ 284.427,21	€ 333.871,36	-€ 49.444,15

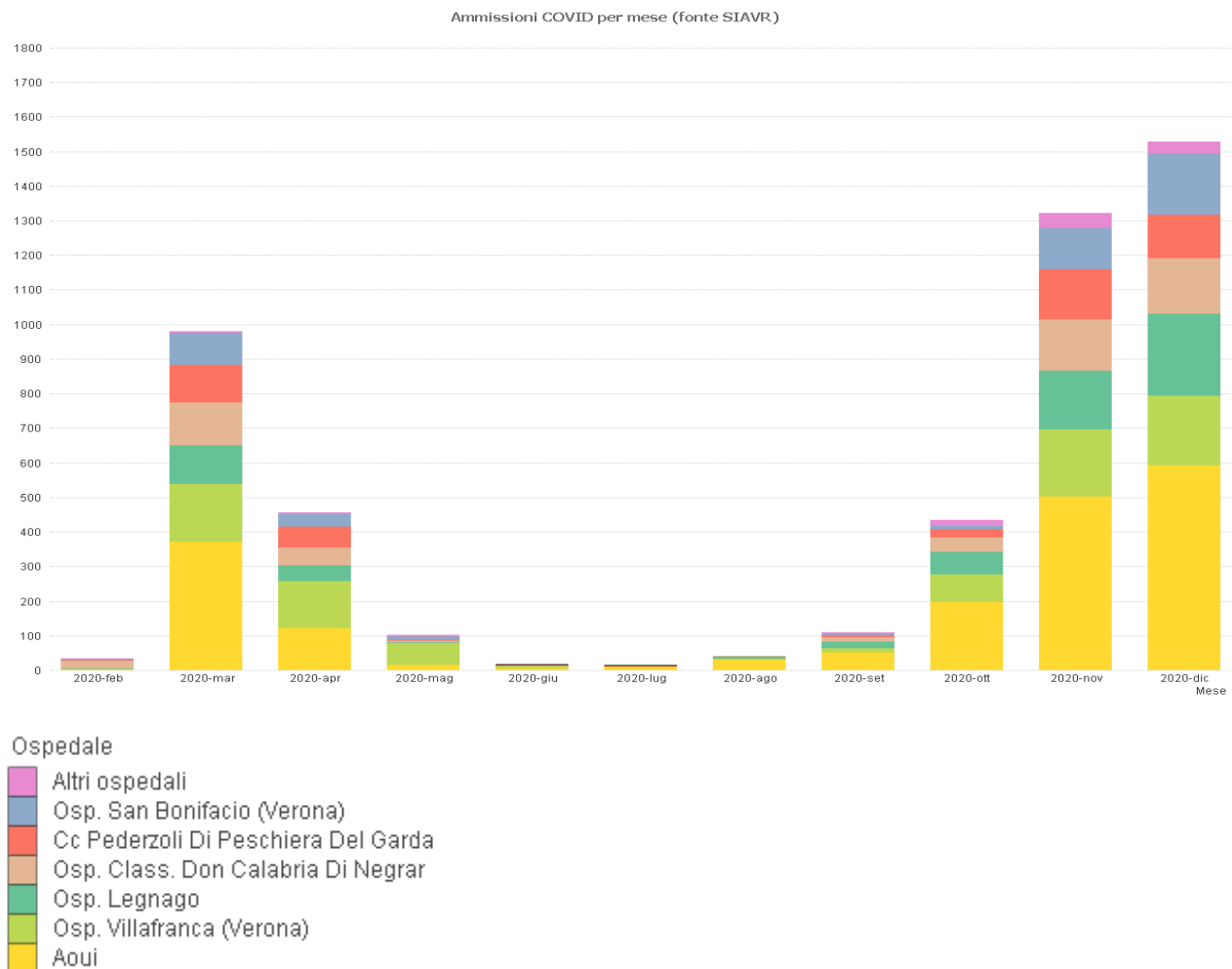
Si riportano di seguito i dati dei ricoveri anno 2020 di pazienti affetti da COVID negli ospedali della provincia di Verona: 5030 ricoveri di cui 8,7% ricoverati in terapia intensiva con una degenza media complessiva di 19,4 giorni.

Tabella 25 - Dati relativi ai ricoveri COVID nel 2020 (Fonte SIAVR)

Anno ammissione	2020		
Ospedale	N ricoveri	degenza media	N ricoveri con passaggio in area critica
Totale	5030	19,4	438
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata	1900	17,0	148
Osp. Villafranca (Verona)	861	20,8	83
Osp. Legnago	665	21,0	60
Osp. Class. Don Calabria Di Negrar	565	20,2	52
Cc Pederzoli Di Peschiera Del Garda	476	17,8	32
Osp. San Bonifacio (Verona)	451	21,0	54
Altri ospedali	112	34,6	9

Come si può facilmente apprezzare nella figura sottostante, vi è stata una concentrazione dei ricoveri nei mesi di marzo/aprile e una ripresa a partire dal mese di settembre che incrementa in modo rilevante a novembre con il mese di dicembre che ha fatto registrare oltre 1.500 ricoveri.

Figura 15 - Andamento ricoveri COVID nell'anno 2020 (fonte SIAVR)



Attività di Pronto Soccorso

I Pronti Soccorso degli ospedali hanno registrato 188.300 accessi nel 2020, tutti in netto calo rispetto al 2019 (-85.117).

Tabella 26- Accessi in PS

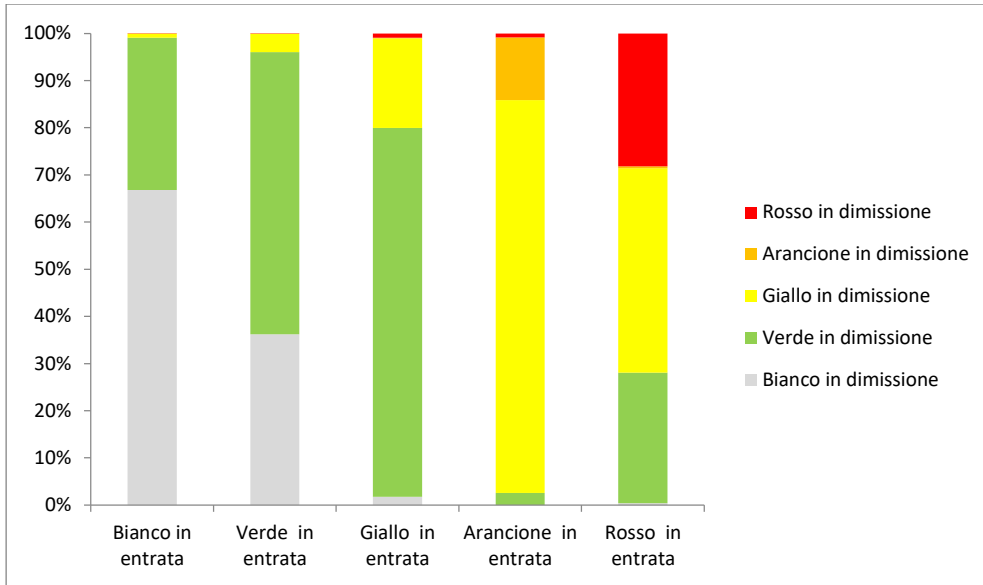
Struttura	Accessi			OBI		
	2020	2019	Var	2020	2019	Var
Ospedale di Legnago	37.180	51.015	-13.835	4.915	5.567	-652
Ospedale di Bovolone	5.149	13.932	-8.783	260	1.163	-903
Ospedale di San Bonifacio	37.781	56.637	-18.856	4.824	6.916	-2.092
Ospedale di Villafranca	23.302	42.846	-19.544	1.746	2.827	-1.081
Ospedale di Bussolengo	12.734	16.132	-3.398	441	568	-127
Ospedale di Malcesine	2.000	3.096	-1.096	0	0	0
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria	37.189	49.228	-12.039	5464	5.535	-71
Casa di Cura Pederzoli	32.965	40.531	-7.566	1407	3068	-1.661
Totale	188.300	273.417	-85.117	19.057	25.644	-6.587

In merito alla gravità degli accessi, i casi "gravi" (codice giallo, arancione e rosso) rappresentano il 19% degli accessi in fase di ingresso (in aumento rispetto al 16% del 2019), ma si riducono al 6,3% in fase di dimissione (4% nel 2019). La prevalenza degli accessi è attribuibile al codice bianco, che rappresenta il 49,5% dei codici in ingresso (come nel 2019), mentre in dimissione prevale il codice verde (48.1%) in aumento rispetto al 43% del 2019.

Tabella 27- Gravità Accessi in PS in entrata ed in dimissione (2020)

	Totale	% del Totale in Entrata ↓	Bianco in Dimission e	Verde in Dimission e	Giallo in Dimission e	Arancine in Dimission e	Rosso in Dimission e	Non indicato in dimission e
Totale	188.300		83.631	90.509	10.798	136	971	2.255
% del Totale in Dimissione -->		100%	44,4%	48,1%	5,7%	0,1%	0,5%	1,2%
Bianco in entrata	93.205	49,5%	61.325	29.665	821	-	16	1378
Verde in entrata	54.807	29,1%	19.818	32.723	2119	5	45	97
Giallo in entrata	33.165	17,6%	572	25.882	6283	44	294	90
Arancione in entrata	581	0,3%	-	15	484	77	5	0
Rosso in entrata	2.149	1,1%	8	594	930	10	604	3
Non indicato in entrata	4.393	2,3%	1908	1630	161	0	7	687

Figura 16 - Percentuale di accessi per codice di dimissione sugli accessi totali per ciascun codice di gravità in entrata



iii. L'assistenza specialistica

L'azienda dispone delle seguenti strutture:

Tabella 10 – Strutture poliambulatoriali

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Poliambulatori ospedalieri	Villa S. Giuliana	S. Bonifacio	Legnago Bovolone	Bussolengo, Villafranca, Malcesine, Scaro Cuore, Pederzoli, Villa Garda
Poliambulatori Territoriali	Marzana, Verona: Via Campania, Via del Capitel, Via Poloni	Montecchia di Crosara S.Giovanni Lupatoto Tregnago Verona Via Valeggio Cologna Veneta	Zevio, Nogara Cerea	Isola della Scala, Caprino Veronese, Bardolino, Domegliara, Sommacampagna, Valeggio

Prestazioni Ambulatoriali

Nel setting assistenziale ambulatoriale pre-covid l'azienda garantiva circa 8,7 milioni di prestazioni/anno per un valore del tariffato pari a 168,4 milioni di €. Nel 2020 si registra un calo delle prestazioni erogate rispetto al 2019 di 1.770.136 prestazioni corrispondente a € 21.879.122,27 del tariffato.

L'attività è garantita sia dagli ambulatori ospedalieri e distrettuali nell'ambito di strutture gestite direttamente dall'azienda ULSS 9 sia da strutture private accreditate.

Tabella 28- Specialistica erogata anno 2020

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
Distretti 1 e 2	1.894.565	€ 22.304.052,10	803.841	€ 16.706.634,05	2.698.406	€ 39.010.686,15
Distretto 3	1.272.459	€ 22.221.510,05	149.192	€ 652.687,40	1.421.651	€ 22.874.197,45
Distretto 4	1.182.157	€ 14.217.308,80	1.551.164	€ 70.249.786,59	2.733.321	€ 84.467.095,39
ULSS 9	4.349.181	€ 58.742.870,95	2.504.197	€ 87.609.108,04	6.853.378	€ 146.351.978,99

Le strutture private erogano meno prestazioni di quelle pubbliche (solo il 37% del totale) ma per un valore tariffato superiore (60% del totale).

L'attività ambulatoriale erogata dalle struttura a gestione diretta risulta in diminuzione rispetto al 2019 in tutte le branche, in particolar modo nella Medicina fisica e riabilitazione (-47%), nella radiologia diagnostica (-28%).

Tabella 29 - Prestazioni erogate in strutture a gestione diretta

	2020	2019	Scost. 2020-2019	%
03.Laboratorio	3.452.934	4.300.185	-847.251	-20%
69.Radiologia Diagnostica	154.942	215.825	-60.883	-28%
56.Medicina fisica e riabilitazione	122.115	228.449	-106.334	-47%
Altre branche	619.190	879.459	-260.269	-30%
TOTALE	4.349.181	5.623.918	-1.274.737	-23%

Esecuzione Tamponi Diagnostici ricerca SARS-COV2

Nell'ambito dell'assistenza specialistica è stato organizzato, sotto il coordinamento del dipartimento di Prevenzione, un'importante attività di diagnostica per la diagnosi della SARS-Cov2 sia in ambito di rapida individuazione dei focolai (sorveglianza) che nell'ambito dello screening sulle popolazioni esposte (personale aziende sanitarie, ospiti ed operatori RSA etc.).

Nel complesso nel 2020 si sono registrati oltre 900.000 tamponi, di cui oltre il 70% molecolari e la parte restante antigenici rapidi (che sono stati disponibili solo a partire da settembre 2020).

La modesta capacità produttiva dei laboratori presenti sul territorio (pari a poche centinaia di testa l giorno) è via via cresciuta fino ad arrivare ad oltre 3.000 tamponi al giorno. A questi si sono aggiunti i tamponi rapidi, inizialmente erogati unicamente dall'ULSS, poi affiancata dalla possibilità dei MMG/PLS/MCA di effettuare il test in autonomia per i propri assistiti.

Tabella 30 Tamponi (Molecolari ed Antigenici rapidi)

	ANTIGENICI	MOLECOLARI	Totale
LABORATORI	-	646237	646237
MCA	657	-	657
MMG	36799	-	36799
PLS	476	-	476
Punti prelievo Ulss 9 Scaligera	216361	-	216361
Totale	254293	646237	900530

Figura 17 – Trend Mensile N. Tamponi ULSS 9 Scaligera

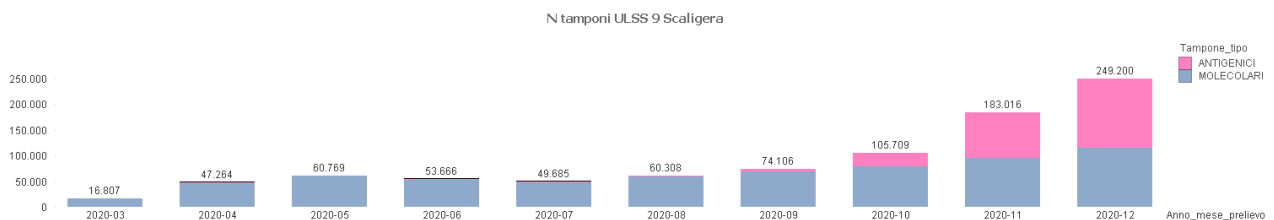
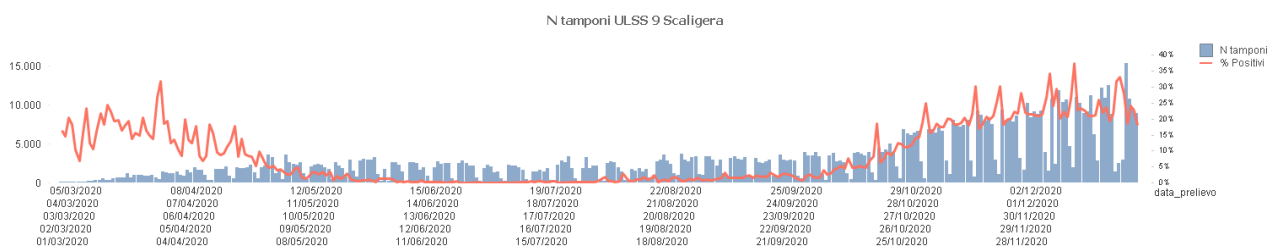


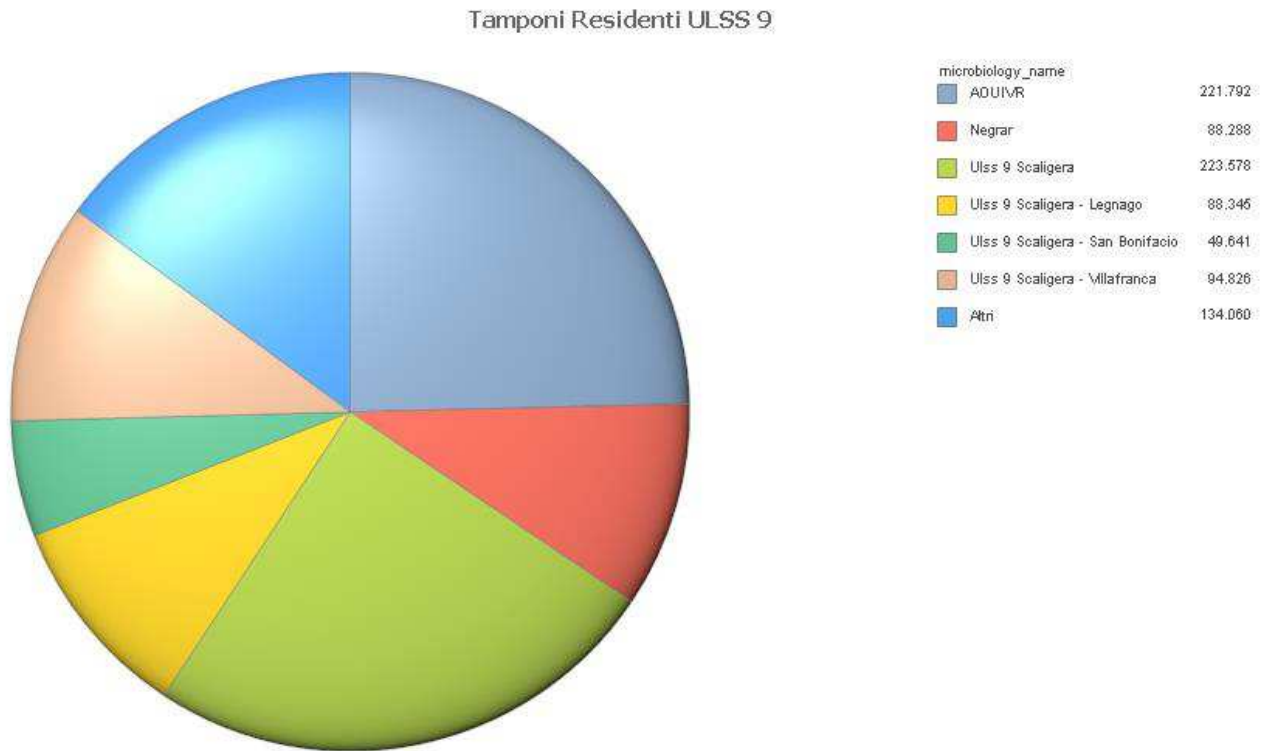
Figura 18 – N. Tamponi al giorno e percentuale di positivi



Il tasso di positività rilevato, congruente con l'andamento della pandemia, ha raggiunto il 25% medio nei momenti di picco della pandemia, superando in alcune giornate la soglia del 35%.

Sul totale dei test effettuati, è l'AOUI di Verona ad aver svolto il maggior numero di esami, soprattutto molecolari.

Figura 19- Peso % dei laboratori nell'esecuzione dei test diagnostici SARS-Cov2 (Antigenici rapidi nella voce "Ulss 9 Scaligera", Molecolari per laboratorio)



La voce Ulss 9 Scaligera, somma tutti i tamponi antigenici eseguiti da strutture dell'ULSS 9, inclusi i MMG.

iv. L'assistenza Territoriale

Nel complesso l'ULSS 9 dispone sul territorio dei seguenti servizi/strutture:

Tabella 31 - Strutture a gestione diretta attive nel 2020

TIPO STRUTTURA	TIPO ASSISTENZA													
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idro termale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	Assistenza a pazienti Covid-19	Vaccinazioni anti Covid-19
Ambulatorio Laboratorio	59	17	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Struttura residenziale	-	-	-	-	9	-	-	-	2	3	1	-	1	-
Struttura semi residenziale	-	-	-	-	9	2	-	-	-	-	3	-	-	-
Altro tipo di struttura	34	3	2	16	7	6	2	-	-	-	-	3	-	4

Tabella 32 - Strutture in convenzione attive nel 2020

TIPO STRUTTURA	TIPO ASSISTENZA												
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio familiare	Assistenza psichiatrica	Assistenza per tossicodipendenti	Assistenza AIDS	Assistenza idro termale	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici	Assistenza ai disabili psichici	Assistenza ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	16	8	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Struttura residenziale	-	-	-	-	28	4	1	-	80	18	47	3	
Struttura semi residenziale	-	-	-	-	2	-	-	-	19	29	56	-	
Altro tipo di struttura	-	-	-	4	-	5	-	1	-	-	-	3	

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 4, per complessivi 22 posti letto residenziali e 100 posti letto semiresidenziali, come riportato nella seguente tabella.

Tabella 33 - Istituti e centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L.833/78 – posti letto 2020

	Posti letto residenziali	Posti letto Semi-residenziale	Totale
CENTRO POLIFUNZIONALE DON CALABRIA	22	100	122
CENTRO AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (Fondazione Speranza Onlus)	0	0	0
A.G.B.D Onlus (Associazione Sindrome di Down)	0	0	0
FONDAZIONE PIU' DI UN SOGNO	0	0	0
Totale	22	100	122

Sono attive due convenzioni con istituti situati nella Regione Emilia Romagna (Istituto Luce del Mare e Villa Salus).

Ospedali di Comunità

Nell'azienda Ulss 9 Scaligera i posti letto attivi degli ospedali di Comunità nel 2019 erano 74 suddivisi su quattro strutture e nel corso del 2020 è stata aperta una nuova struttura a Veggio con 24 posti letto. Poiché durante la gestione della prima ondata dell'emergenza Covid-19 gli Ospedali di Comunità hanno ricoperto un ruolo importante nella gestione delle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19, una volta risolta l'acuzie e nel pieno rispetto delle misure di contenimento del

rischio infettivo, con la DGRV1107/2020 la Regione Veneto ha modificato le schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS. Approvate con DGR n. 614 del 14 maggio 2019- Deliberazione n. 90/CR del 28 luglio 2020.

Per la provincia di Verona sono stati previsti complessivamente 397 posti letto di strutture intermedie (266 pl per Ospedali di Comunità, 70 posti di unità riabilitativa territoriale e 61 pl di hospice): 20 posti letto in più rispetto alla programmazione della DGRV 614/2019

Tabella 34- Ospedali di Comunità: decorrenza attivazione e posti letto

Ulss 9 cod. STS 11	Struttura / ente gestore	PL ATTIVI al 31.12.2019	PL PROGRAMMATI Dgr 1107/2020	PL AUTORIZZATI 2020
	O. BUSSOLENGO	0	24	
768220	O. S. BONIFACIO (Fracastoro)	12	18	12
804001	BOVOLONE (presso l'Ospedale Nodo di rete Monospecialistico Riabilitativo "San Biagio")	23	24	24
	O. MARZANA	0	12	
	O. MALCESINE	0	12	
	C.S.P. Isola della Scala	0	24	
845305	C.S.P. Valeggio sul Mincio	0	24	24
	C.S.P. Caprino Veronese	0	12	
	C.S.P. Nogara		20	
	IRCSS O.CL. Sacro Cuore Don Calabria - Negrar (VR)	0	24	
845332	C.C. Pederzoli - Castelnuovo del Garda (VR)	24	24	24
768146	Centro Sisto Zerbato - Tregnago (VR)	15	24	15
	C.S. Le Betulle - Verona (VR)		24	
ulss 9 Totale		74	266	99
AOUIVR	AOUI VR- BORGIO ROMA	0	30	
TOTALE		74	296	99

Con la finalità di dare piena attuazione al documento "aggiornamento del Piano di Emergenza Autunno" adottato dall'Unità di Crisi in data 22 ottobre 2020 sono stati declinati i posti letto di ospedali di comunità per ogni fase. Dalla fase 1 alla Fase 3 è stata prevista la progressiva occupazione dei posti letto attivi o attivati nella fase di emergenza di marzo fino all'occupazione di un numero di posti letto equivalente allo 0,15 per mille abitanti.

Ulss 9 cod. STS 11	PL ATTIVI al 31.12.2019	PL PROGRAMMATI Dgr 1107/2020	PL AUTORIZZATI 2020	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fae 4
TOTALE	74	296	99	28	113	141	296

In Fase 4 è stato possibile individuare anche posti letto previsti in programmazione, ma non ancora attivati, ulteriori strutture sanitarie o URT da riconvertire fino al raggiungimento dei posti letto previsti.

In Fase 5 possono essere utilizzati come Ospedali di Comunità le strutture ex ospedali individuati nel Piano di emergenza Ospedaliero adottato dall'Unità di Crisi il 15 marzo 2020.

Pertanto, l'ULSS 9 alla luce di quanto sopra, al fine di garantire l'adeguata risposta assistenziale ai pazienti covid provenienti dai reparti di degenza per acuti ha rivisto la pianificazione territoriale ed ha individuato:

-48 posti letto per pazienti covid post acuti in area non critica caratterizzati da una maggiore necessità di monitoraggio clinico e complessità assistenziale medica e infermieristica per i quali doveva essere garantita un'assistenza sanitaria non compatibile con la presa in carico territoriale e quindi non eleggibili per l'Ospedale di Comunità Covid;

Strutture riabilitative per pazienti COVID post acuti di area non critica	N. Posti Letto
UOC MFR Marzana	24
Centro Riabilitativo Veronese	24
TOTALE	48

-112 posti letto per pazienti covid post acuti stabilizzati dal punto di vista medico, nei quali prevaleva l'intervento di riduzione delle conseguenze funzionali della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o terapeutica, con lo scopo finale di integrare il paziente al domicilio e pertanto accoglibili IN Ospedale di Comunità Covid;

Ospedali di Comunità COVID	N. Posti Letto
Ospedale di Comunità Covid San Bonifacio -Cod STS 11 768220	18
Ospedale di Comunità Covid Bovolone -Cod STS 11 804001	34
Ospedale di Comunità Covid Bussolengo -Cod STS 11 845336	36
Ospedale di Comunità Covid Pederzoli -Cod STS 11 845332	24
TOTALE	112

Complessivamente l'azienda ha reso disponibili 160 posti letto per pazienti post acuti provenienti dai reparti di degenza non critica, covid positivi in linea con quanto previsto dal Piano emergenza Autunno - Fase 3 che per l'Ulss 9 prevedeva 141 posti letto. Mentre le restanti strutture nei restanti 95 posti letto hanno garantito l'assistenza ai pazienti non covid o negativizzati.

Ospedali di Comunità per pazienti negativizzati e pazienti no covid	N. Posti Letto
Ospedale di Comunità Tregnago -Cod STS 11 768146	24
Ospedale di Comunità Bovolone -Cod STS 11 804001	23
Ospedale di Comunità Valeggio -Cod STS 11 768220	24
Ospedale di Comunità Pederzoli -Cod STS 11 845332	24
TOTALE	95

Hospice

In relazione al n° di abitanti dell'ULSS, pari a 928.441, e all'indicazione normativa regionale di 0.5 posti letto/10.000 abitanti, risulta pertanto un fabbisogno di almeno 46 pl per l'intera Azienda. La DGRV 1107/2020 individua complessivamente 61 posti letto: 20 in strutture a gestione pubblica diretta, 41 in strutture private accreditate. Attualmente in Azienda Ulss 9 Scaligera sono attivati 3 Hospice per 31 posti letto complessivi:

Tabella 35- Hospice: decorrenza attivazione e posti letto

Ex ULSS	Hospice	Comune	posti letto	Codice STS 11	Inizio attività
120	San Cristoforo	COLOGNA VENETA	7	768014	01/01/1999
120	San Giuseppe di Marzana	VERONA	14	768094	01/06/2006
122	Pederzoli	PESCHIERA DEL GARDA	10	845338	01/10/2018

Nelle tabelle sottostanti sono riportate le strutture (a gestione diretta e convenzionata) articolate per tipologia di assistenza. Si precisa che una stessa struttura “fisica” può svolgere più attività, e pertanto risulta conteggiata tante volte quante sono le differenti attività codificate nei modelli ministeriali.

Cure Primarie

Relativamente alle cure primarie, l’azienda opera mediante 566 Medici di Medicina Generale, 114 Pediatri di libera scelta e 135 Medici di continuità assistenziale.

Tabella 36 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati con l’ULSS 9 al 31/12/2020

	Distretti 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Medici di Medicina Generale	149	143	90	184	566
Pediatri di Libera Scelta	26	29	20	39	114
Medici di medicina generale – continuità assistenziale	43	35	20	37	135

Nel 2018 le Direzioni Distrettuali e delle Cure Primarie hanno formulato il Piano di Sviluppo delle Cure Primarie attraverso l’implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo (ex ACN della medicina generale del 23/3/2005 e smi) per il triennio 2018-2020. Il Piano Socio sanitario 2019-2023 approvato con L.R. n. 48 del 28/12/2018 ha confermato il ruolo del setting assistenziale dell’Assistenza Primaria, articolato in Medicine di Gruppo e team multi professionali, nel primo contatto con l’assistito e nella presa in carico della cronicità. Con DGRV 476 del 23/04/2019 la Regione Veneto ha approvato i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie per il biennio 2019-2020 con l’implementazione delle Medicine in Rete e delle Medicine di Gruppo.

Con l'attivazione della Medicina di Gruppo integrata di Isola Rizza nel Distretto 3 Pianura Veronese l'azienda ULSS 9 arriva, nell'anno 2020, a contare 10 Medicine di Gruppo Integrate con 91 medici che vi operano.

Tabella 37 – Numero di Associazioni e Medici aderenti per Medicine di Rete, Medicine di Gruppo e Medicine di Gruppo Integrate (fonte UOS Medicina Convenzionata)

	Distretti 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
N. Medicine in Rete	6	7	1	12	26
N. MMG in MR	33	36	3	56	128
N.PLS in MR	0	0	0	0	0
N. Medicine di Gruppo	26	16	8	20	70
N. MMG in MdG	88	65	31	81	265
N.PLS in MdG	5	5	3	1	14
N. Medicine di Gruppo Integrata	1	2	5	2	10
N. MMG in MGI	7	20	46	18	91
N.PLS in MGI	0	0	0	0	0
N. MMG totale in MR, MdG o MGI	128	121	80	155	484
N.PLS totale in MR, MdG o MGI	5	5	3	1	14
% su TOTALE MMG	86%	85%	89%	84%	86%
% su TOTALE PLS	19%	17%	15%	3%	12%

Al suddetto piano è stato allegato un cronoprogramma ed è stata declinata l'evoluzione delle forme associative, i rispettivi obiettivi e indicatori collegati ai patti aziendali e relativa incentivazione e modalità di corresponsione della stessa. Con la DGR n. 476/2019 la Regione Veneto ha definito i livelli desiderati di associazione tra i medici, disponendo risorse dedicate all'implementazione delle progettualità pianificate.

La programmazione 2019-2020 è stata sospesa a causa della pandemia e per l'anno 2021 è previsto che la % di medici in Medicine di Rete (26%), Medicine di Gruppo (48%) e MGI (15%) arrivi all'89%, tale obiettivo è stato ritenuto prioritario anche in funzione della gestione della Fase 2 della gestione del Covid-19 (Allegato A DGR 782/2020).

Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA)

Il Decreto Legge n. 14 del 9 marzo 2020 - Art. 8 ha previsto che venisse attivata, presso le sedi di continuità assistenziale già esistenti, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Con DGR 782 del 16/06/2020 la Regione Veneto nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale ha individuato dimensioni, composizione e modalità di funzionamento delle USCA. Per l'ULSS 9 la Regione Veneto ha previsto una dotazione di 19 USCA e nel 2020 ne sono state attivate 8: due nel distretto Verona Città, due nel distretto Est Veronese, due nel distretto Pianura Veronese e due nel distretto Ovest Veronese.

Con Deliberazione del Direttore generale n. 1034 del 10/12/2020 è stata istituita un'ulteriore USCA nel Distretto 1 con attività avviata nel 2021.

Le U.S.C.A. hanno garantito l'assistenza, sette giorni su sette, dalle ore 9:00 alle ore 19:00, al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitavano di ricovero ospedaliero o sono stati dimessi dall'ospedale, per il monitoraggio delle condizioni cliniche, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio, nonché l'esecuzione dei tamponi naso-faringei, in stretta collaborazione con il SISP. Il concetto di gestione domiciliare è stato esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A. hanno dato supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità.

Tabella 38- Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA) – anno 2020

DISTRETTO	SEDE	N. USCA PROGRAMMATE	FABBISOGNO N. MEDICI	N. USCA ATTIVATE	N. MEDICI INCARICATI USCA	MONTE ORE GIORNALIERO MEDICI
1 - Verona Città	Verona Centro	2	11	1	6	20
1 - Verona Città	Verona Est	2	16	1	6	22
1 - Verona Città	Cerro Veronese	1	0	0	0	0
2 - Est Veronese	Cologna Veneta	1	4	0	0	0
2 - Est Veronese	San Bonifacio	1	10	1	6	24
2 - Est Veronese	San Giovanni Ilarione	1	3	0	0	0
2 - Est Veronese	Tregnago	1	3	0	0	0
2 - Est Veronese	Verona Sud	1	12	1	6	20
3 - Pianura Veronese	Bovolone	1	6	1	6	23
3 - Pianura Veronese	Legnago	2	12	1	6	20
4 - Ovest Veronese	Caprino Veronese	1	6	1	6	22
4 - Ovest Veronese	Castelnuovo del Garda	1	4	0	0	0
4 - Ovest Veronese	Isola della Scala	1	4	0	0	0
4 - Ovest Veronese	Malcesine	1	4	0	0	0
4 - Ovest Veronese	San Pietro in Cariano	1	6	0	0	0
4 - Ovest Veronese	Valeggio sul Mincio	1	6	1	6	22,5
TOTALE		19	107	8	48	173,5
<i>Monitoraggio USCA 31/12/2020</i>						

L'U.S.C.A. afferisce all'UOC Cure primarie del Distretto di competenza, pertanto, ogni Distretto ha provveduto, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna U.S.C.A., comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte.

Assistenza Domiciliare

Al fine di garantire un adeguato sostegno alle persone con disabilità che necessitano di interventi per l'aiuto personale e per la vita indipendente presso il proprio domicilio, sono garantiti dalle AULSS e dai comuni diversi servizi gratuiti forniti a domicilio, differenziati a seconda delle esigenze del cittadino. I Principali servizi sono l'Assistenza Domiciliare Integrata(ADI) e l'Impegnativa di Cura Domiciliare.

In merito all'ADI si riportano in tabella i dati relativi alle persone seguite. Il confronto con l'anno 2019 fa registrare una diminuzione degli assistiti presi in carico di 4.226 persone, pari al 17%.

Tabella 39 - Utenti in ADI e tipologia di figura che effettua l'accesso

Anno Accesso	2020		2019		Scost. 2020-2019	
	Totale accessi	N assistiti	Totale accessi	N assistiti	Totale accessi	N assistiti
Figura Professionale						
01.MMG	84.459	13.577	129.559	18.946	-45.100	-5.369
02.PLS	691	162	915	214	-224	-52
03.Infermiere	217.419	12.540	244.059	12.374	-26.640	166
04.Medico Specialista	2.808	2.099	3.256	2.348	-448	-249
05.Medico Esperto in cure palliative	7.066	1.242	5.140	845	1.926	397
08.Fisioterapista	8.233	791	11.581	1.023	-3.348	-232
12.Assistente Sociale ULSS	11.081	279	17.547	410	-6.466	-131
13.Assistente Sociale Comune	225	5	265	5	-40	0
15.Medico USCA	332	242			332	242
60.OSS ULSS (del SSN)	43.521	456	50.232	512	-6.711	-56
61.OSS del Comune (no SSN)	173	6	290	6	-117	0
99.Altro	22	15	2	2	20	13
Totale	376.030	20.954	462.846	25.180	-86.816	-4.226

Fonte: Flusso informativo regionale delle cure domiciliari

Con DGRV 1338/2013, nell'ambito delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali, sono state riprogrammate le prestazioni in materia di domiciliarità nella non autosufficienza ed è stata istituita l'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) che ha sostituito le precedenti forme di sostegno economico (Assegno di Cura).

L'ICD è strutturata in cinque tipologie, mutuamente esclusive, ognuna rispondente a diverse intensità di bisogno assistenziale:

- ICDb – utenti con basso bisogno assistenziale (ex Assegno di Cura base e badanti e contributo SAD-ADI);
- ICDm – utenti con medio bisogno assistenziale (ex Assegno di Cura demenze con disturbo comportamentale);
- ICDa – utenti con alto bisogno assistenziale che necessitano di interventi domiciliari di assistenza continua nelle 24 ore e di apparecchiature elettro-medicali;
- ICDp – utenti con grave disabilità psichica e intellettiva (ex contributi aiuto personale);
- ICDf – utenti con grave disabilità fisico-motoria (ex contributi vita indipendente).

A queste fattispecie si deve aggiungere una nuova impegnativa di Cura Domiciliare destinata alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (ICDsla), precedentemente erogate tramite progetti specifici (DGRV 571 del 28/04/2017)

Per l'assegnazione dei contributi (che variano da 120 a 800 euro mensili, ad eccezione per le ICDsla il cui contributo può arrivare fino a 2.000,00 euro) viene valutata sia la gravità del bisogno assistenziale che la situazione economica rilevata con l'ISEE. I criteri stabiliti dalla DGRV 1338/2013 sono stati aggiornati con DGRV 1047/2015. Con DGR n.946/2017 sono state introdotte ulteriori disposizioni integrative della DGRV 517/2017 circa le modalità di liquidazione delle ICDsla. Nella Tabella 34 si riportano i dati. Si può notare che il valore del contributo erogato nel 2020 risulta in aumento, coerentemente con l'andamento del fondo per la non autosufficienza.

Tabella 40 - Numero utenti e valore del contributo ICD erogato

IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE	IMPORTO UNITARIO	ANNO 2018		ANNO 2019		ANNO 2020	
		N. UTENTI	LIQUIDATO ANNO 2018	N. UTENTI	LIQUIDATO ANNO 2019	N. UTENTI	LIQUIDATO ANNO 2020
ICDsla	Contributo variabile	35	€ 255.884,00	36	€ 262.738,25	37	€ 292.081,00
ICDa	600/800 Euro	112	€ 899.500,00	118	€ 923.200,00	111	€ 938.600,00
ICDb	120 Euro	3542	€ 4.381.680,00	3972	€ 4.721.880,00	4166	€ 4.978.440,00
ICDm	400 Euro	797	€ 2.851.600,00	820	€ 2.917.720,00	734	€ 2.632.809,00

ICDp	Contributo Variabile	446	€ 1.480.460,30	484	€ 1.616.387,95	453	€ 1.725.125,02
ICDf	Contributo Variabile	213	€ 1.285.322,44	224	€ 1.300.016,73	196	€ 1.405.198,60
SAD in ADI		-	€ 2.986.668,61		€ 2.988.666,00		€ 2.988.666,00
Sollievo		119	€ 368.637,53	77	€ 317.614,96	38	€ 285.223,00
TOTALE			€ 14.509.752,88		€ 15.048.223,89		€ 15.246.142,62

Le Strutture Intermedie sono strutture sperimentali e innovative per permanenze brevi, tenute ad erogare servizi di assistenza continua in regime di degenza a bassa e media intensità, nonché create allo scopo di:

- Migliorare la continuità dell'assistenza;
- Facilitare le dimissioni ospedaliere;
- Evitare o ritardare gli ingressi definitivi delle persone anziane nelle strutture residenziali.

Le strutture di ricovero intermedie sono in grado di accogliere, per un periodo limitato (20 – 30 giorni) i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

In tale ambito di attività si individuano, in particolare, tre specifiche unità di offerta:

- Ospedale di Comunità: struttura di ricovero intermedia, inserita nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale;
- Unità Riabilitativa Territoriale (URT): struttura di ricovero intermedia con obiettivi assistenziali di assistenza, conservazione dello stato di equilibrio di salute e riabilitazione;

Hospice: struttura residenziale, integrata nella rete dei servizi di cure palliative, destinata all'assistenza di malati inguaribili in fase avanzata di malattia o in condizioni di fine vita.

Assistenza Residenziale e Semi-Residenziale

Questa offerta assistenziale si rivolge agli assistiti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche o con problemi di dipendenze o di salute mentale. Trova espressione in numerose strutture (residenziali e semiresidenziali) adeguatamente dotate per far fronte alle esigenze delle diverse tipologie di pazienti. L'accesso al sistema della residenzialità e semiresidenzialità avviene a seguito di valutazione della UVMD e nel corso del 2017 si è intervenuti per allineare e rendere omogenei i percorsi di accesso che erano presenti nelle exULSS. In particolare con DDG n. 743 del 24 agosto 2017 è stato approvato il regolamento dell'AULSS 9 per l'accesso ai servizi semiresidenziali.

Con DGR n. 1664 del 01.12.2020 "Programmazione e attribuzione alle Aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – Anno 2020. Deliberazione n. 119/CR/2020" la Regione ha individuato le risorse di fonte regionale e statale disponibili per gli interventi LEA in materia di non autosufficienza, stabilendone altresì la destinazione e l'attribuzione alle Aziende ULSS, relativamente all'esercizio 2020; con la sopra citata DGR n. 1664/2020 ha assegnato all'Azienda ULSS 9 Scaligera la somma di Euro 138.126.400,00. Di questi, €89.629.000 sono previsti per la residenzialità anziani, €8.717.000 per residenzialità disabili, € 20.695.100 per semi residenzialità disabili e €18.394.100 domiciliarità (ICD). Poiché la pubblicazione della nuova programmazione ha avuto luogo nel mese di dicembre 2020, l'ULSS non ha esaurito interamente la disponibilità. Inoltre l'attivazione di nuove ICD negli ultimi mesi dell'anno 2020 deve essere sostenibile come volumi da mantenersi anche nell'anno 2021; infatti un'impegnativa assegnata a fine 2020 costerà per 1/12 nel 2020 ma presumibilmente per 12/12 nel 2021.

Le tabelle seguenti riportano il n. di utenti e le giornate di assistenza, suddivisi tra le diverse tipologie di assistenza, ricavate dai flussi ministeriali, confrontati con l'anno precedente.

Tabella 41- Assistenza Residenziale (fonte STS24)

Assistenza residenziale	2020			2019		
	n posti	n utenti	giornate assistenza	n posti	n utenti	giornate assistenza
S05 ASSISTENZA PSICHIATRICA	405	447	126.648	413	461	137.566
S09 ASSISTENZA AGLI ANZIANI	5.457	6.696	1.551.389	5.361	6.687	1.579.839
S10 ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	277	274	86.560	257	254	75.909
S11 ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	462	422	141.992	443	397	132.877
S12 ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	31	347	8.621	31	493	10.271
Totale	6.632	8.186	1.915.210	6.505	8.292	1.936.462

Tabella 42- Assistenza Semi-Residenziale (fonte STS24)

Assistenza semiresidenziale		2020			2019		
		n posti	n utenti	giornate assistenza	n posti	n utenti	giornate assistenza
S05	ASSISTENZA PSICHIATRICA	205	509	13.447	205	664	31.776
S09	ASSISTENZA AGLI ANZIANI	251	247	49.447	244	355	63.466
S10	ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	221	201	36.730	35	43	7.044
S11	ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	1139	981	182.432	1305	1156	222.546
Totale		1.816	1.938	282.056	1.789	2.218	324.832

Con riferimento ai centri per l'assistenza semi residenziale, si deve considerare che con nota prot. N. 109224 del 6 marzo 2020 la loro attività è stata sospesa, ripresa a regime solo dopo l'emanazione dell'ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 61 del 22 giugno 2020, nel rispetto delle regole di cui alle "Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale" elaborate congiuntamente dalla Direzione "Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria" e dalla Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto, valutate con parere favorevole dal Comitato Scientifico "COVID-2019 in Regione Veneto" costituito con DGR 2 marzo 2020, n. 269.

Piano Residenzialità della Salute mentale

In attuazione alla DGR 1673/2018 la AULSS 9 Scaligera ha presentato in data 18 giugno 2019 un Piano d'offerta residenziale, approvato dalla regione con DGR 1437/2019. Il Piano in sintesi è improntato alla necessità di omogenizzare l'offerta ed equità nell'accesso, avviare due moduli di RSP (Residenza SocioSanitaria Psichiatrica) riconvertendo strutture aziendali, rivalutare le unità di offerta, in particolare quelle dedicate alla "residenzialità" leggera.

Per quanto riguarda le RSP sono stati svolti i sopralluoghi necessari ed è stata effettuata una valutazione dei candidati eleggibili, dando priorità ai progetti di continuità terapeutica di coloro che sono già nelle strutture in trasformazione.

Per quanto riguarda la residenzialità leggera, sono già stati riconvertite due strutture GAP (Gruppi Appartamento Protetto) in GAMP (Gruppo Appartamento per Malati psichiatrici) a contenuto unicamente sociale.

Residenza per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

La Regione Veneto in data 20 gennaio 2016 ha attivato la REMS (residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) nel Comune di Nogara (VR) presso il Centro Polifunzionale "Stellini" dell'allora ULSS 21. Dal mese di dicembre 2016 sono funzionanti complessivi 40 posti letto della REMS provvisoria/prodromica. Con recenti provvedimenti giuntali (DGR 208/2020 e 210/2020) sono stati incrementati i posti letto residenziali della rete regionale per pazienti psichiatrici autori di reato in misura di sicurezza detentiva e non detentiva. La DGR 210/2020 ha previsto l'attivazione di una struttura sanitaria sperimentale residenziale idonea per l'applicazione della libertà vigilata "residenziale" ovvero per gli arresti domiciliari in luogo di cura per pazienti psichiatrici autori di reato.

v. Il Dipartimento di Prevenzione

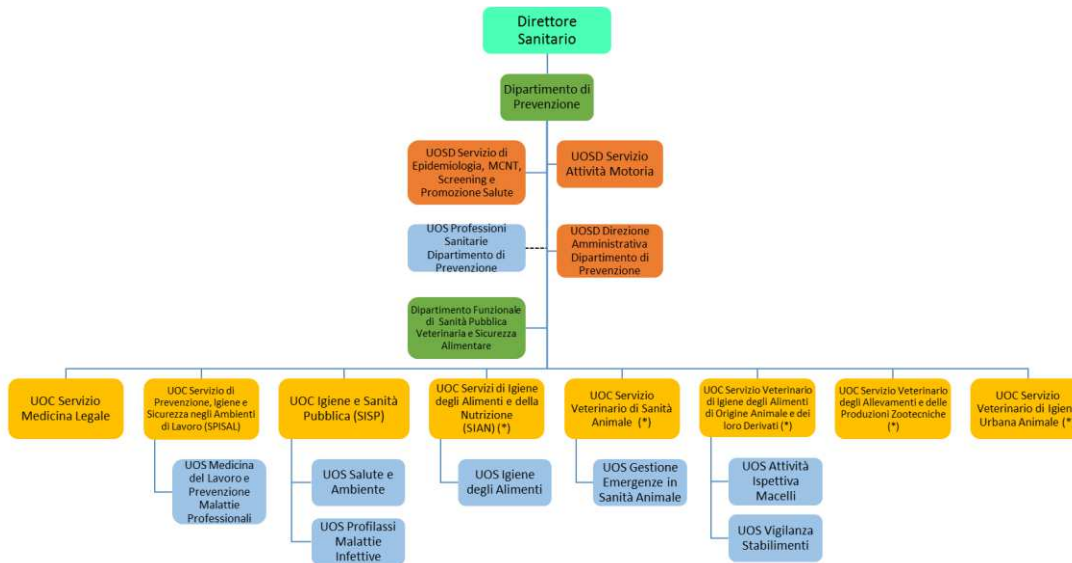
Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura professionale dell’Azienda Sanitaria preposta alla promozione e tutela della salute della popolazione attraverso azioni dirette a migliorare la qualità della vita e dell’ambiente di vita, a conoscere, prevedere e prevenire le cause di malattia, di invalidità e di morte, con riferimento alle patologie maggiormente diffuse e diffusive, sia generali che specifiche del territorio.

La mission del Dipartimento di Prevenzione consiste nel garantire la tutela della salute collettiva e fornire una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespresa, di salute della popolazione, perseguendo strategie di promozione della salute, prevenzione degli stati morbosi, miglioramento della qualità della vita, controllo e vigilanza igienico-sanitaria. Nello specifico, l’attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione è pianificata a partire da livelli nazionali e regionali mediante piani pluriennali di prevenzione (Piano Nazionale di Prevenzione e Piano Regionale di Prevenzione), secondo le seguenti linee strategiche:

- il possesso di dati epidemiologici di base relativi alla realtà locale;
- la capacità di dialogo con i decisori e i portatori di interesse;
- la conoscenza e la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza;
- la definizione degli obiettivi e la programmazione delle azioni prioritarie;
- la verifica dei risultati in termini di efficacia ed efficienza.

Nel corso del 2018 ha acquisito piena operatività il nuovo dipartimento come da organigramma sotto riportato, attraverso le nomine dei dirigenti responsabili.

Figura 20 - Organigramma Dipartimento Prevenzione



(*) Dipende funzionalmente dal Dipartimento Funzionale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

L’obiettivo principale per l’organizzazione dipartimentale è stato quello di avviare una revisione sistematica delle pratiche di prevenzione, condividendole tra i servizi del Dipartimento di Prevenzione, le Istituzioni, le forze sociali e i cittadini al fine di governare e, ove possibile, prevenire i problemi di sanità pubblica del territorio aziendale, con il costante miglioramento della qualità del servizio, e soprattutto della qualità di vita dei cittadini.

Secondo il nuovo Atto Aziendale, il Dipartimento di Prevenzione, in adesione ai contenuti dell’articolo 7-quater del D.Lgs n.502/1992 e s.m.i., della L. n. 189/2012, della L.R. n. 23/2012 e degli artt. 15 e 27 della L.R. n. 19/2016, è articolato in:

Unità Operative Complesse (U.O.C.):

- Servizio di Medicina Legale;
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione;
- Servizio veterinario di sanità animale;

- Servizio veterinario di igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- Servizio veterinario di igiene urbana animale;

Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.):

- Servizio di Epidemiologia, prevenzione Malattie Croniche Non Trasmissibili, Screening e Promozione della Salute;
- Attività Motoria;
- Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione.

Riorganizzazione per affrontare la Pandemia: Gruppi Operativi di Risposta Rapida

La Regione del Veneto, con D.G.R. n. 443/2012 aveva definito da tempo l'organizzazione di strutture preposte alla gestione di crisi emergenziali, prevedendo l'attivazione per ogni Azienda ULSS di un Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) ed un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR).

Come riportato nell'Allegato A della DGR 782/2020, la composizione del CESP e del GORR sono stati aggiornati, su richiesta della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria in data 27.1.2020 allo scopo di predisporre tutte le misure per fronteggiare l'infezione da coronavirus.

Il Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) è istituito dal Direttore Generale e composto da:

- Direttore Sanitario (coordinatore)
- Direttore Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Punto di contatto
- Direttore del presidio ospedaliero
- Direttore della funzione territoriale
- Direttore dello Spisal
- Direttore del Servizio Veterinario se coinvolto
- Responsabile del Servizio infermieristico
- Direttore del Servizio Farmaceutico.

Il Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) è attivato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, in accordo con quanto deciso del CESP. Il GORR, che assolve a funzioni di "epidemic intelligence", è costituito da personale del Dipartimento di Prevenzione e si occupa della gestione dell'emergenza di sanità pubblica con capacità di attivazione elevata: raccolta di informazioni sugli eventi rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza correnti e valutazione del loro potenziale patologico, comunicazioni di informazioni e coordinazione delle informazioni pervenute dagli attori coinvolti, allerta del personale della rete prevenzione, rifornimento del materiale ed attrezzature necessarie.

L'emergenza COVID-19 ha fatto emergere la necessità di integrare l'attuale assetto organizzativo rafforzando i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS al fine di poter rispondere in maniera più pronta e strutturata a future emergenze, rivedendo il ruolo e la composizione dei GORR al fine di consentire la mobilitazione rapida, a moduli e organizzata per ambiti territoriali definiti in funzione della complessità dell'emergenza. Ogni Azienda ULSS dovrà quindi provvedere all'identificazione di un GORR per ogni Distretto Socio Sanitario che sarà di riferimento per il relativo ambito territoriale. Ogni GORR dovrà, in fase di non emergenza, essere costituito da:

- punto di contatto
- n. 1 medico igienista del SISP
- n. 1 medico dello SPISAL
- n. 1 medico veterinario e/o del SIAN
- n. 3 assistenti sanitari (AS),
- n. 1 tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TP),
- n. 1 infermiere (INF).

Con Note 172218 e 173843 del 2/11/2020 inviate dall'ULSS 9 alla Regione, sono stati identificati i componenti di ciascun GORR. Con Delibera del Direttore generale n. 107 del 18/12/2020 è stata effettuata l'integrazione dei profili in ottemperanza alla DGR 782/2020.

Attività di Sorveglianza SARS-COV2

Il Dipartimento di prevenzione è stato, oltre all'ospedale, il primo ambito organizzativo ad essere investito dalla pandemia e dover riorganizzare l'attività al fine di provvedere alla rilevazione dei casi positivi, la rapida messa in quarantena e la gestione della sorveglianza sanitaria e del contact tracing. È stato compito del dipartimento anche organizzare i punti prelievo tamponi territoriali e la campagna di screening covid per dipendenti del SSN, Ospiti ed operatori delle strutture residenziali e tutte le altre categorie previste dalle disposizioni regionali.

Fin dall'emanazione del Piano "Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica" con DGR 344 del 17 marzo 2020 la Regione ha stabilito la strategia da seguire per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di COVID-19, e che fosse necessario:

- individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati;
- disporre, per tutti i contatti, le misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario;
- rimodulare l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione a sostegno dell'emergenza COVID-19;
- screenare tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (SSR), MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti al fine di potenziare la sicurezza degli stessi e degli assistiti;
- individuare positivi in "categorie di lavoratori dei Servizi Essenziali".

Organizzazione dei Centri Tampone

Al fine di individuare un maggior numero di soggetti positivi, è stato necessario effettuare un numero elevato di saggi diagnostici con tampone naso-faringeo. Nel corso della prima ondata, è stato disponibile unicamente il tampone molecolare che richiede l'esecuzione presso un laboratorio di Analisi. A fine maggio la capacità produttiva nella provincia, arrivava a circa 2.000 tamponi/die. Con il potenzialmente dei laboratori, e soprattutto la disponibilità dei tamponi antigenici rapidi, utilizzati stabilmente da fine settembre, la capacità di testare i casi positivi è salita a 7.000 tamponi al giorno.

Il Dipartimento di prevenzione ha definito ed aggiornato, in coerenza con l'aggiornamento dei piani e delle linee guida regionali, tutti i protocolli di accesso al tampone ed attivato, in coerenza con il numero di soggetti positivi, un numero crescente di Centri Tampone, cui la popolazione ha potuto rivolgersi per la diagnosi e la negativizzazione.

A fine dicembre, al culmine del picco della seconda ondata, la provincia di Verona contava 9 Centri Tampone, dei quali 5 gestiti direttamente dall'ULSS con proprio personale, e 4 gestiti con altri soggetti, tra cui la Croce Verde, la Croce Europa e nel caso di Roncà con l'esercito italiano nell'ambito dell'operazione Igea.

Tabella 43 - Elenco centri prelievi tamponi

Punto Tamponi	Sede	Orario	Giorni di apertura
Marzana	Centro Polifunzionale di Marzana	H24	dal lunedì alla domenica
Bussolengo	Centro Polifunzionale Bussolengo (via Carlo Alberto dalla Chiesa)	ore 7.00-19.00	dal lunedì alla domenica
San Bonifacio	Ospedale di San Bonifacio (piano terra, aula 1)	ore 7.00-19.00	dal lunedì a venerdì
Legnago	Ospedale di Legnago (accesso lato pronto soccorso)	ore 7.00-19.00 dal lunedì al venerdì; ore 8.00-14.00	dal lunedì al sabato
Verona	Fiera di Verona – padiglione 10, ingresso E	ore 7.00-19.00	dal lunedì a domenica
Isola della Scala	Centro Polifunzionale di Isola della Scala	ore 9.00-17.00 ore 13.00-21.00	lunedì mercoledì e venerdì martedì giovedì e sabato
Malcesine	Ospedale riabilitativo di Malcesine	ore 8.00-14.00	dal lunedì al sabato
Caprino Veronese	Caprino Veronese Impianti sportivi via Primo Maggio	ore 7.00-19.00	dal lunedì alla domenica
Roncà	Roncà - Impianti sportivi	ore 8.00-14.00	dal lunedì al sabato

Organizzazione sorveglianza sanitaria e contact tracing

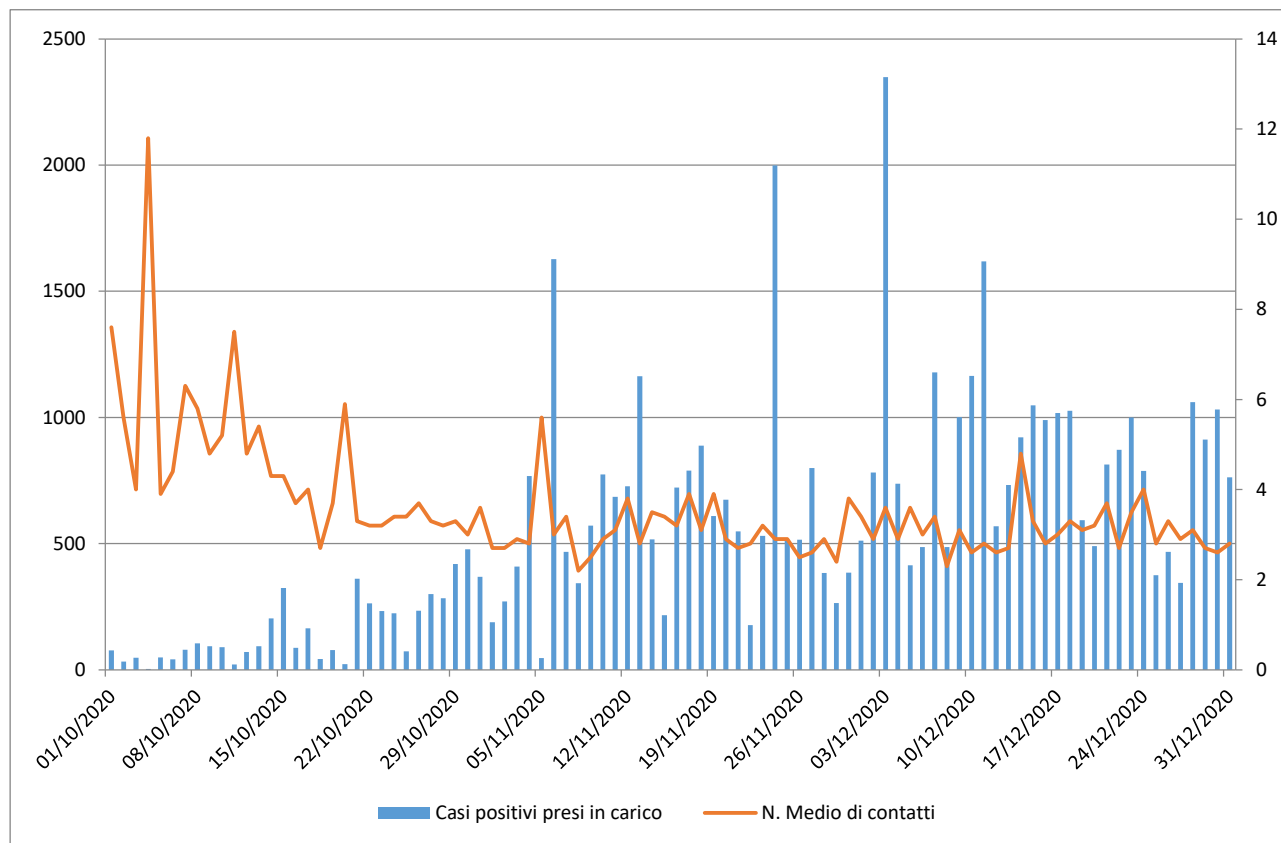
L'effettuazione dei tamponi è imprescindibile per l'individuazione dei casi positivi e la gestione degli isolamenti fiduciari.

Il Dipartimento di Prevenzione ha definito ed aggiornato, in coerenza con l'aggiornamento dei piani e delle linee guida regionali, tutte le procedure necessarie all'invio al tampone dei casi sospetti, la presa in carico dei casi positivi, l'attivazione delle misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario dei casi e dei contatti rilevati tramite le indagini epidemiologiche.

Nella seconda ondata, la disponibilità di un maggior numero di tamponi ha permesso di certificare un numero molto maggiore di casi positivi rispetto alla prima. Questo ha richiesto al Dipartimento di rimodulare la propria attività, concentrando nel momento di picco della pandemia, sostanzialmente tutto il personale di funzioni sospese, nell'attività di contact tracing.

Dal 1 Ottobre sono stati presi in carico 50.093 casi positivi, con una media di 3,61 contatti ciascuno.

Figura 21 - Andamento Casi positivi presi in carico e numero medio di contatti per ciascuno



Screening Covid

Il Dipartimento ha organizzato la campagna di screening prevista dalla DGR 344/2020, poi aggiornate dalla DGR 782/2020, dalla DGR 1104/2020 ed infine dalla 1422/2020, individuando come target principali tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS e Farmacisti, operatori ed ospiti delle Strutture per non autosufficienti.

Le disposizioni regionali hanno definito una tempistica di ripetizione dell'esame di screening, che per il personale sanitario, gli operatori ed ospiti delle case di riposo è stata di 10 giorni nei periodi di massima diffusione del virus. La popolazione target quindi comprendeva circa 6.000 tra dipendenti e non dipendenti dell'ULSS 9, oltre a circa 10.000 tra ospiti ed operatori dei centri residenziali.

Al 31/12/2020, il numero di test effettuati in maniera specifica per lo screening (Motivo: 08 Screening) era di 130.127.

Tabella 44 - Numero di tamponi eseguiti per Screening Covid

Tampone Molecolare	33.563
Test Antigenico Rapido	96.564
TOTALE	130.127

Si riportano di seguito i dati delle principali attività svolte sul territorio delle UU.OO Dipartimentali del Dipartimento di Prevenzione.

Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Tabella 45 –SISP

		2020	2019	2018
PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE DIFFUSIVE	n. vaccinazioni	430.322	496.823	463.825
	E n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)	569	1.431	1.695
ATTIVITÀ PREVENZIONE	DI n. sopralluoghi	833	892	1.632
	n. campionamenti	480	979	801
	n. pareri edilizi	364	507	763

Screening

Nell'ambito dipartimentale, il Programma di Screening gestisce le attività connesse agli screening mammografico, coloretale e cervicale. In particolare pianifica e garantisce tutte le attività necessarie per l'accesso della popolazione target ai programmi di prevenzione secondo le indicazioni stabilite dalla Regione del Veneto ed organizza gli eventuali accertamenti diagnostici di approfondimento e i successivi richiami in follow up.

Tabella 46 –Attività di Screening

		2020	2019
SCREENING MAMMOGRAFICO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	71.187 *	58.720
	Tasso di copertura (obiettivo regionale $\geq 60\%$)	43,30%	64,10%
	n. inviti (esclusi inesitati)	57.464	67.394
	Tasso di adesione grezzo	53,70%	55,90%
SCREENING CITOLOGICO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	78.160	77.925
	Tasso di copertura (obiettivo regionale $\geq 50\%$)	23%	54%
	n. inviti (esclusi inesitati)	35.966	66.467
	Tasso di adesione grezzo	33,10%	40,60%
SCREENING DEL COLON-RETTO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	115.735	114.159
	Tasso di copertura (obiettivo regionale $\geq 50\%$)	20%	55%
	n. inviti (esclusi inesitati)	42.365	98.683
	Tasso di adesione corretto (Obiettivo regionale 65%)	54%	64%
* fascia d'età 50-74 aa			

Contaminazione da Sostanze Perfluoroalchiliche (PFAS)

Il Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) approvato con la DGR 2133 del 23/12/2016 si pone come obiettivo l'identificazione di malattie cronico degenerative dovute all'esposizione ai PFAS ed agli scorretti stili di vita, attraverso la presa in carico sanitaria della popolazione esposta.

I comuni interessati, nel territorio dell'ULSS 9 Scaligera, sono: Albaredo D'Adige, Arcole, Cologna Veneta, Pressana, Roveredo di Guà, Veronella, Zimella, Bevilacqua, Bonavigo, Boschi Sant'Anna, Legnago, Minerbe, Terrazzo. Tutti i cittadini residenti nei comuni citati, di età compresa fra 14 e 65 anni (ovvero nati dall'1/1/1951 al 31/12/2002), vengono invitati, secondo un ordine di età anagrafica decrescente, a partecipare al programma.

Il protocollo di sorveglianza prevede la misurazione della pressione arteriosa, la rilevazione del peso e dell'altezza con un prelievo di sangue e di urine per valutare lo stato di salute del fegato, della funzionalità renale, della tiroide ed un'eventuale alterazione del metabolismo glucidico e dell'assetto lipidico. Inoltre, viene valutato il livello sierico di dodici sostanze PFAS e somministrato un questionario per individuare abitudini di vita non salutari e fornite informazioni e consigli su come proteggere la propria salute.

Nel veronese è stato avviato lo screening PFAS I livello: il 2 maggio 2017 nella sede di Legnago, per i residenti nei comuni del Distretto 3, e il 9 ottobre 2017 nella sede di San Bonifacio per quelli del Distretto 2.

A causa della sospensione dell'attività dal 16/03/2020 e la mancata ripresa sul primo livello, dei 7763 invitati, 3172 sono in attesa di recupero (1677 in sospeso a Legnago e 1495 a San Bonifacio). Pertanto dovrebbe essere ricalcolata anche l'adesione grezza che sale a 54% a Legnago e a 45,2% a San Bonifacio

Si riportano di seguito le tabelle riguardanti l'attività relativa al primo livello del bio monitoraggio PFAS e al II livello

Tabella 47 - Bio monitoraggio PFAS I livello

	2020			2019		
	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%
Legnago	3.852	1.176	30,53%	7.298	4.616	63,25%
San Bonifacio	3.911	1.093	27,95%	6.687	4.211	62,97%
totali	7.763	2.279	29,35%	13.985	8.827	63,10%

Tabella 48 - Monitoraggio PFAS II livello- rischio cardiovascolare

	2020			2019		
	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%
Legnago endocrinologico/internistico	1854	665	35,87%			
Legnago cardiologico	948	409	43,14%	975	590	60,51%
totali	2802	1074	38,33%	369	264	71,54

Servizio Prevenzione e Sicurezza Degli Ambienti Di Lavoro (SPISAL)

Tabella 49 - Attività SPISAL

	2020	2019	
VIGILANZA	Sopralluoghi*	4.096	2.114
	Aziende oggetto di intervento **	3.233	1.812
	Indagini per infortuni sul lavoro	212	216
	Indagini per malattie professionali	170	322
	Verbali redatti con contravvenzioni	420	584
VALUTAZIONI E PARERI	Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	12	36
	Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	1.611	1.630
ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	269	336
	Ascolto sullo stress lavoro-correlato	100	107
ASSISTENZA E PROMOZ. DELLA SALUTE	Interventi di informazione e formazione	19	55
	Produzione e/o diffusione di materiali***	41	10

* Nel totale sono considerati anche quelli fatti per il monitoraggio cantieri (941 nel 2019)

** nel 2020 115 aziende non sono state oggetto di sopralluogo ma la verifica è avvenuta con valutazione documentale, come da indicazioni della Regione Veneto

*** presenti sul sito web <https://spisal.aulss9.veneto.it>

Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Tabella 50 – SIAN

	2020	2019	
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN	Pareri valutazioni tecniche	5906**	7575*
	Pareri su Acque	1230***	1.495
	Sopralluoghi/Interventi Alimenti	2322	2.616
	Sopralluoghi e Vigilanza Acqua destinata al consumo umano anche da fonti private	1230***	1.495
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Alimenti	349	384
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Acque e Vigilanza Arsenico	1230***	1.495
	Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica	371	546
	Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole	sospese nel 2020	140
	Registrazioni, Riconoscimenti	4604	5.886
	Allerte gestite	n.201 (n.302 CU)	172

*= 384 referti campioni alimenti PRIC, 5886 procedimenti SUAP, 50 micologia, 194 casi tossinfezioni, 546 menù, 140 interventi ed. salute, 25 okkio, circa 350 pareri (mail, telefonici, scritti)

** 349 PRIC + 4604 procedimenti SUAP+ 248 perizie su specie fungine+ 371 menù+ 300 pareri c.a (mail, telefonici, scritti)+34 indagini per tossinfezione alimentare

*** n. 7 giudizi per il rilascio del giudizio di qualità ed idoneità d'uso D.M. per nuovi approvvigionamenti idrici (Centrali idriche), + n.1174 giudizi di conformità su rete pubblica+n.49 giudizi su approvvigionamenti privati

Servizi Veterinari

Tabella 51 - Servizio Veterinario Sanità Animale

	2020	2019	
Servizio Veterinario Sanità Animale	Richieste di intervento da parte degli utenti	4.065	6.970
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	4.225	6.035

Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina	328	1.863
Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie	19.923	14.821
Anagrafe bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina e canina	1.253	1.485

Tabella 52 - Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale

	2020	2019	
Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Ispezioni per benessere al macello	43	
	N. di controlli ante e post mortem su animali macellati	123.064.097	120.910.236
	N. di UGBE (unità giovani bovini equivalenti) relative	777.072	1.158.919
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio	566	552
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	110	45
	Certificazioni export		5.128

Tabella 53 - Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produz. Zootecniche e igiene Urbana Animale

	2020	2019	
Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produz. Zootecniche*	Accertamenti e pareri in favore di privati e di pubbliche amministrazioni	6.225	6.450
	Sopralluoghi e pareri su riproduzione animale	60	71
	Controllo sul benessere animali da reddito	1.675	1.536
	Controllo su deposito, vendita, utilizzo del farmaco veterinario	447	595
	Sorveglianza sui sottoprodotti di origine animale	1.504	1.555
	Sorveglianza sulla alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	224	222
	Controllo igienico-sanitario produzione latte	30	36
Servizio Veterinario Igiene Urbana Animale	Lotta al randagismo e controllo benessere animale per gli animali d'affezione	11.425	10.345
	Controllo popolazioni sinantropiche, controllo animali morsicatori e aggressioni	978	1.070
	Soccorso animali incidentati su strada, attività di coordinamento ed eventi formativi	134	57

III. Normativa di Riferimento

Si elencano di seguito, dalle più alle meno recenti le principali disposizioni nazionali, regionali ed aziendali che delineano il quadro normativo di riferimento.

i. Disposizioni inerenti all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

- **Delibera del 31 gennaio 2020** del Consiglio dei Ministri avente per oggetto "Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"
- **DGR n. 344 del 17/03/2020** "Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"
- **DGR n. 428 del 06/04/2020** " Emergenza Covid-19. Attuazione DGR n. 1308/2020 e DGR n. 1565/2020"
- **DGR n. 429 del 06/04/2020** " Emergenza Covid-19. Ulteriori misure straordinarie di sostegno ai Centri di Servizi accreditati in relazione agli effetti negativi dovuti alle restrizioni ed alle maggiori spese sostenute per l'assistenza connesse all'emergenza sanitaria"
- **DGR n. 444 del 07/04/2020** "Emergenza COVID-19: determinazione in merito alla remunerazione delle strutture ospedaliere private accreditate ed approvazione schema protocollo d'intesa tra Regione del Veneto, AIOP ed ARIS."
- **Nota del direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto prot. 165319 del 23/04/2020** ad oggetto: "Rivalutazione delle priorità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sospese a causa dell'emergenza sanitaria a seguito della pandemia da COVID-19"
- **DGR n. 646 del 22 maggio 2020** "Linee di indirizzo alle aziende del SSR per la remunerazione del personale del Comparto Sanità impegnato nell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Approvazione del verbale di intesa del 28 aprile 2020 e del verbale di confronto del 20 maggio 2020 con le organizzazioni sindacali"
- **DGR n. 567 del 05/05/2020** "Disposizioni relative alla prescrizione di tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria"
- **DGR n. 552 del 05/05/2020** "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici"
- **DGR n. 568 del 05/05/2020** "Attivazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza: Telemedicina"
- **DGR n. 595 del 12/05/2020** "Emergenza COVID-19. Disposizioni attuative dell'art.8 del DPCM 26 aprile 2020: indicazioni operative per la graduale riattivazione delle Strutture semiresidenziali per disabili"
- **DDG n.446 del 29/05/2020** "Approvazione piano di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica azienda ULSS 9 Scaligera"
- **DGR n. 715 del 04/06/2020** "verbale di confronto tra l'amministrazione regionale e le organizzazioni sindacali della dirigenza dell'area sanità per l'individuazione e la destinazione di specifiche risorse finalizzate a remunerare le particolari condizioni di disagio lavorativo dei dirigenti impegnati nell'emergenza Covid-19 negli Enti e Aziende del Servizio sanitario regionale"
- **DGR n. 782 del 16/06/2020** "Decreto-Legge 19 maggio 2020, n.34 "misure urgenti, in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica COVID-19. Attuazione delle misure in materia sanitaria"
- **DGR n. 1103 del 06/08 2020** "Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020".
- **DGR n. 1104 del 06/08 2020** "Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020."
- **DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104** "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia"
- **Nota del direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto prot. 336292 del 27/08/2020** ad oggetto: "Art 29, comma 9, D.L. 104/2020: Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa"
- **DGR n. 1407 del 16/09/ 2020** "Disposizioni relative alla prescrizione del test rapido per la ricerca dell'Antigene SARS-CoV2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria e, ad integrazione della DGR n. 567 del 5 maggio 2020, estensione della prescrizione dei tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV2."
- **DGR n. 1523 del 10/10/ 2020** "Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19"
- **DGR n. 1524 del 10/10/ 2020** "Emergenza COVID-19. Misure straordinarie di sostegno dei Centri di Servizi accreditati per l'assistenza ad anziani non autosufficienti in relazione alle maggiori spese sostenute per la gestione dell'emergenza sanitaria"
- **DGR n. 1421 del 21/10/ 2020** "Emergenza epidemiologica COVID-19: riconoscimento dell'incremento tariffario e della remunerazione della funzione assistenziale nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati individuati dal Piano emergenziale ospedaliero di cui alla deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020. Art. 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77"
- **DGR n. 1422 del 21/10/ 2020** "Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020"
- **DM 28 ottobre 2020** "Classificazione della Malattia da SARS-CoV-2 (Covid 19) e sue manifestazioni cliniche e linee guida di codifica della SDO"
- **DGR n. 1474 del 03/10/ 2020** "Costituzione del "Comitato di crisi Coronavirus" in relazione alla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19"

- **DGR n. 1589 del 17 novembre 2020** "Emergenza COVID-19. Disposizioni per la gestione dell'emergenza epidemiologica nelle Strutture residenziali per "anziani non autosufficienti."
- **DGR n. 1081 del 22/12/2020**, integrata con successiva DGR n. 239 del 02/03/2021, sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19"
- **DGR n. 308 del 18 marzo 2021** Approvazione del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", a modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e del documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020.
- **D.L. 22 aprile 2021, n. 52**, convertito con modificazioni dalla legge 17 giugno 2021, n. 8
- **DGR n. 538 del 27 aprile 2021** Definizione di un modello per la presa in carico e la gestione dei pazienti con patologie post-acute, correlate alla pandemia COVID-19. Istituzione di una "Piattaforma per la presa in carico riabilitativa e per l'erogazione di interventi di Teleriabilitazione e di un Centro Regionale per le Tecnologie della Teleriabilitazione e il Termalismo (CRTTT).
- **DGR n. 556 del 27 aprile 2021** Recepimento Accordo Quadro nazionale per la somministrazione di vaccini anti SARS-CoV-2 presso le farmacie convenzionate, approvazione dello Schema del relativo Protocollo d'Intesa Integrativo regionale e aggiornamento del Protocollo d'Intesa per l'effettuazione in farmacia di test rapidi antigenici -giusta DGR n. 1864/2020.
- **DGR n. 579 del 04 maggio 2021** Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 16/04/2021 relativo alla "Partecipazione dei pediatri di libera scelta alla campagna vaccinale SARS-COV-2"
- **DGR n. 727 del 08 giugno 2021** Approvazione del nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii. e della D.G.R. n. 308 del 18/03/2021.
- **DGR n. 728 del 08 giugno 2021** Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 28/04/2021 relativo alla "Partecipazione dei medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni alla campagna vaccinale SARS-COV-2".
- **D.G.R. n. 805 del 22/06/2021** è stato approvato il documento per il "Rafforzamento delle attività di testing e di sequenziamento per la sorveglianza ed il monitoraggio della circolazione virale e delle varianti di SARS-CoV-2",
- **DGR n. 992 del 20 luglio 2021** Approvazione del documento recante "Strategia per il rafforzamento dell'offerta vaccinale nel contesto dei focolai causati da "Variant of Concern" (VOC) di SARS-CoV-2".
- **D.L. 23 luglio 2021, n. 105**, "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche" – Green Pass
- **DGR n. 1116 del 09 agosto 2021** Recepimento del Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19, Federfarma, Assofarm e Farmacieunite ai sensi dell'art. 5 del decreto legge 23 luglio 2021, n.105. Sospensione parziale del Protocollo d'Intesa regionale per l'esecuzione di test antigenici rapidi in farmacia per la sorveglianza COVID-19, approvato con DGR n. 1864 del 29.12.2021 e s.m.i.
- **DGR n. 1117 del 09 agosto 2021** Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica di cui alla D.G.R. n. 727 del 8 giugno 2021 e alla D.G.R. n. 805 del 22 giugno 2021.
- **D.L. 6 agosto 2021, n. 111** Misure urgenti per l'esercizio in sicurezza delle attività scolastiche, universitarie, sociali e in materia di trasporti

ii. Ambito programmazione

- **DGRV n. 1129 del 17/08/2021** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2021”
- **DGRV n. 1061 del 3 agosto 2021** “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73”
- **DGRV n. 958 del 13/07/2021** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021”
- **DGRV n. 759 del 15 giugno 2021** Disposizioni in merito all'aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73.
- **DGRV n. 730 del 08 giugno 2021** Legge 112 del 2016. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze del 21 dicembre 2020, recante riparto del "Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" per l'annualità 2020. DGR n. 2141/2017, DGR n. 154/2018.
- **DGRV n. 222 del 02 marzo 2021** Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020).
- **DDG n. 1127 del 31/12/2020;** “Approvazione Atto Aziendale ULSS9 Scaligera – Decreto 150 del 22/12/2020 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione Veneto”
- **DGR n. 1866 del 29 dicembre 2020** “Recepimento dell'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 - 2025.”
- **DGR n. 1529 del 17 novembre 2020** “Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) “
- **DGRV n. 1329 del 08/09/2020** “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104”
- **DDG 698 del 03/09/2020** “Presenza d’atto della DGRV n.1107/2020 relativa alla modifica delle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende ULSS – DGRV n. 614/20 – deliberazione n. 402/2020”
- **DGRV n. 1107 del 06/08/2020** “Modifica delle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS. DGR n. 614 del 14 maggio 2019. Deliberazione n. 90/CR del 28 luglio 2020”
- **DGRV n. 911 del 09/07/2020** “Approvazione del Piano Triennale per le Dipendenze 2020 – 2022”
- **DGRV n. 864 del 30/06/2020** “DPCM \12 gennaio 2017: ridefinizione di percorsi prescrittivi e autorizzativi per l'erogazione di trattamenti indispensabili e insostituibili riconducibili ai livelli essenziali di assistenza”
- Patto per la Salute 2019-2021 tra Stato-Regioni (Intesa Stato-Regioni 18 Dicembre 2019)
- **DGRV n. 1494 del 15/10/2019** “Azioni regionali conseguenti alla relazione finale trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità avente ad oggetto "Valutazione dell'esposizione alimentare e caratterizzazione del rischio - Contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche in Veneto”
- **DGRV n. 1437 del 01/10/2019** “Approvazione posti letto strutture residenziali extraospedaliere area salute mentale relativi ai piani di massima delle Aziende Ulss. DGR 1673 del 12 novembre 2018.”
- **DGRV n. 476 del 23/04/2019** “Approvazione dei Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020 e stima dei costi. Ulteriori disposizioni relative alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate”
- **DGRV n.614 del 14/3/2019** “Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSSS, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedale Universitaria integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico veneto – IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico “Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione” e degli erogatori ospedalieri privati accreditati. L.R. 48/2018 “Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023”. Richiesta di parere alla Commissione consiliare. Art. 7, comma 1, e punto 3.1, paragrafo “hub and spoke”, dell'allegato della L.R. 48/2018.”
- **DM del 12 marzo 2019** “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”
- **DGRV n. 248 del 8/03/2019** “Determinazioni degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.”
- **L.R. n. 48 del 19/12/2018** “Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023”

- **DGRV n. 1673 del 12/11/2018** “Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018.”
- **DGRV n. 1231 del 14/8/2018** “Approvazione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le aziende ULSS e i Centri di Servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17, comma 3 della LR n. 22 del 2002 e dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. n. 502 del 1992.”
- **DGRV n. 1978 del 6/12/2017** “Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Disposizioni applicative in ordine all'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33).”
- **DGR n. 1364 del 22/8/2017** “Parziale modifica della DGR n. 851 del 13.06.2017 "Approvazione Il livello del Protocollo di screening della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche e del Trattamento di Soggetti Con Alte Concentrazioni di PFAS”
- **DGRV n. 1075 del 13/7/2017** “Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.”
- **DGRV n. 851 del 13/6/2017** “Approvazione Il livello del "Protocollo di screening della popolazione veneta esposta a sostanze perfluoroalchiliche" e del "Trattamento di Soggetti Con Alte Concentrazioni di PFAS”
- **DGRV n. 433 del 06 aprile 2017** “Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale: modifica del profilo assistenziale ed economico delle prestazioni mediche, e definizione dei criteri volti al superamento della sospensione del rilascio di nuovi accreditamenti disposta con DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016.”
- **DPCM 12 gennaio 2017** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”
- **DGRV n. 2174 del 23/12/2016** “Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n.19”
- **DGRV n. 2133 del 23/12/2016** “Approvazione del "Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta alle sostanze perfluoroalchiliche" e del "Piano di campionamento per il monitoraggio degli alimenti in relazione alla contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in alcuni ambiti della Regione del Veneto”

iii. Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa

- **DGRV n. 693 del 31 maggio 2021** Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021 di cui al D.P.C.M. 21 novembre 2019 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019 - 2021. Aggiornamento programmazione risorse annualità 2020.
- **DGRV n. 318 del 18 marzo 2021** Definizione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale - parte corrente - destinato al processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e valorizzazione tariffa della Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) ex art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9 (DGR 1966/2016).
- **DGRV n. 69 del 26 gennaio 2021** Attribuzione alle Aziende ULSS del Veneto delle risorse, di cui alla D.G.R. n. 1046 del 28/07/2020, previste a titolo indistinto per il concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) (art. 1, comma 408 della L. n. 232/2016). Esercizio 2020: riparto definitivo.
- **DGR n. 1664 del 01.12.2020** “Programmazione e attribuzione alle Aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – Anno 2020. Deliberazione n. 119/CR/2020”
- **DGR n. 1046 del 28 luglio 2020** Assegnazione agli Enti del SSR della Regione del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2020.
- **DGRV n. 670 del 26 maggio 2020** Approvazione del "Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021" di cui al D.P.C.M. 21 novembre 2019 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019 - 2021.
- **DGRV n. 468 del 14 aprile 2020** “Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per il sostegno dei trattamenti residenziali socio-riabilitativi. Esercizio 2020.”
- **DGRV n. 2027 del 30 dicembre 2019** Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per l'assistenza socio sanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali. Anno 2019.
- **L.R. n.42 del 18/10/2019** “Seconda variazione generale al bilancio di previsione 2019-2021 della Regione del Veneto.” Nel Comma 4, art.1 della che prevede l'abrogazione dell'art.19 della legge regionale 14 dicembre 2018, n.43 con effetto dall'inizio dell'esercizio finanziario 2020. Ciò comporta l'applicazione dei Lea nazionali in materia di salute mentale nella percentuale di 60% a carico del bilancio sociale e del 40% a carico del bilancio sanitario
- **DM 24 maggio 2019** Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale.
- **DGR n. 333 del 26/3/2019** “Assegnazione alle Aziende Sanitarie del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2019 e 2020. DGR n.1/CR del 4 gennaio 2019”

- **DDG n. 135 del 14/3/2019** “Approvazione piano triennale 2019-2021 dei fabbisogni di personale (PTFP) Azienda ULSS 9 Scaligera - Definitivo”
- **DGR n. 246 del 8/3/2019** “Approvazione del bilancio preventivo economico consolidato del SSR e dei bilanci preventivi economici annuali degli Enti del SSR relativi all'esercizio 2019. Art. 32 D.lgs. 118/2011 e s.m.i..”
- **Legge 145 del 30/12/2018** “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021” art.1 commi 849-866
- **DGRV n. 1882 del 23/12/2015** “Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l'utilizzo nell'anno 2016 dell'istituto dell'acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000”;
- **DGRV n. 1907 del 23/12/2015** “Effettuazione presso le Aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Previsione di nuove assunzioni”;
- **DGRV n. 1169 del 08/09/2015** “D.L. n. 78/2015 (c.d. spending review) convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125 – Articoli da 9-bis a 9-octies – Recepimento e disposizioni regionali attuative”;
- **DGRV n. 183 del 01/07/2015** “Percorso Attuativo della Certificabilità ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1° marzo 2013. Recepimento delle raccomandazioni/prescrizioni al Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC).
- **D.lgs. n. 118 del 23/06/2011** che al titolo II detta disposizioni sui “*principi contabili generali e applicati per il settore sanitario*” introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;

Limiti di costo ed altre disposizioni relative ai costi

- **DDR Area Sanità e Sociale n. 80 del 30.07.2021** “Disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2021”
- **DDR Area Sanità e Sociale n. 30 del 23.03.2021** “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari l'anno 2021”;

Programmazione Privati Accreditati

- **DGRV n. 925 del 05 luglio 2021** Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per il triennio 2021-2023 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto.
- **DGRV n. 317 del 18 marzo 2021** Assegnazione di budget per l'attività di riabilitazione extraospedaliera, per il triennio 2021-2023, nei confronti dei Centri e dei Presidi privati accreditati di riabilitazione funzionale (CPRF) dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - ed ulteriori disposizioni.
- **DGRV n. 1778 del 22 dicembre 2020** Budgettazione alle Aziende ULSS per il pagamento LEA per persone con dipendenze patologiche (tossico/alcol dipendenze), riparto anno 2021, con decorrenza dal 1/1/2021.
- **DGR n. 2166 del 29/12/2017:** “Assegnazione di budget per il triennio 2018-2019-2020 per l'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dagli erogatori esclusivamente ambulatoriali nei confronti degli utenti residenti nella Regione Veneto e, a parziale modifica della DGR n. 597/2017, ulteriori disposizioni nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati”;
- **DGR 2212/2016:** “Attuazione DGR 247/2016: Budgettazione per un anno alle Aziende ULSS per pagamento LEA Tossi/alcol dipendenti. Sperimentazione con decorrenza dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2017”;
- **DGR n. 740 del 14/5/ 2015** “Nuova programmazione e modalità di determinazione delle rette tipo per i Centri diurni per persone con disabilità (DGR 6/CR del 10 febbraio 2015).

iv. Ambito Performance e Anticorruzione

- **Deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019** “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”
- **Delibera ANAC n. 330 del 29/03/2017** “Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione.”;
- **Delibera ANAC n. 329 del 29/03/2017** “Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33.”;
- **DGRV n. 140 del 16/02/2016** “Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)”.
- **Delibera ANAC n. 148 del 3/12/2014** “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità”;
- **Delibere CiVIT/ANAC n. 112/2010, n. 1/2012 e n. 6/2013** che contengono linee guida per le Regioni e gli enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale in materia di struttura e modalità di redazione del Piano della Performance;

- **D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013** “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- **DGRV n. 2205 del 06/11/2012** “Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”;
- **D.Lgs. n. 150 del 27/10/2009** “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;

v. Network e benchmarking

- Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali – Scuola Superiore sant’Anna di Pisa (<http://performance.sssup.it/netval/start.php>);
- Programma nazionale valutazione esiti AGENAS (<https://pne.agenas.it/>);
- Adjust Clinical Group (<https://www.ser-veneto.it/it/aree-tematiche/case-mix-territoriale-e-multimorbilit/case-mix-territoriale-e-multimorbilit>);

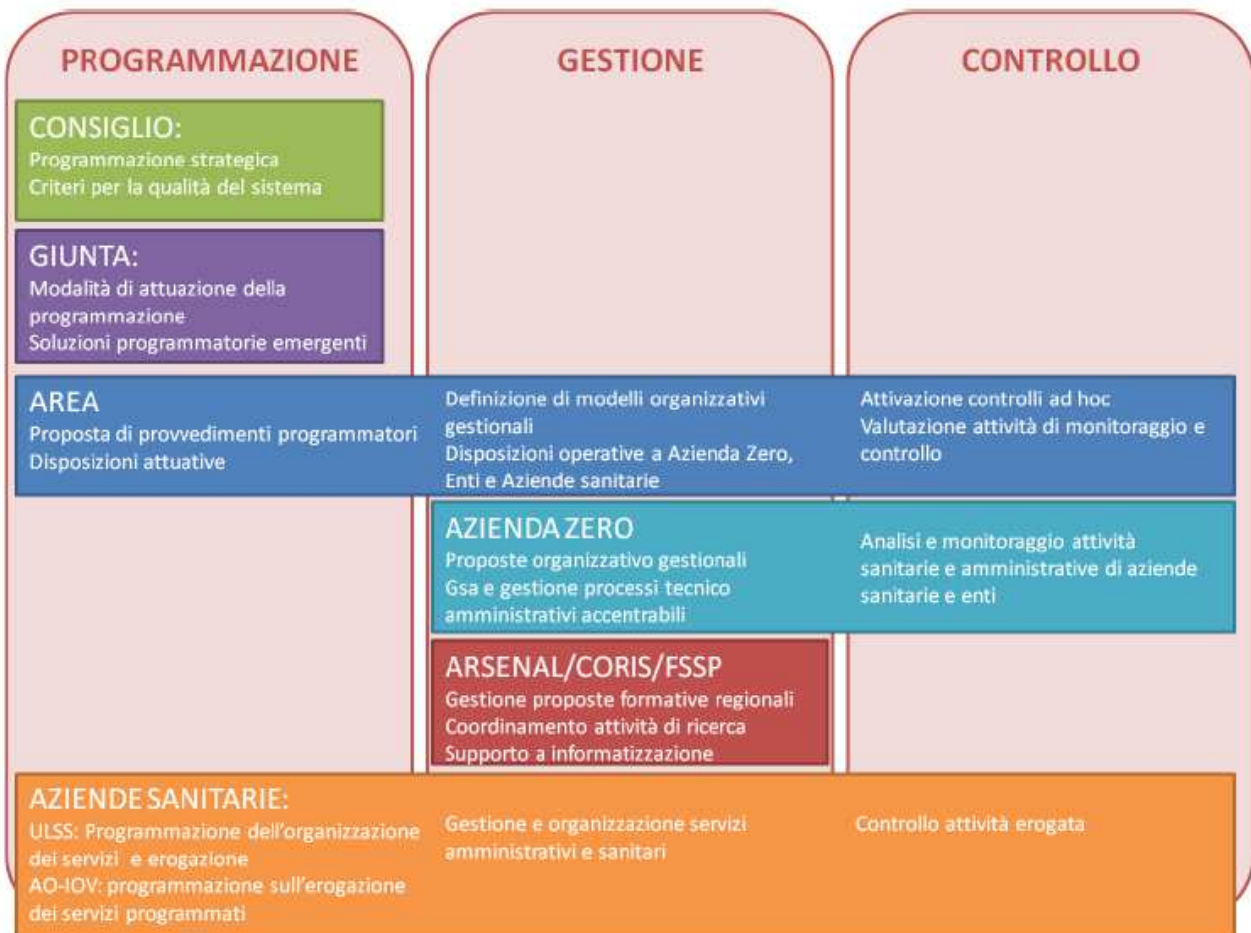
IV. Fonti degli obiettivi strategici dell'ULSS 9

i. Obiettivi da programmazione regionale

Il Piano Socio Sanitario 2019-2023 dedica un capitolo al sistema di valutazione delle performance ed agli obiettivi assegnati ai Direttori generali. Nel Piano si possono identificare *le seguenti direttrici di sviluppo del sistema di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali:*

- l'apertura ancora più significativa, del sistema di assegnazione degli obiettivi e di valutazione della performance agli stimoli esterni, nazionali, internazionali e dei cittadini;
- la maggior personalizzazione degli obiettivi integrati tra le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, lo IOV, le ULSS con i suoi ospedali, anche utilizzando modelli organizzativi dipartimentali, in modo da attuare una integrazione effettiva tra i servizi territoriali con quelli ospedalieri, tenendo conto del dato di partenza, degli standard nazionali ed internazionali e delle concrete soluzioni perseguibili dalle singole aziende;
- la gestione degli obiettivi con tempistiche adeguate ad una funzionale interazione con il Ciclo della performance aziendale."

Figura 22 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale

La Regione Veneto, nel rendere operativi gli obiettivi strategici derivanti dal PSSR, ha assegnato annualmente ai Direttori Generali gli obiettivi con Deliberazione della Giunta Regionale.

La Giunta ha assegnato a ciascun azienda del Servizio Sanitario Regionale obiettivi specifici. Per quanto attiene l'ULSS 9 Scaligera, gli obiettivi assegnati sono contenuti nell'Allegato I della DGR 958/2021 e sono:

PREVENZIONE

P.A.1 "Attuazione Nuovo Piano ""Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio- Sanitarie Territoriali"" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)"

P.A.2 Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020

P.A.3 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni

P.B.1 "Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)"

P.C.1 Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV- 2 negli ambienti di lavoro

P.E.1 "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci"

P.E.2 Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare

P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening

ASSISTENZA DISTRETTUALE

D.A.1 Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale

D.A.2 Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata

D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata

D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa

D.E.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

D.E.2 "Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale"

D.E.3 "Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN"

D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica

D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI

D.H.2 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative

D.H.3 Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale

D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili

ASSISTENZA OSPEDALIERA

O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari

O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

O.T.3 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

PROCESSI DI SUPPORTO

S.A.1 Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19

S.A.2 Efficienza finanziaria

S.A.3 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19

S.A.5 "Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021"

- S.A.6 Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management
- S.A.7 Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR
- S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO
- S.B.3 Prenotazione online (interoperabilità)
- S.B.4 "Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito"
- S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza
- S.F.1 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art 4 co.3 L.R. 21/2010)

Già dal 2019 alcuni di questi obiettivi sono di "mantenimento" e quindi se raggiunti non danno seguito a valorizzazioni particolari, ma in caso contrario prevedono delle penalizzazioni.

Inoltre si sottolinea che:

- il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario sono pre-requisito per il calcolo e la valorizzazione degli specifici indicatori di riferimento,
- il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato è considerato un pre-requisito all'accesso al sistema premiante.
- la DGR 248/2019 prende atto che l'art. 1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, dispone che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento".

Dei 65 indicatori della DGR 958/2021, solo 38 erano già presenti nella DGR 1406/2020 (Obiettivi 2020). Sono cambiati in particolare gli indicatori della prevenzione che includono nel 2021 alcuni indicatori "sospesi" nel 2020 (vaccini, screening) ed includono alcune novità tra cui la vaccinazione covid.

Tabella 54 – Analisi Indicatori correnti rispetto allo storico

Numero di indicatori della DGR 958/2021	Già Presenti nella dgr 1406/2020	Nuovo	Rientro	Totale complessivo
ASSISTENZA DISTRETTUALE	11	4	2	17
ASSISTENZA OSPEDALIERA	8	2	1	11
PREVENZIONE	5	5	6	16
PROCESSI DI SUPPORTO	14	7		21
Totale complessivo	38	18	9	65

Di particolare impatto gli obiettivi:

- **con 11 punti su 60:** P.A.1 "Attuazione Nuovo Piano ""Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio- Sanitarie Territoriali"" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)"
- **con 12 punti su 60:** D.E.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021) e l'omologo O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale

Agli obiettivi regionali deliberati dalla Giunta, si devono aggiungere le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale in quanto coinvolto nella valutazione del Direttore Generale ai sensi della L.R. 19/2016.

In particolare con comunicazione prot. n. 525504 del 10 dicembre 2020 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale è stato reso noto che la V Commissione Consigliare, con riferimento all'anno 2020, intende valutare i seguenti aspetti:

- A. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale delle cure primarie agli indirizzi previsti dalle L.R. 48/2018 e 19/2016
- B. Adeguamento della dotazione territoriale di strutture di ricovero intermedie agli indirizzi previsti dalle L.R. 48/2018 e 19/2016 e DGR 614/2019
- C. Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalle L.R. 48/2018 e 19/2016 e DGR 614/2019
- E. Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro
- G. Tempestività nel dare risposta alle richieste della competente commissione consigliare
- H. Gestione Emergenza Covid

Almeno per quanto non attiene all'emergenza Covid, gli indirizzi sono sostanzialmente immutati dal 2017, e pertanto consentono di ritenere confermata nel prossimo triennio la programmazione.

ii. Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2021-2023

Il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) afferma che *“ l'efficacia del P.T.P.C.T. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'azienda”*. Pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione adottati a livello aziendale. Precisa, inoltre, che è importante stabilire opportuni collegamenti con il Ciclo della Performance e che tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i documenti di piano aziendali. In particolare è dunque necessario un coordinamento tra il PTPCT il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009) e più in generale tra il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009).

Sia la determina A.N.AC. n. 12/2015 di aggiornamento al P.N.A. che il P.N.A. 2016, di cui alla delibera ANAC n. 831/2016, precisano che il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. La citata determina precisa ancora che particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra P.T.P.C.T. e Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Pertanto, l'Azienda annualmente individua azioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire quali obiettivi nel Piano della Performance, sia per quanto riguarda la performance organizzativa che la performance individuale. Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della performance organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità si darà conto nella Relazione della Performance che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza effettua un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individua, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel P.T.P.C.T.

Gli obiettivi aziendali per l'anno 2021 sono i seguenti:

3) Anticorruzione:

Proseguire lo studio dei processi. L'Azienda ha ritenuto rilevante pianificare obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi. Tali attività fanno parte delle azioni formative ma di fatto garantiscono la consulenza e assistenza continuativa ex ante finalizzata alla definizione di presidi idonei a garantire la prevenzione dei rischi di non conformità prestata ai

soggetti rilevanti ai fini dell'adempimento degli obblighi previsti dalle disposizioni normative e regolamentari relative allo svolgimento dei servizi.

Tale sistema tiene in adeguata considerazione i modelli di riferimento e le best practices esistenti in ambito nazionale e internazionale, impone ai Responsabili delle Strutture Complesse il controllo di primo livello. Si chiede infatti attraverso lo studio dei processi, sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di individuare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione e di collegarli puntualmente ai processi organizzativi. Con l'aiuto dell'Internal Audit viene poi completato lo studio sotto l'aspetto della valutazione e ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi permettendo, così, di graduare le priorità di intervento. In considerazione del fatto che gran parte dell'attività è stata fatta già nel 2019, e nell'anno 2020 è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Nel corso del 2021 sono stati previsti corsi di formazione per lo studio dei rischi relativi ad alcuni processi considerati rilevanti, come previsto dal P.T.P.C.T., che hanno avuto luogo in modalità a distanza anche durante il periodo di emergenza Covid.

4) Trasparenza:

In coerenza con il Piano, l'obiettivo di base per la trasparenza è l'inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

iii. Le altre progettualità aziendali

Assunti gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalle disposizioni normative, rimane uno spazio di autonoma elaborazione aziendale per definire obiettivi e progetti per creare o per cogliere opportunità di miglioramento, sia in termini di qualità ed efficacia che di efficienza.

In questa prospettiva emergono gli obiettivi relativi a:

- Soddisfazione dell'utenza: cui l'Azienda intende dedicare specifici investimenti con l'effettuazione di indagini di soddisfazione ed il monitoraggio sistematico dei reclami;
- Clima organizzativo: che l'azienda nel 2019 ha analizzato nuovamente (dopo l'esperienza del 2017) tramite l'indagine promossa dal Network Sant'Anna, in modo da monitorare la dinamica del benessere del personale che proviene da un biennio di riorganizzazione aziendale molto intensa;
- Accreditamento all'eccellenza e qualità dei processi: argomento già sviluppato nelle ex ULSS oggi incorporate, richiede un continuo investimento per non perdere le certificazioni già ottenute e per misurarsi con standard sempre in aumento.

Infine il quadro della programmazione si chiude con l'area socio-sanitaria e sociale, le cui dimensioni sono inserite nel Piano di Zona, da cui derivano le principali progettualità ed attività richieste dagli accordi tra ULSS e Comuni.

V. Piano Organizzativo del lavoro Agile

i. Stato di attuazione e sviluppo del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) in Azienda Ulss 9 Scaligera

Livello di attuazione e sviluppo

L'Azienda ULSS9 Scaligera, con deliberazione n. 880 del 31/12/2019 ha approvato il "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITA' LAVORO AGILE (SMART WORKING)" nell'ambito delle iniziative relative all'attuazione del Piano Triennale per il Benessere Organizzativo. Il regolamento è stato approvato limitatamente all'ambito del comparto al fine di testare e sperimentare la fattibilità del lavoro agile in Azienda così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 con l'obiettivo di estenderne, successivamente, l'applicazione anche alla Dirigenza. Tale modalità di svolgimento della attività lavorativa è andata, di fatto, a sostituire, inglobandole, anche le attività telelavorabili, già in uso nella sola Azienda Ulss 20 di Verona. Il Regolamento aziendale disciplina l'ambito di applicazione, le modalità di richiesta, il progetto di lavoro agile, l'assegnazione dei progetti di lavoro agile (smart working), il rapporto di lavoro, l'orario e le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, il controllo della prestazione lavorativa, la postazione smart working, l'utilizzo del software, l'applicazione delle misure di sicurezza e salvaguardia dei dati, gli obblighi, la diligenza e riservatezza, le misure di prevenzione e protezione dei dati, la retribuzione, il salario accessorio e i rimborsi spese.

Sulla base di tale Regolamento sono state attivate, nei primi mesi del 2020 le prime n. 6 postazioni di lavoro agile.

Con l'emergenza sanitaria da Coronavirus, è diventato obbligatorio per la Pubblica Amministrazione e quindi anche per l'Azienda Ulss 9 adottare misure organizzative per il ricorso allo smart working. E' quanto ha disposto il Ministro per la Pubblica Amministrazione, Fabiana Dadone, con la circolare n. 1 del 4 marzo 2020 nel fornire chiarimenti sulle misure e sugli strumenti a cui la PA, in qualità di datore di lavoro, poteva ricorrere per incentivare modalità più adeguate e flessibili di svolgimento della prestazione lavorativa. Ciò anche nell'ipotesi in cui il dipendente si rendesse disponibile ad utilizzare propri dispositivi, a fronte dell'indisponibilità o insufficienza di dotazione informatica da parte dell'Amministrazione. L'Azienda Ulss 9 di fatto disponeva già degli strumenti necessari per attivare, unitamente alle altre misure individuate, progetti di lavoro agile per il personale dipendente, estendendolo anche alla Dirigenza sulla base del modello organizzativo approvato per il comparto con la regolamentazione sopra richiamata.

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda Ulss 9 Scaligera ha adottato una modalità di attuazione di S.W. semplificato secondo le indicazioni nazionali regionali ed aziendali che prevedevano un più ampio ricorso al lavoro agile in tempi ridotti. Sono state pertanto adottate modalità semplificate rispetto a quelle previste nel regolamento citato, prevedendo altresì il possibile utilizzo di strumentazione personale con il supporto dell'Help Desk aziendale per le configurazioni necessarie. Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, fermo restando tuttavia l'esclusione dalla modalità lavorativa agile di tutte le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede. Il lavoro agile è stato conseguentemente attivato, a seguito di una valutazione da parte del Direttore delle singole Unità Operative, assicurando prioritariamente la presenza del personale con qualifica dirigenziale, pur non escludendo per alcuni di questi l'accesso allo Smart Working.

Un importante fattore che ha permesso di sperimentare ed attivare il lavoro agile è stata la messa a disposizione e l'implementazione di numerosi strumenti e sistemi informatici quali la posta elettronica aziendale della quale dispongono tutti i dipendenti della Azienda ed i servizi di condivisione ed elaborazione documentale (Google Drive, Google Documents) nonché i sistemi di comunicazione via chat e videoconferenza (Google Meet e similari).

Dal punto di vista normativo si sono poi susseguite proroghe della modalità ordinarie di lavoro agile in concomitanza con le proroghe della permanenza dell'emergenza sanitaria da coronavirus e produzione normativa tesa a fornire una base sulla quale far transitare, a regime, con precisa regolamentazione e organizzazione, le forme di smart working messe in atto durante la pandemia.

Con DM 9 dicembre 2020 vengono approvate le "LINEE GUIDA SUL PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) E INDICATORI DI PERFORMANCE" con l'intento di fornire alcune indicazioni metodologiche per supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile.

Con D.P.C.M. 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni" è stato previsto che a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e quindi anche nella nostra Azienda sia quella svolta in presenza.

Con DM 08/10/2021 il Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, ha disciplinato il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica amministrazione a partire dal 15 ottobre prevedendo che ogni amministrazione adotti le misure organizzative necessarie all'attuazione delle misure previste dal Dm entro i successivi 15 giorni, assicurando da subito la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti all'erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di sportello e di ricevimento dell'utenza.

L'Azienda ha pertanto emanato la nota allegata informando tutto il personale del necessario rientro in presenza con la gradualità prevista nella stessa.

Programma di sviluppo del lavoro agile

Al fine di consentire la prosecuzione della positiva esperienza già sperimentata l'Azienda, in considerazione che non sono emersi ritardi o accumuli di arretrato dovuti a tale modalità lavorativa, si sta adoperando per consentire quanto prima l'accesso allo smart working nelle nuove modalità che saranno definite a livello ministeriale e che potranno anche consentire l'utilizzo, quanto prima, della suddetta modalità lavorativa, facendo salvi, nel frattempo gli accordi individuali per il lavoro agile stipulati pre-pandemia secondo la legge n. 81/2017 che saranno modificati al fine del rispetto delle nuove condizioni previste per lo smart working nonché la possibilità di accedere al lavoro agile da parte dei lavoratori "fragili" – per i quali la disciplina di cui all'articolo 26, commi 2 e 2 bis del decreto-legge 18/2020 è stata prorogata da ultimo fino al 31 dicembre 2021, sempre nel rispetto delle condizioni previste dal decreto ministeriale 8 ottobre 2021.

Considerato inoltre che le amministrazioni che si sono già dotate di Pola (Piani organizzativi per il lavoro agile) potranno continuare con lo smart working, nelle more della definizione dei Piao (Piani integrati di attività e organizzazione) e della definizione, a livello di contrattazione nazionale, delle nuove disposizioni che disciplineranno la materia, l'Azienda Ulss 9 ha deciso di adottare, entro il 31 ottobre tale piano, in corso di predisposizione, in aderenza con le nuove disposizioni di cui al DM 08/10/2021 e nel rispetto delle condizionalità previste dal decreto

stesso e fermo restando lo svolgimento di tutta la capacità operativa in presenza per la fruizione dei servizi da parte dell'utenza.

Nel Polo di prossima adozione saranno pertanto definiti e regolamentati, in aderenza al DM 08/10/2021 i seguenti aspetti minimi:

- Dovrà essere prevista l'assicurazione della piena erogazione dei servizi resi agli utenti;
- Dovrà essere prevista una adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza, per ciascun lavoratore, del lavoro in presenza;
- Dovranno essere previsti gli adempimenti da mettere in atto attraverso i quali l'Azienda si doterà di piattaforma digitale o di un cloud o comunque strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile o evidenziati gli accorgimenti organizzativi già in essere;
- Dovranno essere previsti gli adempimenti da mettere in atto da parte dell'Azienda per mettere a disposizione apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- Dovrà essere previsto il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- La rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario;
- Dovranno essere definiti i contenuti dell'accordo individuale ai sensi della "legge Madia" n. 81/2017, che definisca almeno gli specifici obiettivi della prestazione resa in lavoro agile, le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore, nonché eventuali fasce di contattabilità e le modalità e i criteri della misurazione della stessa prestazione. In tali accordi saranno definiti altresì i parametri di valutazione e misurabilità dell'attività in smart working;
- Saranno definite le attività che non saranno suscettibili di resa in smart working;
- Saranno previste modalità di svolgimento dell'attività lavorativa in co-working laddove sarà possibile individuare delle sedi diverse da quella di assegnazione ma utilizzabili a rotazione per alcune giornate lavorative e la possibilità di ripristinare il telelavoro laddove lo stesso risulti funzionale per attività che non siano individuate come organizzabili in modalità agile.

Sulla base del Polo così predisposto si procederà con la sottoscrizione dei nuovi accordi in aderenza alle novellate modalità organizzative. Il Polo confluirà nel POIA e sarà modificato per adeguarlo alle modifiche che interverranno a regime a seguito della regolamentazione contrattuale a livello nazionale.

Di seguito l'analisi degli aspetti più rilevanti dell'esperienza attuata. Dal grafico 9 emerge la stabilità che caratterizza il ricorso al lavoro agile e che evidenzia come tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa sia di fatto consolidata nella modalità organizzativa aziendale.

Figura 23- Analisi composizione per genere dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile – ANNO 2020

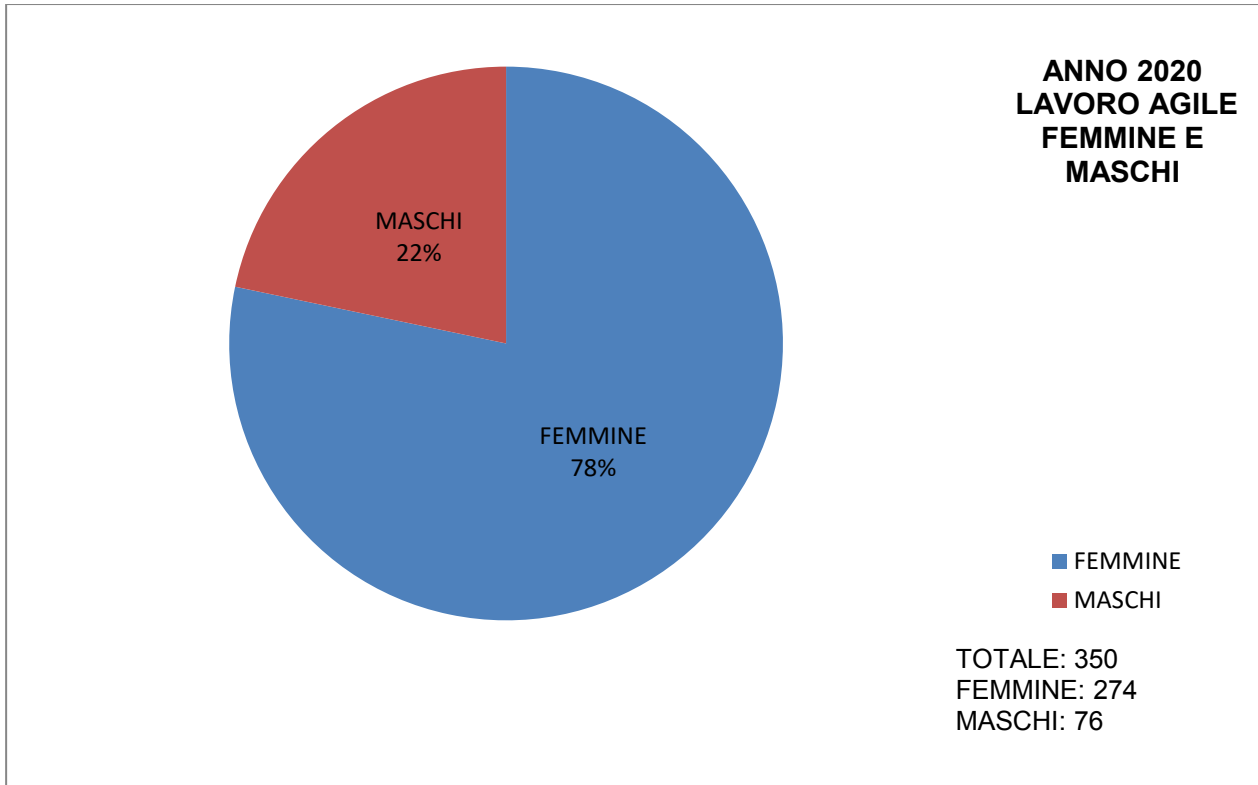


Figura 24 - Analisi composizione per genere dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile – ANNO 2021 PRIMO SEMESTRE

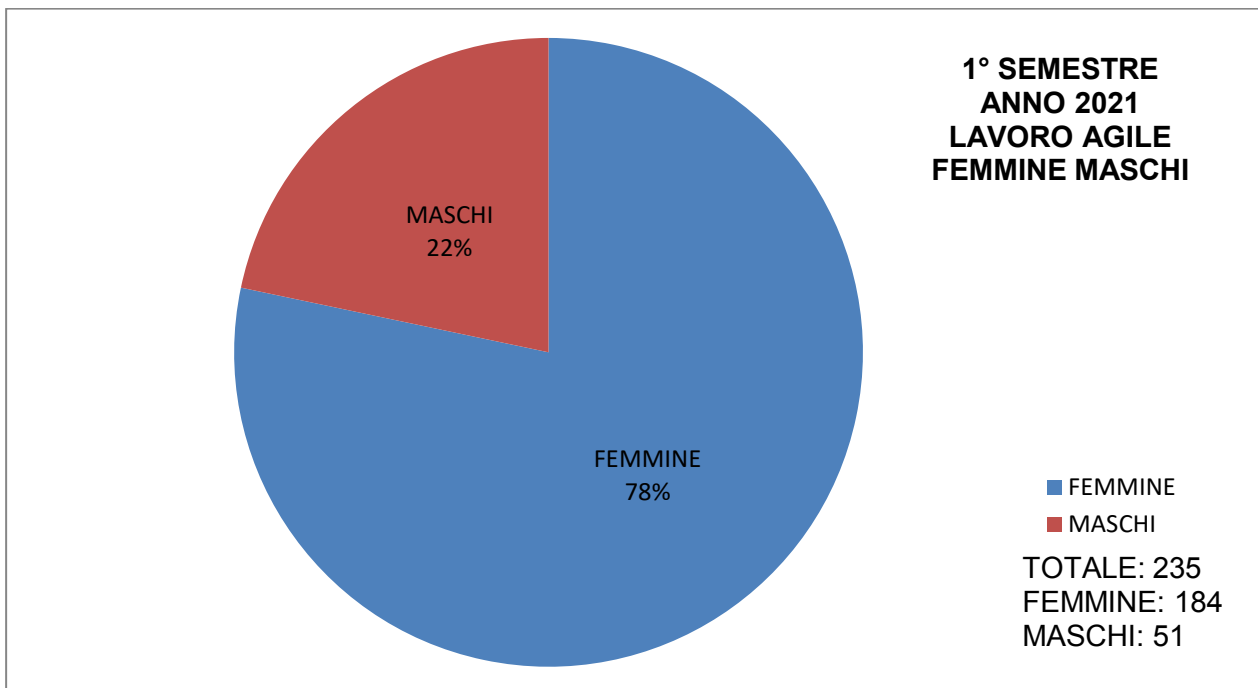


Figura 25 - Analisi composizione per ruolo dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile – ANNO 2020

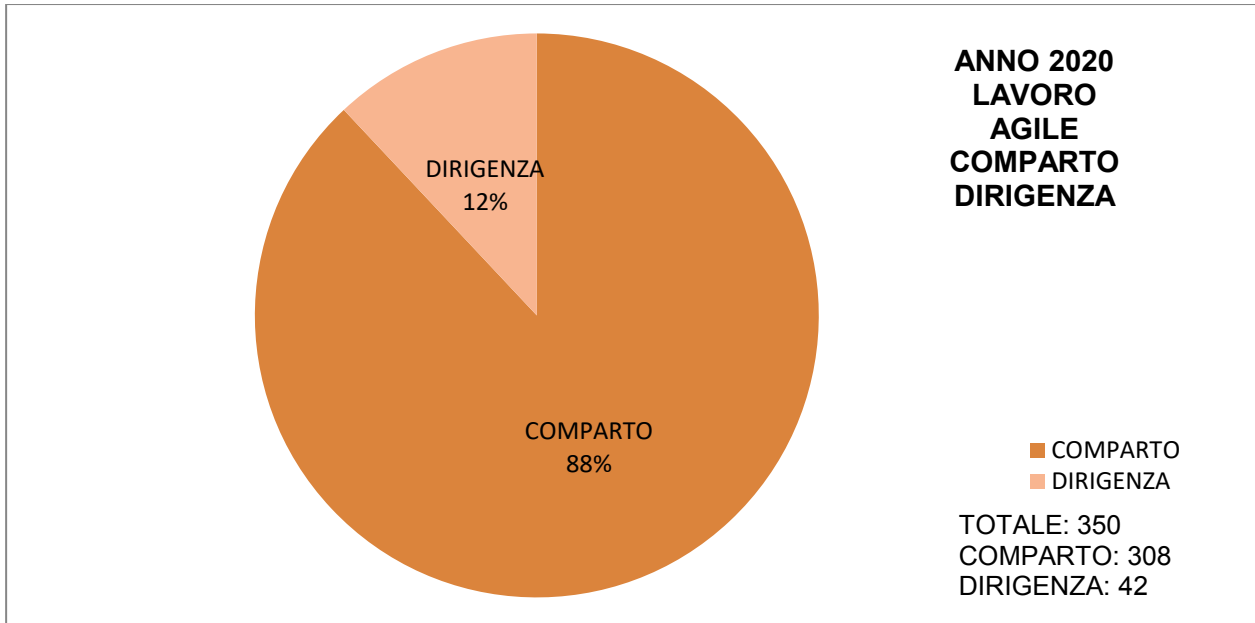


Figura 26 - Analisi composizione per ruolo dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile – ANNO 2021 PRIMO SEMESTRE

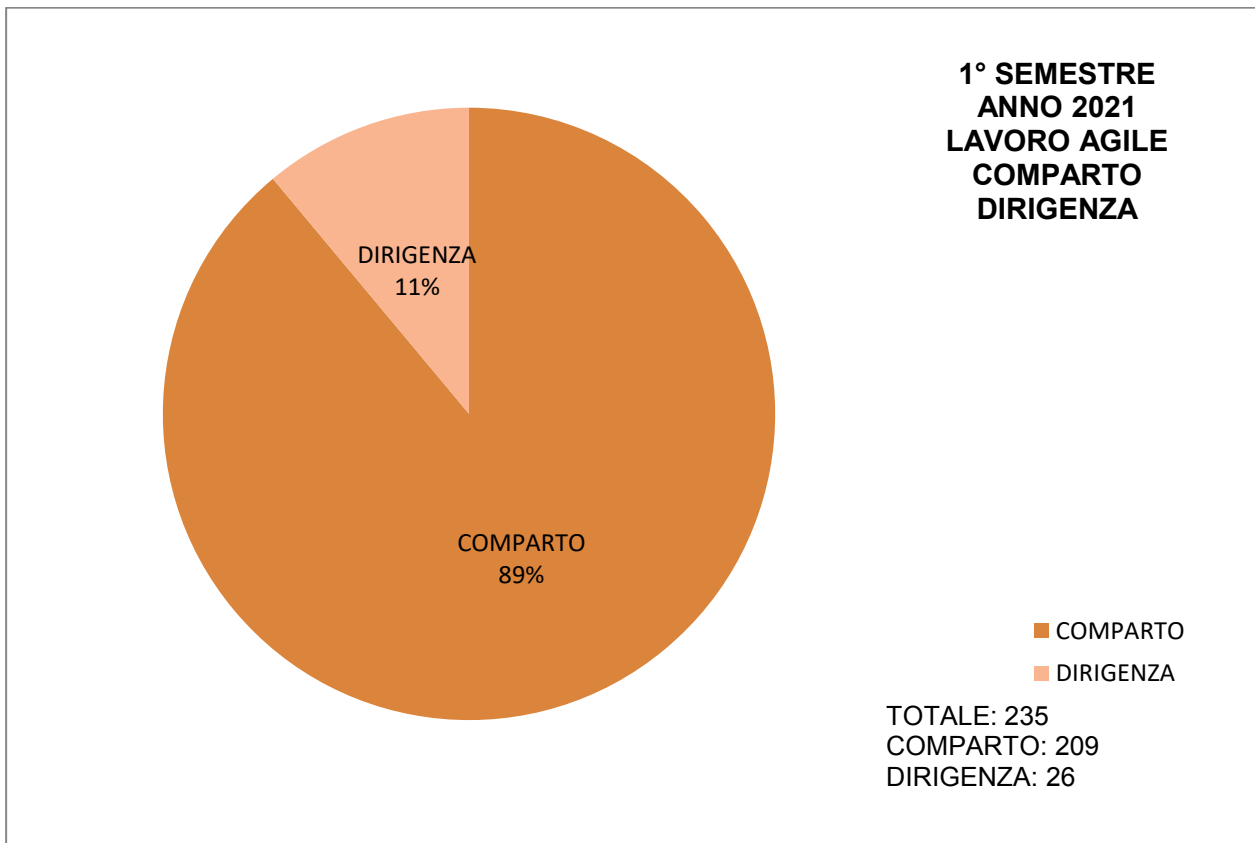


Figura 27 - Analisi giornate di smart working usufruite per genere – ANNO 2020

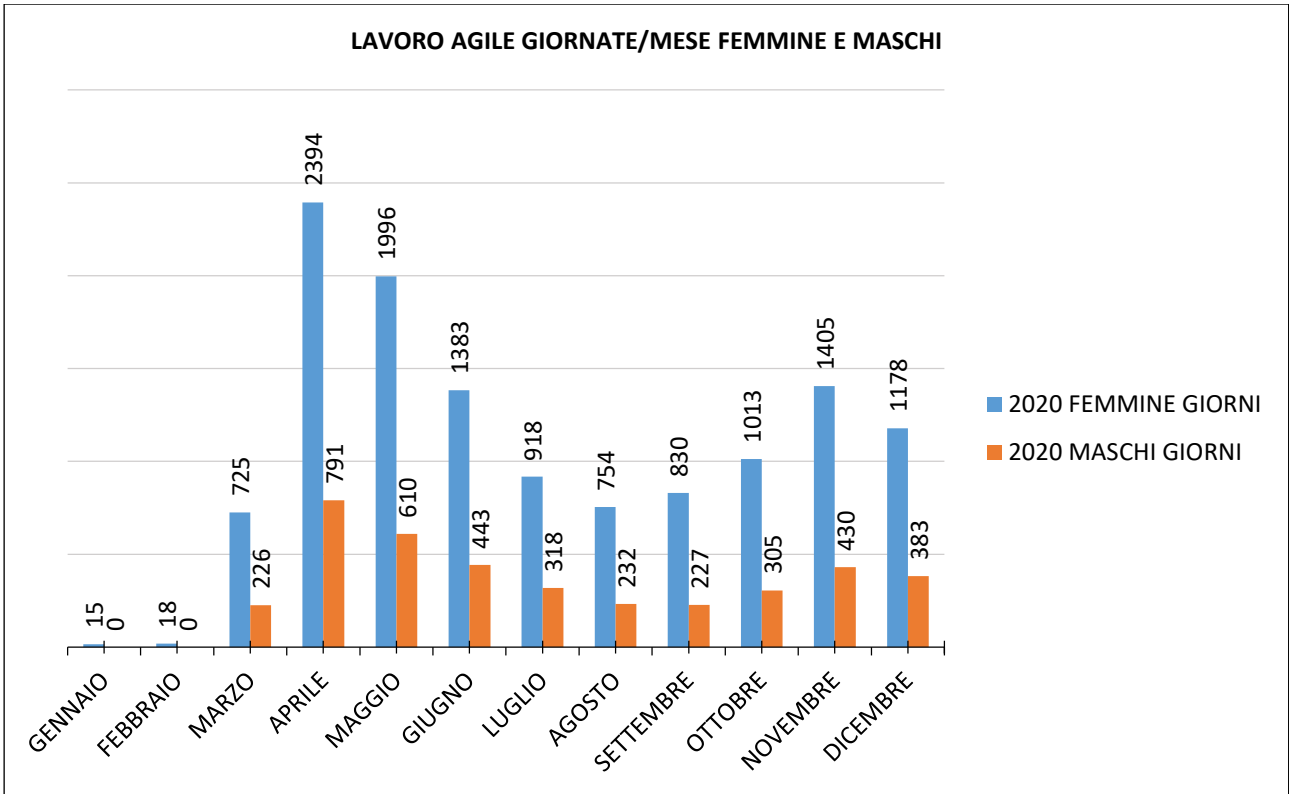


Figura 28 - Analisi giornate di smart working usufruite per genere – ANNO 2021 PRIMO SEMESTRE

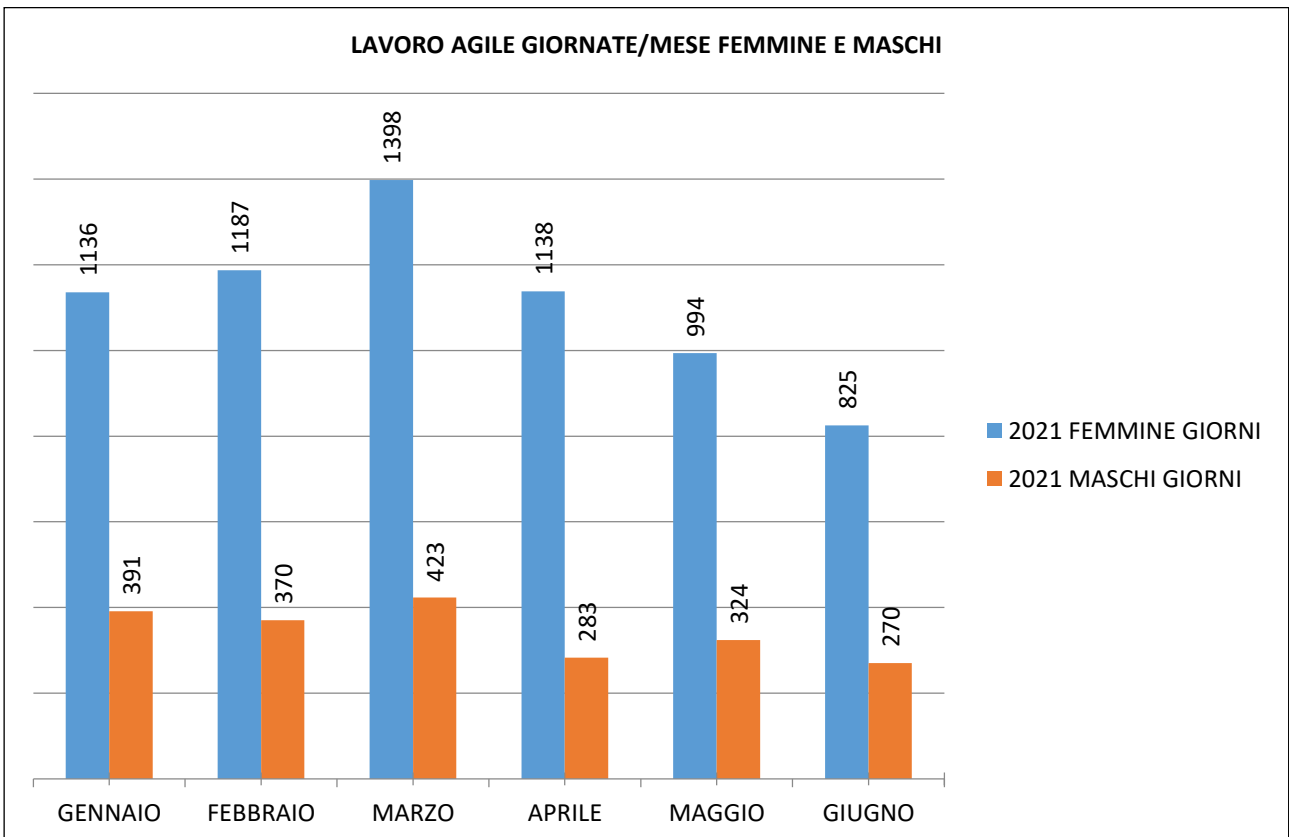


Figura 29 - Analisi giornate di smart working usufruite- Confronto ANNO 2020/2021 PRIMO SEMESTRE

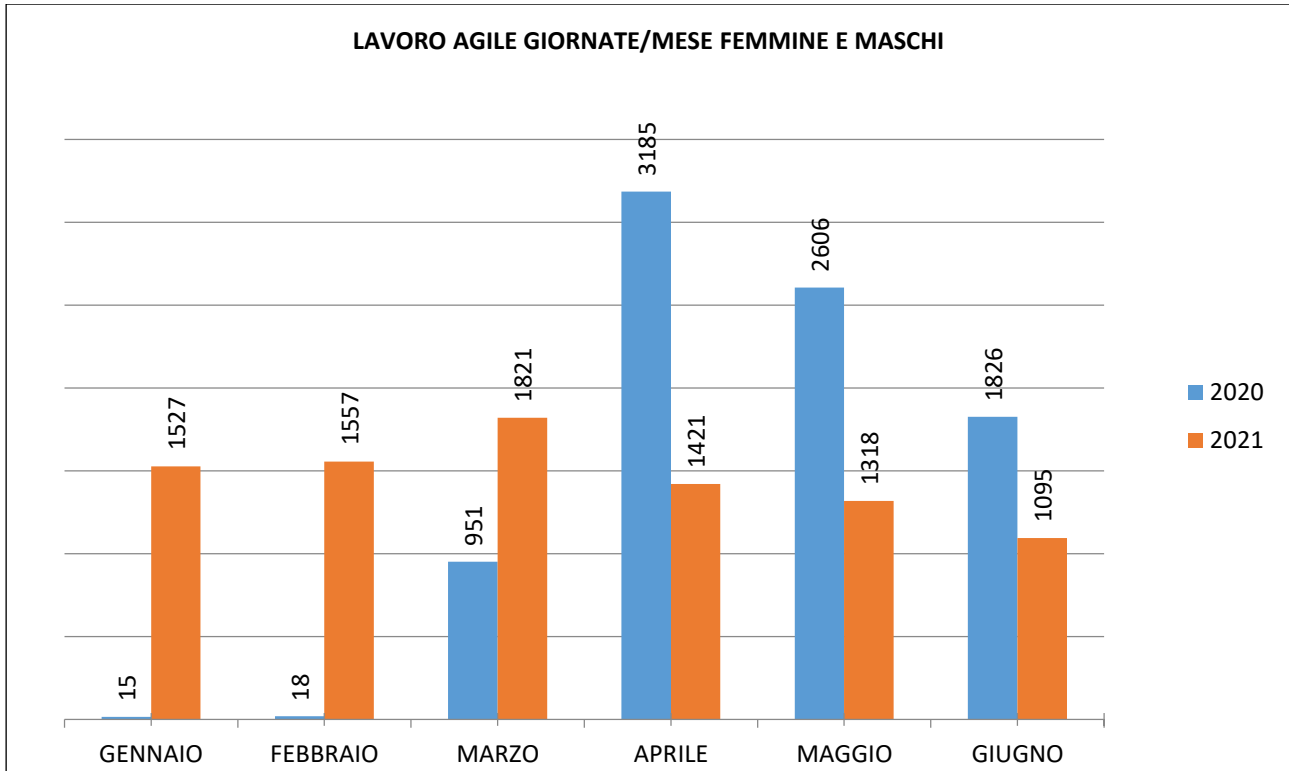


Figura 30 - Numero dipendenti fruitori per mese – Confronto ANNO 2020/2021 PRIMO SEMESTRE

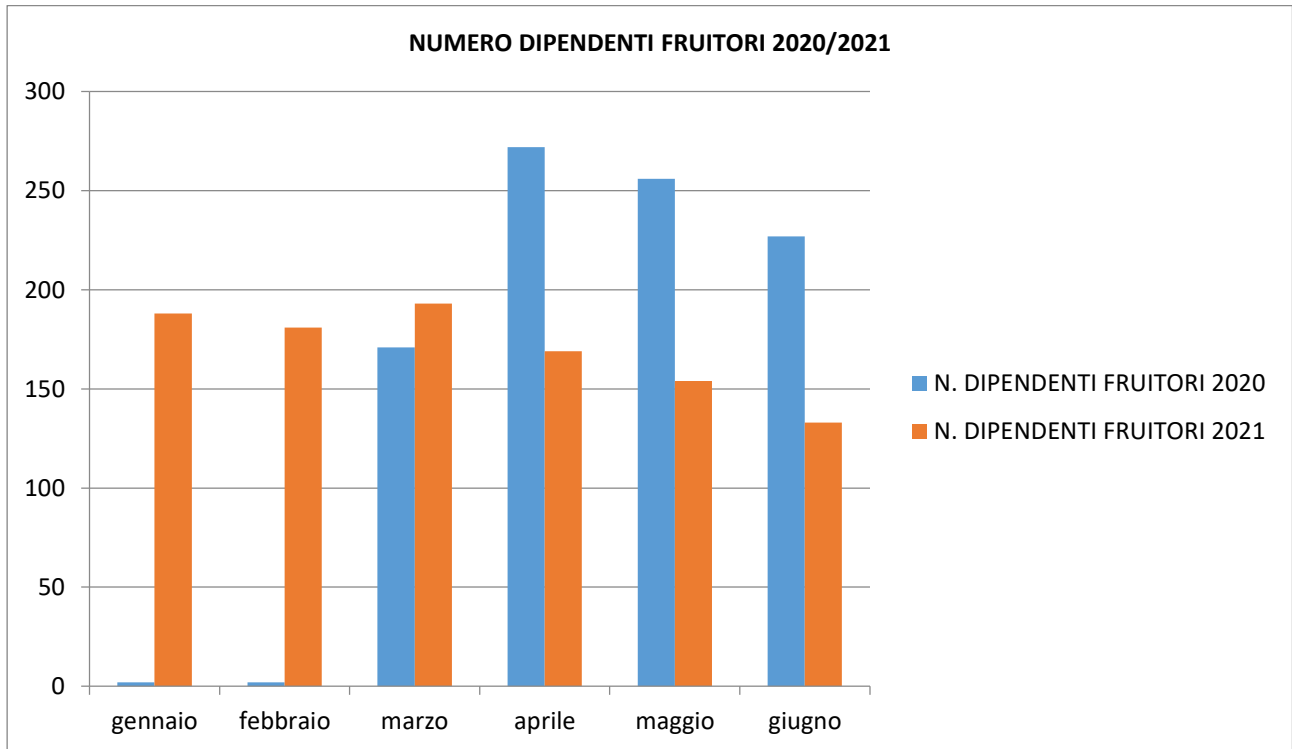


Figura 31 - Media dei giorni/mese usufruiti pro capite – Confronto ANNO 2020/2021 PRIMO SEMESTRE

