



**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N. 71 DEL 29/01/2021**

Il Direttore del UOC Controllo di Gestione

Visto il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 ad oggetto: “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, che all’art. 10, prevede l’adozione di un documento programmatico, denominato Piano della Performance, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale;

Preso atto che le disposizioni introdotte dalla fonte legislativa sopra richiamata sono “volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l’erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative, in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento”;

Considerato che in applicazione dell’art. 10, comma 8, lett. b) del D.Lgs. 14/03/2013 n. 33 ad oggetto: “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, corre l’obbligo per la pubblica amministrazione, di pubblicazione del Piano in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata “Amministrazione Trasparente”;

Richiamata la DGRV n. 140 del 16/02/2016 che ha approvato le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia e che sostituisce integralmente la DGRV n. 2205 del 6/12/2012 ed i suoi allegati;

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 ) sui quali verrà basata la misurazione, valutazione e contabilizzazione della performance dell’Azienda;

Preso atto che nel 2020 l’AULSS 9 Scaligera ha affrontato la pandemia riorganizzando le attività e in particolare quelle assistenziali che sono state prioritariamente finalizzate a fronteggiare l’emergenza COVID-19 ;

Preso atto che la pianificazione aziendale risulta ancora oggi pesantemente condizionata dall’attuale perdurare dell’emergenza COVID e che con Delibera del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2021 è stato prorogato, fino al 30 aprile 2021, lo

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N. 71 DEL 29/01/2021**

stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Preso atto altresì delle disposizioni emanate dalla DGRV 782/2020 attuativa delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto Legge n.34/2020 denominato "Decreto Rilancio", e della DGRV 1103/2020 di approvazione del documento "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020"; nonché della DGR n. 1801 del 22 dicembre 2020 "Approvazione del documento recante "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19";

Ritenuto necessario integrare gli obiettivi della pianificazione triennale 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 sopra citate";

Atteso che gli obiettivi previsti nel Piano della Performance devono essere coerenti con gli obiettivi previsti nel documento aziendale "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – triennio 2021-2023";

Considerato che, per tutte queste ragioni e a seguito della eventuale emanazione da parte della Regione Veneto degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021, la presente programmazione dovrà essere oggetto di aggiornamenti nel corso dell'esercizio;

Ritenuto comunque di procedere, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi, alla formale adozione del "Piano della Performance 2021-2023 dell'Azienda Ulss 9 Scaligera", allegato al presente atto quale sua parte integrante sostanziale e alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda.

Propone l'adozione del provvedimento sotto riportato.

**IL COMMISSARIO**

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;

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N. 71 DEL 29/01/2021****DELIBERA**

per le motivazioni esposte in premessa e che si intendono integralmente richiamate

- 1) di adottare il “Piano della Performance 2021-2023 dell’Azienda ULSS 9 Scaligera” allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale;
- 2) di prevedere la necessità di successivi aggiornamenti del Piano sopracitato in ragione dell’andamento della pandemia da COVID 19 e nel momento in cui sarà resa disponibile la DGR di assegnazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei Servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2021 da parte della Regione Veneto ;
- 3) di pubblicare detto Piano sul sito istituzionale dell’Azienda nell’apposita sezione “Amministrazione trasparente”;
- 4) di trasmettere il presente provvedimento all’Organismo Indipendente di Valutazione aziendale per i conseguenti adempimenti di competenza.

**Il Direttore Sanitario    Il Direttore Amministrativo    Il Direttore dei Servizi  
Socio Sanitari  
F.TO dr.ssa Denise Signorelli F.TO dott. Giuseppe Cenci F.TO dott. Raffaele Grottola**

**IL COMMISSARIO  
F.TO dott. Pietro Girardi**

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO N. 71 DEL 29/01/2021**

**ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITA'**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i..
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, 05/02/2021

P. il Direttore  
UOC Affari Generali  
F.TO Sig.ra. Romana Boldrin

---

**TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:**

UOC Controllo di Gestione

**TRASMESSA PER CONOSCENZA A:**

UOC Controllo di Gestione

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione F.TO Dr.ssa Graziana Aguzzi

---

REGIONE DEL VENETO



**ULSS9**  
SCALIGERA

**Azienda ULSS 9 Scaligera**

# Piano della Performance 2021-2023 e Documento Direttive 2021

Approvato con Deliberazione del Commissario n.71 del 29/01/2021

---

## Indice

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>4</b>
2.1. L'EMERGENZA COVID-19 .....	4
2.2. PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE .....	6
2.3. L'AZIENDA IN CIFRE.....	7
2.4. LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....	21
<b>3. LE LINEE PROGRAMMATICHE.....</b>	<b>27</b>
3.1. MISURE IN MATERIA SANITARIA CONNESSE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 .....	29
3.2. OBIETTIVI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE.....	30
<b>3.2.1. Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2.2. Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale .....</b>	<b>33</b>
3.3. CORRELAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA – TRIENNIO 2021-2023 .....	33
3.4. LE ALTRE PROGETTUALITÀ AZIENDALI.....	34
3.5. LE AREE STRATEGICHE .....	35
<b>3.5.1. Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid .....</b>	<b>36</b>
<b>3.5.2. Area strategica 1: Erogazione dei LEA .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5.3. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria .....</b>	<b>48</b>
<b>3.5.4. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi .....</b>	<b>49</b>
<b>3.5.5. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale .....</b>	<b>50</b>
3.6. DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2021 .....	51
<b>4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE.....</b>	<b>67</b>
4.1. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE .....	67
<b>4.1.1. Il sistema di misurazione e valutazione della performance .....</b>	<b>67</b>
4.2. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA .....	68
<b>4.2.1. Programmazione .....</b>	<b>68</b>
<b>4.2.2. Formulazione del Budget .....</b>	<b>68</b>
<b>4.2.3. Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività .....</b>	<b>69</b>
4.3. VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	70
4.4. TIMING DEL PROCESSO .....	74
<b>5. CONCLUSIONI .....</b>	<b>76</b>

# 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 in conformità con le 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, dando avvio al ciclo di gestione della performance.

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 per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Da allora ha avuto luogo una prima "ondata" di contagi che ha avuto inizio a fine febbraio 2020 e si è spenta all'inizio di giugno, seguita da una seconda "ondata" iniziata nel settembre 2020 ed ancora in atto al momento della stesura del presente documento. Infatti, con Delibera del consiglio dei ministri 13 gennaio 2021 lo stato di emergenza è stato prorogato, fino al 30 aprile 2021, in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

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.

Con il presente Piano della Performance 2021-2023, 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 che potenzialmente potrebbe aver luogo anche nel corso dello stesso 2021.

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.

Principalmente per queste ragioni, ed anche perché il Piano viene adottato nelle more dell'emanazione da parte della Regione degli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2021, si ritiene che la presente programmazione verrà aggiornata nel corso dell'esercizio, alla luce della dinamica della pandemia e delle conseguenti prevedibili modifiche del quadro degli obiettivi aziendali.

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).

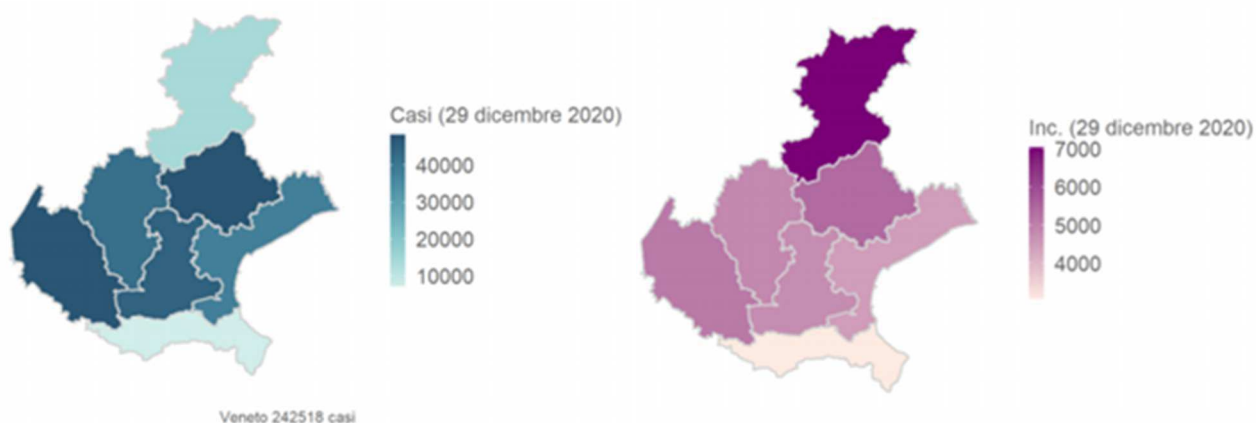
## 2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

### 2.1. L'Emergenza COVID-19

L'epidemia in Italia e nel Veneto si mantiene ancora grave a causa di un impatto elevato sui servizi assistenziali sebbene si osservi una diminuzione dell'incidenza nel mese di gennaio. Questo si realizza 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.

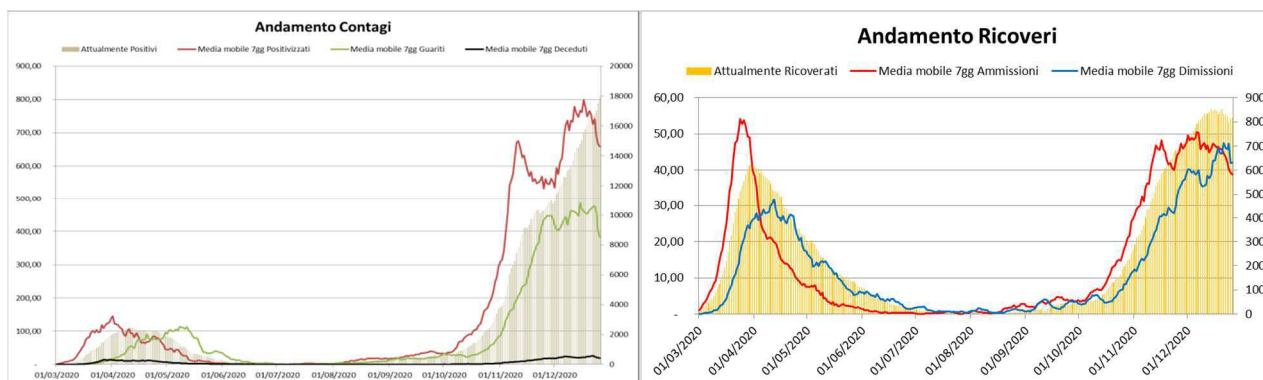
Nella Regione Veneto i casi totali sono stati 245.918 con una Incidenza cumulativa di 5.010.86 casi per 100.000. I dati più recenti riportati dall'Istituto Superiore di Sanità sono quelli relativi ai casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 21/12/20-27/12/20. In quest'ultima settimana di dicembre 2020 sono stati 21.802 i nuovi casi con una Incidenza di 444,24 per 100.000 - Rt: 1.08 (CI: 1.01-1.15) [medio 14gg]

**Rappresentazione dei casi di COVID-19 - Regione Veneto: N. casi per provincia e comune con data prelievo/diagnosi nel periodo 21/12-27/12**



Le previsioni 2021 discendono necessariamente dall'andamento della pandemia COVID-19 del 2020. L'anno scorso dopo una prima ondata primaverile, sostanzialmente finita con giugno, ha registrato una seconda ondata a partire dalla fine dell'estate. Questa ondata è tuttora in atto e caratterizzerà con pochi dubbi i primi mesi del 2021.

L'andamento delle due ondate, è riportato nei grafici sottostanti. La differenza nella dimensione della seconda ondata di contagi, dipende anche dal maggior numero di tamponi eseguiti, mentre i dati relativi ai ricoveri evidenziano due curve molto più simili.



Il primo semestre 2020 è stato prevalentemente dedicato alla gestione dell'emergenza nella Fase 1 caratterizzata dalla predisposizione di interventi finalizzati a riorientare l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari sia a livello ospedaliero che territoriale per contrastare la crescita dell'infezione sul territorio dell'azienda ULSS 9. A questa fase è seguita una

progressiva normalizzazione degli interventi, con graduale ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata con il riassorbimento della capacità produttiva attivata (Fase 2). 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 (Fase 3 Fase 4 e fase 5).

Infine, all'interno della campagna vaccinale europea, il 27 dicembre 2020 ha preso avvio la vaccinazione di massa, che dovrebbe finalmente normalizzare la dimensione dei contagi e permettere il ripristino dell'attività- sanitaria e la ripresa del normale stile di vita dei cittadini.

In questo contesto l'azienda ULSS 9 definisce la programmazione 2021 compatibilmente con gli "aggiornamenti del Piano di Emergenza" e gli "indirizzi di Fase 5" emanati dalla Regione Veneto.

In particolare per l'anno 2021, gli obiettivi della consueta pianificazione strategica triennale saranno integrati nel primo semestre con le misure attuative necessarie fino alla completa conclusione della fase di emergenza, mentre per il secondo semestre si auspica un impatto più contenuto dell'emergenza e conseguente possibilità di ipotizzare una ripresa dell'attività con obiettivi e livelli di servizio riconducibili alla gestione pre-Covid.

Nel paragrafo dedicato alla normativa di riferimento si riportano tutte le principali disposizioni adottate.

## 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 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 soddisfacimento dei cittadini rispetto ai servizi offerti [...]."*

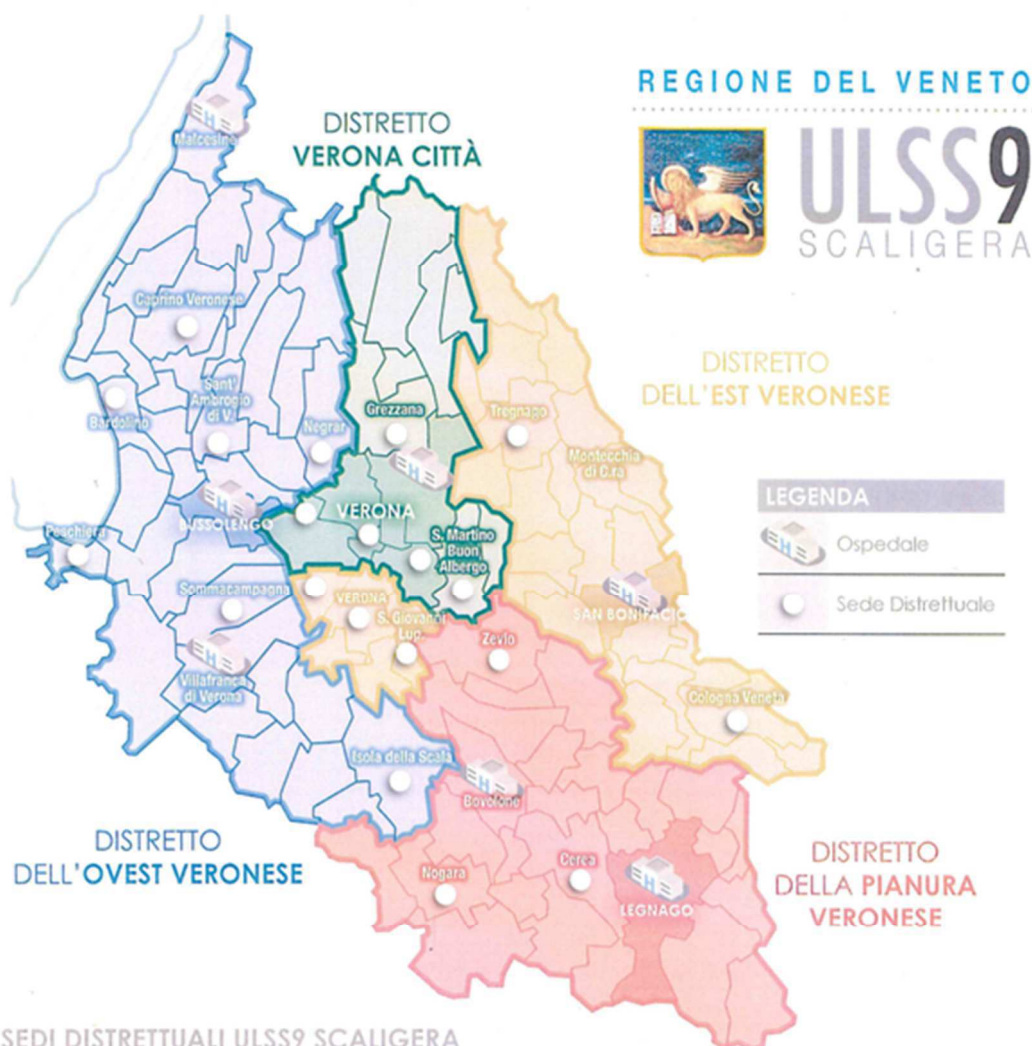
*L'Azienda ULSS ha il compito di organizzare i servizi per i cittadini, mediante la presa in carico del paziente per tutto il percorso di cura assicurando al cittadino un servizio sicuro e di qualità. L'opera delle Aziende sanitarie deve vertere anche sull'organizzazione ottimale dei servizi affinché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



**SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA**

Distretto VERONA CITTÀ			Distretto della PIANURA VERONESE		
<b>GREZZANA</b>	Piazza Bertani	045 807 5190	<b>BOVOLONE</b>	Piazzale Fleming - c/o Ospedale	045 6999519
<b>S. M. BUON ALBERGO</b>	Via Nazionale, 13	045 991 822	<b>CEREA</b>	Via Monte Carega	0442 30500
<b>VERONA</b>	Via Campania, 1	045 815 7341	<b>LEGNAGO</b>	Via C. Gianella, 1 - c/o Ospedale	0442 622376
	Via C. Menotti, 18/a	045 834 0464	<b>HOGARA</b>	Via Raffa - c/o Centro S.P.	0442 537823
	Via del Capitol, 22	045 878 7777	<b>ZEVIO</b>	Via Chiarenzi, 2	045 6068195
	Via Poloni, 1	045 807 5571	<b>Distretto dell'OVEST VERONESE</b>		
Via della Prateria, 9C - Fraz. Montorio	045 884 0783	<b>BARDOLINO</b>	Via Gardesana Dell'Acqua, 9	045 6213100	
<b>Distretto dell'EST VERONESE</b>			<b>BUSSOLENGO</b>	Via C. A. Dalla Chiesa	045 6712451
<b>COLOGNA VENETA</b>	Via Rinascimento	0442 425 079	<b>CAPRINO VERONESE</b>	Via Cappuccini, 34	045 6207198
<b>MONTECCHIA DI C.RA</b>	Piazza Umberto, 1	045 745 0016	<b>SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA</b>	Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara	045 6864202
<b>SAN BONIFACIO</b>	Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped.	045 613 8426	<b>ISOLA DELLA SCALA</b>	Piazzale Kennedy, 1	045 6648422
<b>S. GIOVANNI LUPATO</b>	Via Belluno, 14	045 829 9811	<b>MALCESINE</b>	Via Gardesana, 57	045 6589369
<b>TREGHAGO</b>	Via Massalongo, 7	045 780 8366	<b>NEGRAR</b>	Via Francia, 5	045 7501088
<b>VERONA</b>	Via Bengasi, 4	045 493 2111	<b>PESCHIERA DEL G.</b>	Via Milano, 2	045 7550046
	Via Valeggio, 39	045 950 655	<b>SOMMACAMPAGNA</b>	Piazza Repubblica, 1	045 510300
			<b>VILLAFRANCA DI V.</b>	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 ed anche se il 2020 ha inevitabilmente visto un calo delle presenze a causa della pandemia, che nel 2019 ha registrato più di 18,1 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.

La popolazione nel 2019 ha subito un lieve aumento rispetto all’anno 2018 (+3842 abitanti) conseguente ad un leggero aumento degli stranieri residenti e della speranza di vita, che compensano la diminuzione delle nascite. L’indice di Natalità passa infatti da 7,9 a 7,7 nati per 1000 abitanti.

**Tabella 1 - Popolazione al 31/12/2019 per fasce di età e sesso Fonte: Istat (dati.istat.it)**

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
da 0 a 4	19.816	18.639	38.455
da 5 a 14	45.914	43.321	89.235
da 15 a 24	46.774	43.669	90.443
da 25 a 44	113.299	111.862	225.161
da 45 a 64	140.269	140.032	280.301
da 65 a 74	47.345	52.025	99.370
oltre 75	43.028	64.346	107.374
<b>totale</b>	<b>456.445</b>	<b>473.894</b>	<b>930.339</b>

### 2.3.2. Lo stato di salute della popolazione e l'analisi dei bisogni

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.

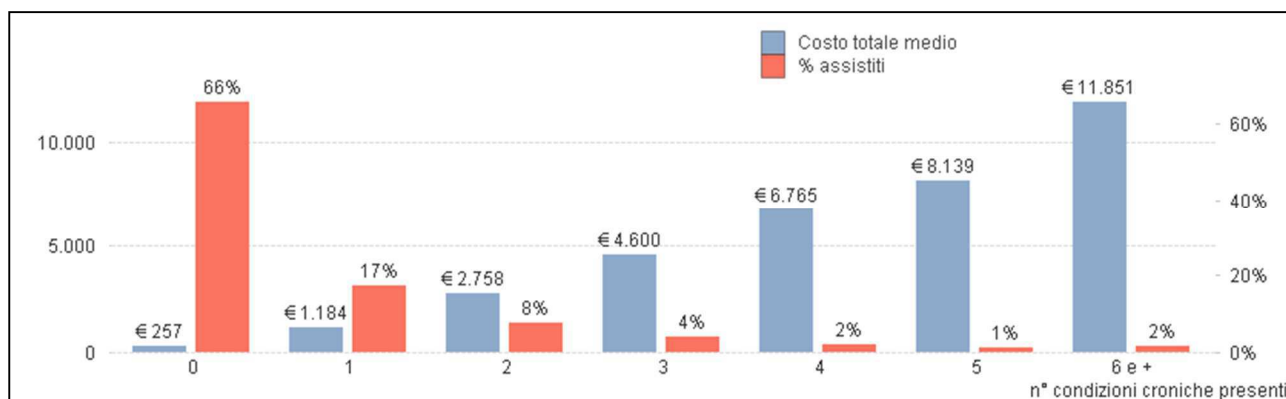
Tabella 2 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 suddivisi per distretto *Fonte: Istat (dati.istat.it)*

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
<b>Popolazione al 01/01/2020</b>	474.597	155.054	300.688	930.339
<b>N.Comuni</b>	36	25	37	98
<b>Nati Vivi</b>	3.688	1.142	2.305	7.135
<b>Deceduti</b>	4.679	1.617	2.643	8.939
<b>Saldo naturale</b>	-991	-475	-338	-1.804
<b>Stranieri Residenti al 01/01/2020</b>	62.935	16.743	32.177	111.855
<b>% residenti 0-14</b>	13,43	13,77	14,17	13,73
<b>% residenti &gt;=65</b>	23,12	22,53	20,65	22,22
<b>% residenti stranieri</b>	13,26	10,80	10,70	12,02
<b>Indice di natalità</b>	7,8	7,4	7,7	7,7
<b>Indice di vecchiaia</b>	1,7	1,6	1,5	1,6
<b>Indice di carico sociale</b>	57,6	57,0	53,4	56,1
<b>Indice di dipendenza giovanile</b>	21,2	21,6	21,7	21,4
<b>Indice di dipendenza senile</b>	36,4	35,4	31,7	34,7

I residenti e assistiti in ULSS esenti da ticket (dato rilevato al 31/12/2019) suddivisi tra i tre principali aggregati di esenzioni sono: 178.146 per reddito; 318.348 per invalidità, malattie rare e patologia; 265.451 per la quota fissa addizionale (7RQ). I residenti assistiti con almeno una esenzione nell'esercizio 2019 sono 561.397, di questi 210.296 hanno più di un'esenzione per reddito e/o per patologia.

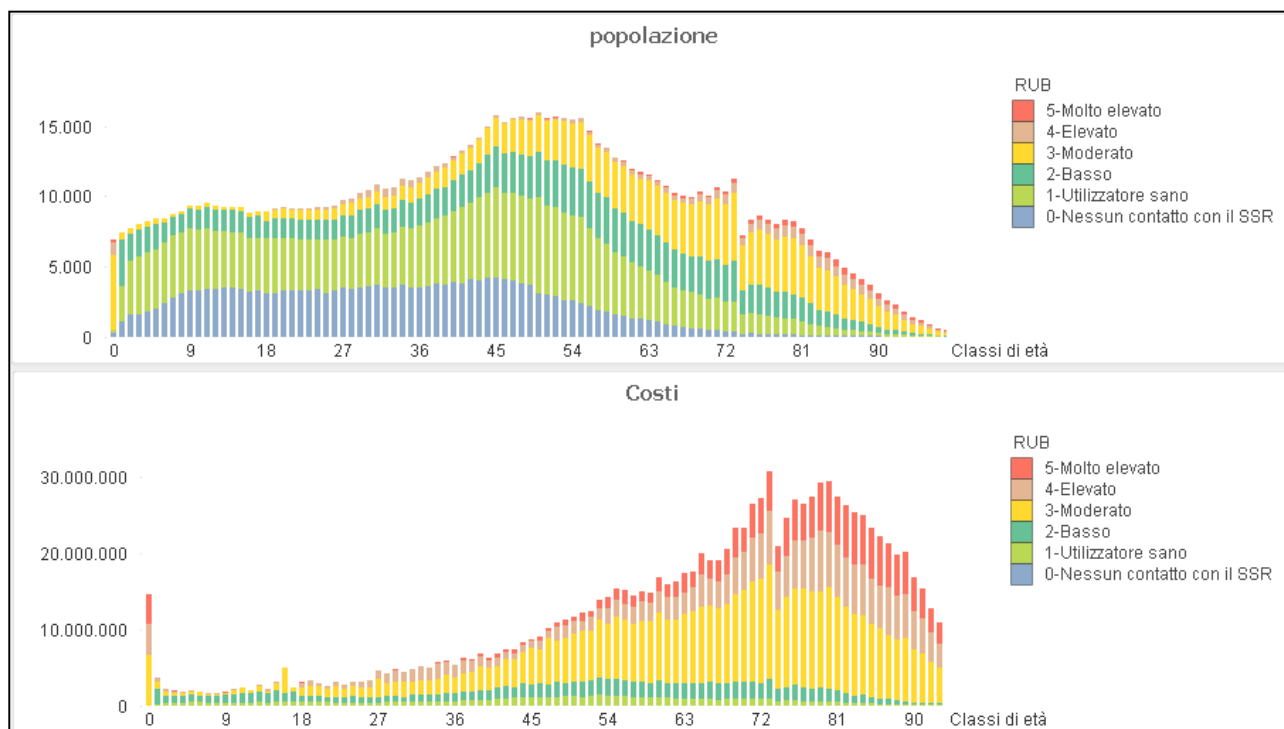
Nell'Azienda ULSS 9 il 34% della popolazione risulta affetto da almeno una patologia cronica, in linea con i dati della Regione del Veneto (Relazione Socio Sanitaria 2019), con costi crescenti all'aumentare del numero di condizioni croniche.

Figura 1 - Percentuale assistiti e costo totale medio per numero di condizioni croniche presenti. *Fonte: archivio ACG 2019.*



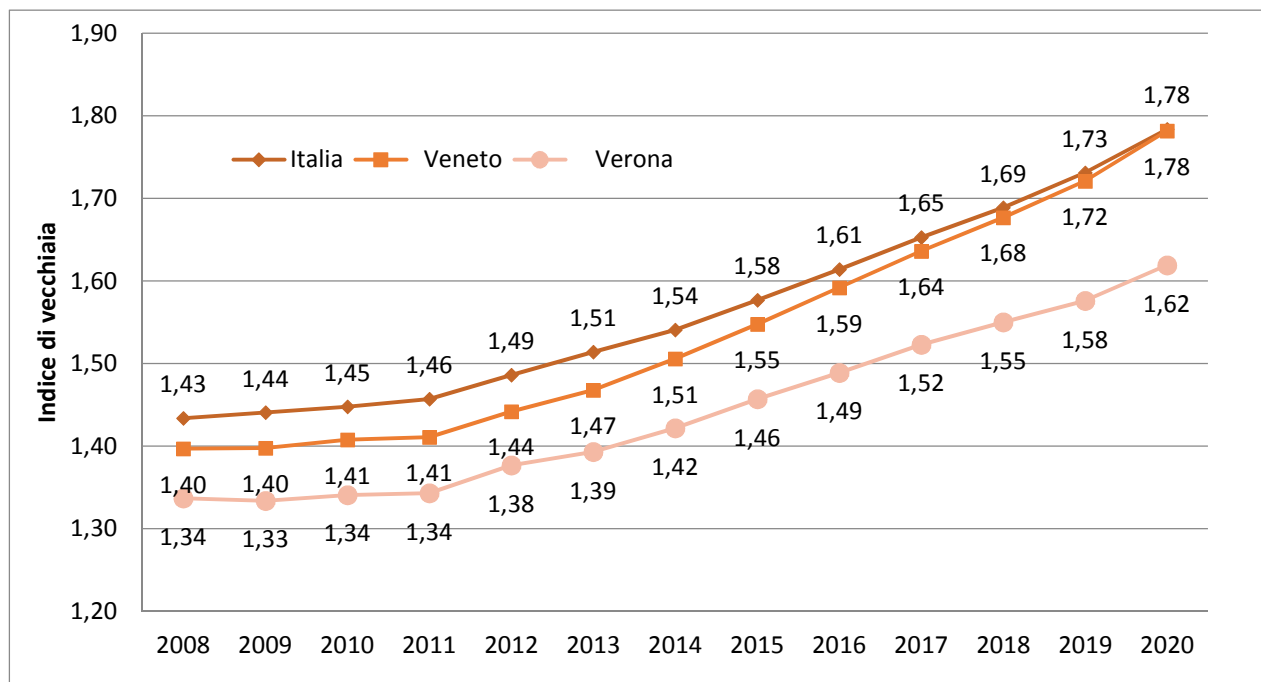
Utilizzando le classi di rischio RUB (Resource Utilization Bands) della popolazione, si evidenzia come il carico di complessità assistenziale sia strettamente legato all'invecchiamento della popolazione.

**Figura 2 - 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 3 - 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.

Infatti in un'analisi fornita da Azienda Zero e basata sui decessi avvenuti in Veneto nel 2020 e negli anni precedenti, si evidenzia che nel periodo gennaio-novembre del 2020 vi è stata per la Scaligera una variazione dei decessi pari al +15% (9.368 decessi, + 1.251)

**Tabella 3 – N. totale decessi 2020 verso media triennio 2017-2019 - Analisi Azienda Zero**

**Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020 e la media dei tre anni precedenti per periodo di calendario ed Azienda ULSS di residenza**

	gennaio-novembre			marzo-aprile			novembre		
	Media 2017-2019	Decessi 2020	Variaz. %	Media 2017-2019	Decessi 2020	Variaz. %	Media 2017-2019	Decessi 2020	Variaz. %
<b>501-Dolomiti</b>	2304	2441	6%	430	495	15%	201	303	51%
<b>502-Marca Trevigiana</b>	7546	8051	7%	1388	1811	30%	658	862	31%
<b>503-Serenissima</b>	6219	6937	12%	1127	1417	26%	565	795	41%
<b>504-Veneto Orientale</b>	2186	2266	4%	402	456	13%	187	221	18%
<b>505-Polesana</b>	2789	2957	6%	532	645	21%	243	289	19%
<b>506-Euganea</b>	8242	8750	6%	1545	1813	17%	751	914	22%
<b>507-Pedemontana</b>	3212	3624	13%	581	772	33%	309	407	32%
<b>508-Berica</b>	4244	4581	8%	790	914	16%	400	629	57%
<b>509-Scaligera</b>	8117	9368	15%	1511	2146	42%	732	1162	59%
<b>Totale</b>	<b>44859</b>	<b>48975</b>	<b>9%</b>	<b>8306</b>	<b>10469</b>	<b>26%</b>	<b>4046</b>	<b>5582</b>	<b>38%</b>

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 4 - Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2019**

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

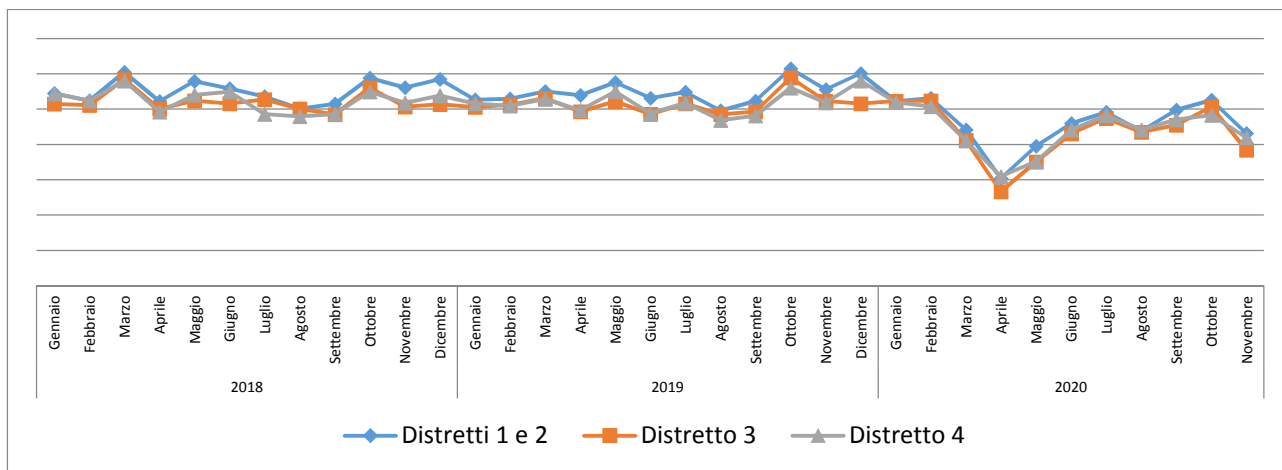
I confronti tra distretti condotti nell'ambito del sistema ACG, evidenziano che il distretto 4 presenta un case mix meno pesante (confermando quanto emerso nell'analisi demografica), mentre il Distretto 3 presenta la popolazione con il quadro patologico più complesso.

### 2.3.3. 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.

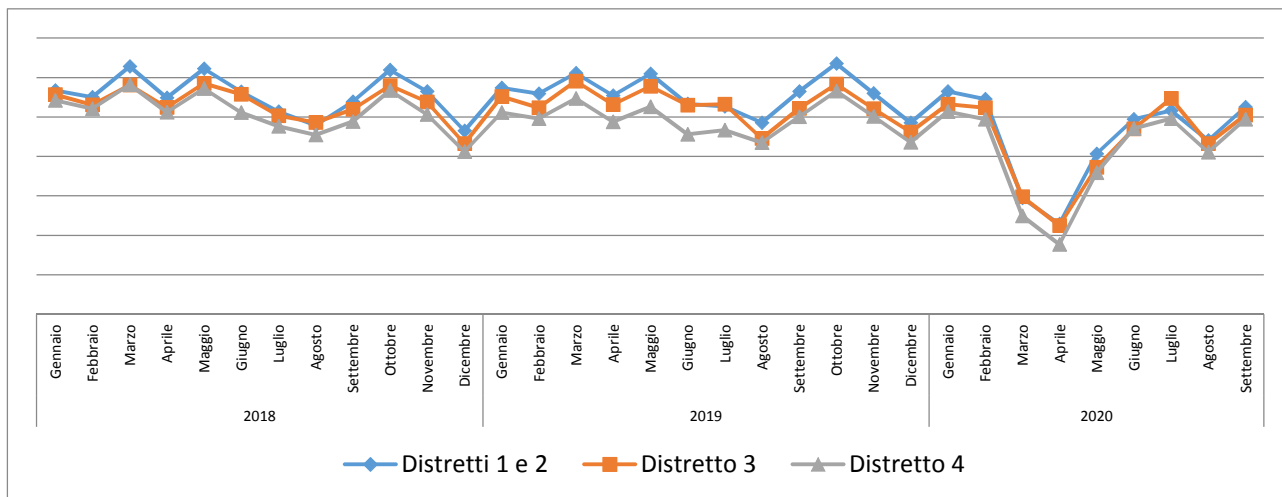
In particolare il tasso di ospedalizzazione storicamente assestato tra i 135‰ ed i 140‰ abitanti, ha registrato un crollo nei mesi di marzo-aprile e di ottobre-novembre 2020. Solo a consuntivo sarà possibile misurare l'esatta riduzione del tasso di ospedalizzazione, che al minimo si ridurrà del 15%.

**Figura 4 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato mensile**

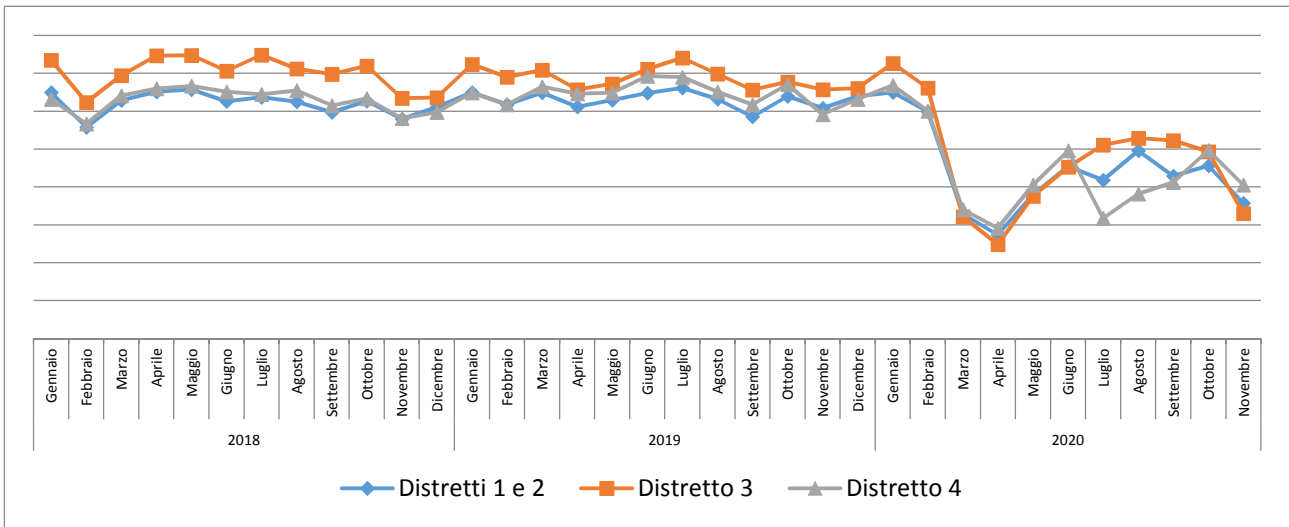


Dinamica identica per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, con un tasso storico attorno alle 12 prestazioni pro capite per abitante (inclusa branca laboratorio) e gli accessi al PS.

**Figura 5 - Tasso standardizzato di consumo prestazioni specialistiche mensile**

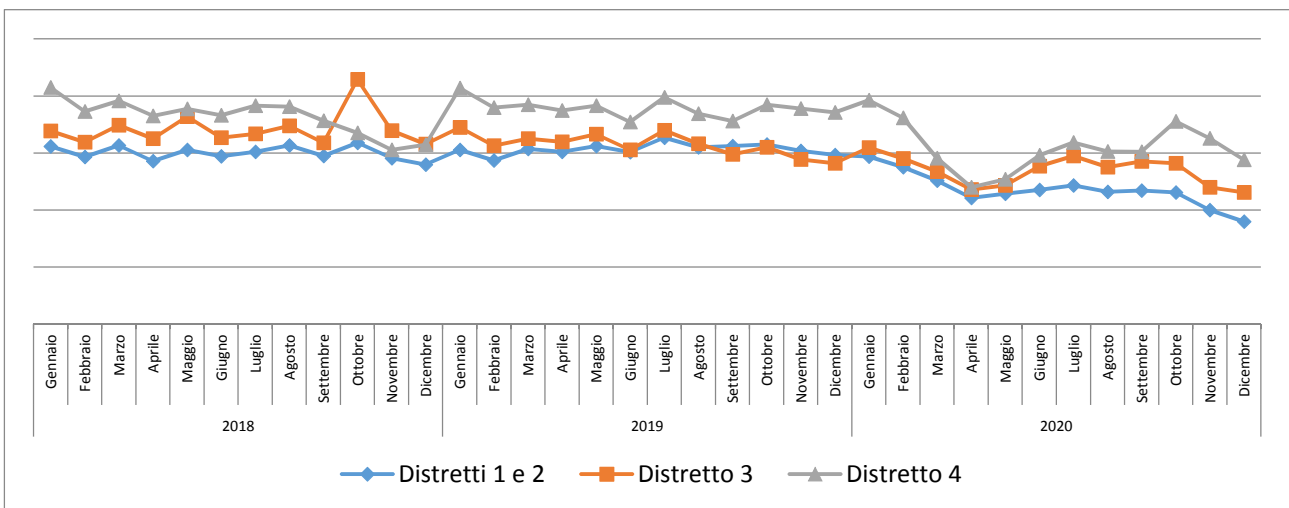


**Figura 6 - Numero accessi in PS ogni 1.000 abitanti mensile**



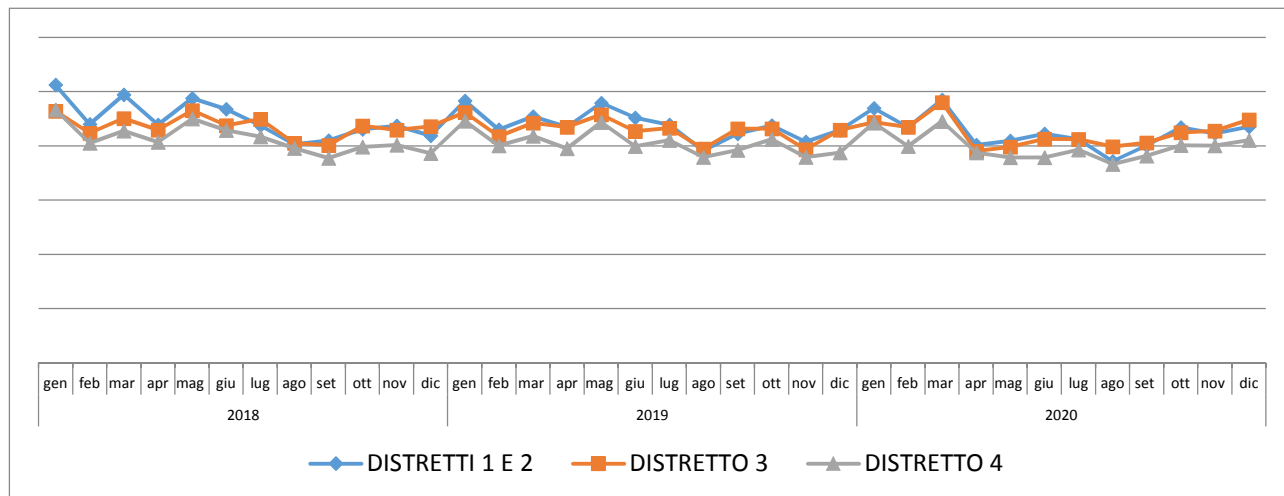
Anche l'assistenza domiciliare ha registrato una frenata, proporzionalmente meno netta di quanto accaduto in ambito ospedaliero, con la riduzione dell'attività molto marcata in corrispondenza dei picchi pandemici.

**Figura 7 - 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 8 - 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 9 - Analisi Tasso ospedalizzazione 2019

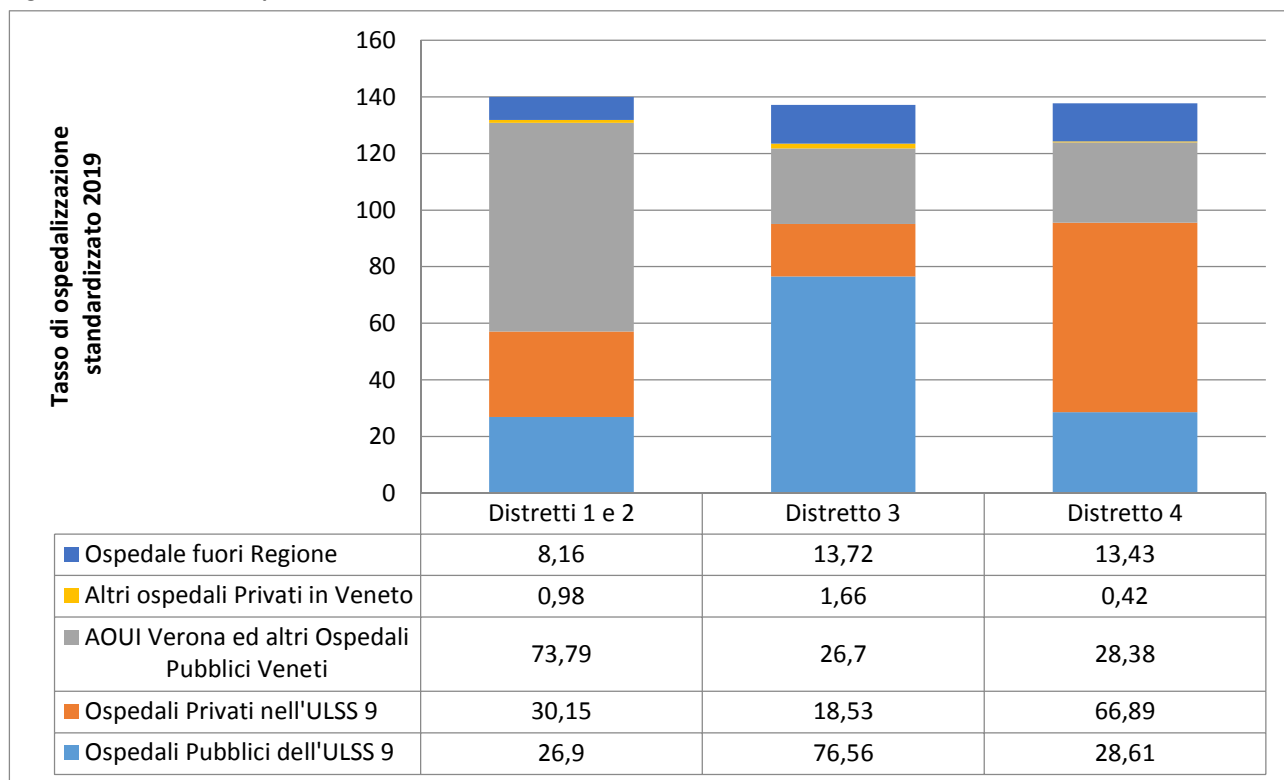
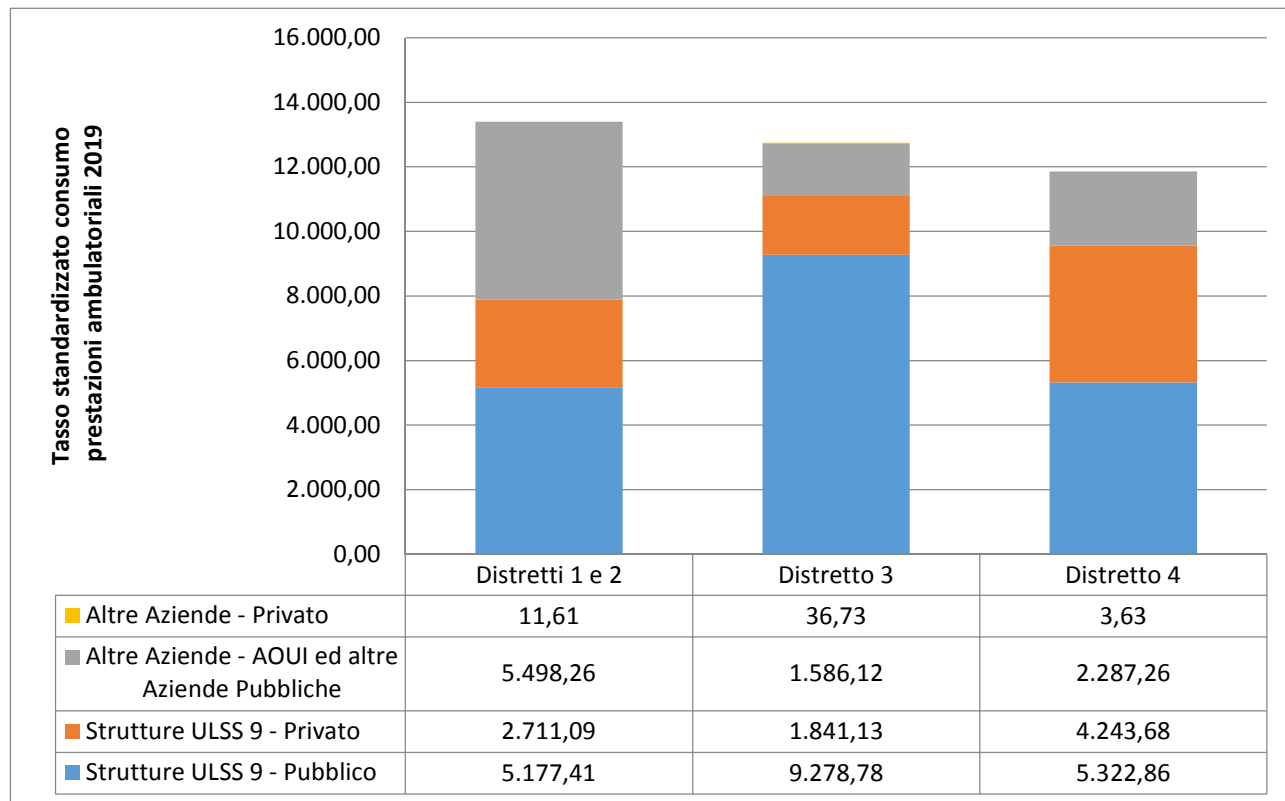


Figura 10 - Analisi Tasso di consumo di prestazioni ambulatoriali 2019



### 2.3.4. Il personale dipendente

Il personale dipendente al 31/12/2020 assomma 5.725 unità.

**Tabella 5 - 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
<b>TOTALE</b>	<b>5.513</b>	<b>5.460</b>	<b>5.725</b>

Al personale dipendente vanno aggiunti i professionisti convenzionati MMG/PLS/MCA/USCA/SAI per un totale di 1.014 unità.

**Tabella 6 - 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
Pediatrati 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
<b>Totale</b>	<b>228</b>	<b>215</b>	<b>140</b>	<b>269</b>	<b>1014</b>

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 con le tempistiche sotto riportate:

- Ospedale di Comunità di Malcesine: seconda metà del 2021; Hospice di Marzana: seconda metà del 2021 con passaggio di consegna della gestione dello stesso; Ospedale di Comunità di Caprino: seconda metà del 2021;
- Hospice di Bovolone: secondo trimestre 2021 con completamento dell'acquisizione di personale (quello già assunto è adibito ora ad attività COVID);
- Ospedale di Comunità di Bussolengo: la struttura risulta già operativa ma è stata convertita in Ospedale di Comunità Covid e il relativo personale utilizzato per i reparti COVID. Con il termine del periodo emergenziale si procederà pertanto alla sua attivazione secondo le finalità della programmazione regionale;
- URT di Bussolengo: anche per tale struttura l'utilizzo per i primi mesi del 2021 è previsto come Ospedale di Comunità COVID ma il personale per la sua attivazione deve ancora essere acquisito. Se ne prevede l'assunzione del secondo trimestre 2021;

- URT di Marzana attualmente utilizzato come Ospedale di Comunità Covid e che nasce dalla riconversione di posti letto di lungodegenza e pertanto senza acquisizione di nuovo personale dipendente; - Aumento posti letto dell'Ospedale di Comunità di San Bonifacio da 12 a 18 da riconversione posti letto di lungodegenza e pertanto senza incremento del numero di personale dipendente;
- Ospedale di Comunità di Isola della Scala: quarto trimestre 2021; Ospedale di Comunità di Nogara: quarto trimestre 2021.

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. Il completamento si prevede durante il corso del 2021;
- 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 indicativamente da giugno 2021. Ad inizio 2022 si prevede inoltre l'attivazione di ulteriori 16 posti letto presso tale struttura.
- 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. Con decorrenza aprile 2021 si prevede l'inizio della gestione con personale dipendente. - Attività riabilitative di neuropsichiatria infantile, neuropsicomotricità e logopedia non appena acquisite le autorizzazioni e reclutato il personale. - Re internalizzazione dell'attività di OSS operanti nell'UOC Medicina Fisica e Riabilitativa di Bovolone con stima secondo semestre 2021;

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.

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

Si rappresentano di seguito i dati sintetici dell'ultimo Conto Economico approvato relativi sia all'area Sanitaria che all'area Sociale del 2019.

**Tabella 7 - Conto Economico Consuntivo 2019**

	SANITARIO	SOCIALE	TOTALE
<b>A</b> Valore della produzione	1.757.532.303,27	41.427.047,66	1.798.959.350,93
<b>B</b> Costi della produzione	1.742.821.457,16	41.645.543,12	1.784.467.000,28
<b>C</b> Proventi e oneri finanziari	-369.434,23	0,00	-369.434,23
<b>E</b> Proventi e oneri straordinari	5.196.386,95	776.995,17	5.973.382,12
<b>Y</b> Imposte e tasse	19.499.487,65	558.499,71	20.057.987,36
<b>TOTALE</b>	<b>38.311,18</b>	<b>0,00</b>	<b>38.311,18</b>

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, per il terzo anno consecutivo ha chiuso la propria gestione economico finanziaria con un risultato d'esercizio di sostanziale pareggio, e precisamente con un risultato positivo pari ad € 38.311,18 esprimendo la propria capacità di coprire, con le risorse a disposizione, tutti i costi di produzione comprese le imposte e tasse.

Tale risultato è stato determinato interamente dalla gestione sanitaria in quanto l'area Sociale è risultata in perfetto equilibrio.

Il Bilancio Economico Preventivo 2020, redatto confermando sostanzialmente i dati 2019 soprattutto per i costi, è risultato superato in quanto non poteva prevedere gli effetti economici della pandemia.

Il pre-consuntivo 2020 risulta pesantemente condizionato dai costi connessi al COVID, che sono stati contabilizzati in maniera separata e saranno oggetto di una specifica sezione del bilancio consuntivo 2020.

Il Bilancio Economico Preventivo 2021, è stato presentato in un quadro ancora fortemente condizionato da forti elementi di incertezza dovuti al perdurare della pandemia COVID 19. Le conseguenze di carattere economico associate alla pandemia, in forma diretta e indiretta, non permettono di effettuare valutazioni basate su elementi di trend storico, perché si tratta di una situazione totalmente inedita. Pertanto, sostanzialmente, si è preso atto dell'andamento registrato nella seconda parte del 2020, ancora con dati preconsuntivi, con l'integrazione di valorizzazione di alcune azioni specifiche che saranno sviluppate nel 2021.

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

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

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

## 2.4. La normativa di riferimento

### **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. 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".
- **DGR n. 497 del 21.04.2020:** "Emergenza Covid-19. Approvazione proposta progettuale per la realizzazione di interventi finalizzati a fronteggiare l'emergenza epidemiologica in atto in ambito penitenziario e cofinanziati dalla Cassa delle Ammende, nell'ambito dell'Accordo stipulato con la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il 26 luglio 2018".
- **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. 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. 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"
- **Deliberazione del Direttore Generale n.446 del 29/05/2020** "Approvazione piano di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica azienda ULSS 9 Scaligera"
- **DGR n. 705 del 04.06.2020:** "Emergenza Covid-19. Programma regionale cofinanziato dalla Cassa delle Ammende per interventi finalizzati a fronteggiare l'emergenza epidemiologica in ambito penitenziario. Approvazione schema di convenzione e avviso pubblico per la selezione di progetti".
- **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. 1308 del 08.09.2020:** "Emergenza COVID-19. Determinazioni in merito al sistema straordinario di remunerazione delle prestazioni residenziali per non autosufficienti erogate dai Centri di Servizi accreditati. Deliberazione nr. 104/CR/2020 del 25 agosto 2020".
- **DGR 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".

- **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.1421 del 21/10/2020** ad oggetto: “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”.
- **DGR n. 1523 del 10/11/2020** “Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19”.
- **DGR n. 1524 del 10/11/2020** “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. 1706 del 09.12.2020:** “Erogazione ad Azienda Zero delle risorse sanitarie per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e disposizioni conseguenti. ( art. 2 comma 1 lett. a), L.R. 19/2016 e s.m.i.) ”.
- **DGR n. 1741 del 15.12.2020:** “Emergenza COVID-19. Contributo, a titolo di ristoro compensativo degli effetti negativi dovuti alle restrizioni connesse all'emergenza sanitaria, ai Centri di Servizi accreditati per l'assistenza ad anziani non autosufficienti”
- Nota del direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto prot. 540026 del 18/12/2020 ad oggetto: Emergenza Covid: trasmissione documento “Indirizzi di fase 5” e conseguenti indicazioni alle aziende sanitarie.
- **DGR n. 1801 del 22 dicembre 2020** “Approvazione del documento recante "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19”.
- **Delibera del consiglio dei ministri 13 gennaio 2021** “

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

#### **Ambito Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi**

- Nota prot. 525504 del 10 dicembre 2020 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale con la quale sono stati trasmessi gli “Obiettivi della Quinta Commissione Consiliare –Politiche Socio Sanitarie per la valutazione dei Direttori Generali anno 2020”
- **DGR n. 1406 del 16/09/2020** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2020”

#### **Ambito programmazione**

- **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”
- **DDG 698 del 03/09/2020** “Preso 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 agosto 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. 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”
- **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. 353 del 21/03/2018** “Modifica delle schede di dotazione ospedaliera degli Ospedali di Bussolengo, Villafranca e isola della Scala dell’Azienda ULSS 9 Scaligera. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. Deliberazione n.121/CR del 14 dicembre 2017”
- **DDG n. 58 del 31/1/2018** “Approvazione Atto Aziendale AULSS 9 Scaligera - DGRV n.1306 del 16 agosto 2017”
- **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”;
- **Capo VII – Disposizioni in materia di sanità** – Disegno di legge relativo a “Collegato alla legge di stabilità regionale 2017” (deliberazione della Giunta Regionale n.23/DDL del 26 ottobre 2016)
- **Legge Regionale n. 19 del 25/10/2016** “Istituzione dell’Ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero” – Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”
- **DGRV n. 1888 del 23/12/2015** “Adozione del documento di indirizzo per le Unità Operative di Pronto Soccorso per il triage di accesso ed il triage infermieristico avanzato”;
- **DGRV n. 1903 del 23/12/2015** “Disposizioni applicative alla DGR n. 1169/2015 in merito alle prestazioni di medicina fisica riabilitativa ambulatoriale”;
- **DGRV n. 1914 del 23/12/2015** “Istituzione della Rete Reumatologica integrata ospedale-territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 78/CR del 28 settembre 2015”;
- **DGRV n. 15 del 09/12/2015** “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Sistema Sanitario Nazionale”;
- **DGRV n. 1527 del 03/11/2015** “Approvazione del documento tecnico in attuazione al Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 ad oggetto ‘Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera’”;

- **DGRV n. 749 del 14/05/2015 e s.m.i.** “Approvazione Piano Regionale Prevenzione (PRP) per la realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014- 2018”;
- Patto per la Salute 2014-2016 tra Stato-Regioni (Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014);
- **DGRV n. 2122 del 19/11/2013** “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993 e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”;
- **DGRV n. 1338 del 30/07/2013** “Revisioni delle prestazioni costituenti LEA aggiuntivi regionali (cd. extra-LEA) in ambito socio-sanitario. Istituzione dell’Impegnativa di Cura Domiciliare (DGR 154/CR del 24 dicembre 2012 e DGR 37/CR del 3 maggio 2013).”

#### **Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa**

- **DGRV n. 1664 del 1/12/2020** “Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - Anno 2020. D.G.R. 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 2027 del 30/12/2019** “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”
- **Legge n. 160 del 27/12/2019** art. 1, commi 446-448 che abolisce le quote fisse dalle ricette con decorrenza 1/9/2020
- **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. 60 del 14.08.2020** “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari per il secondo semestre anno 2020”;
- **DDR Area Sanità e Sociale n. 28 del 12.03.2020 e n. 155 del 29.12.2020** per la determinazione dei limiti di costo del personale
- **DDR 43/2019** che specifica il tetto di spesa per i Medici SAI

#### **Programmazione Privati Accreditati**

- **DGR n. 931 del 9.07.2020** “DGR n. 2166 del 29 dicembre 2017 e s.m.i. inerente l’assegnazione di budget degli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali anno 2020 e DGR n. 597 del 28 aprile 2017 e s.m.i. inerente i tetti di spesa e volumi di

attività degli erogatori ospedalieri privati accreditati: rimodulazione di budget e riconoscimento di quote extra budget per l'anno 2020, e ulteriori disposizioni”.

- **DGR n. 1613 del 24.11.2020:** “DGR 2166/2017. Assegnazione budget erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali per ciascuno degli anni del triennio 2018-2020. Rimodulazione isorisorse del budget per l'anno 2020 tra branche specialistiche accreditate e modifica isorisorse di parte dell'Allegato A della DGR 931/2020”.
- ● **DGR n. 1163 del 11.08.2020:** “DGR n. 2166 del 29 dicembre 2017 e ss.mm.ii. - assegnazione dei budget agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali per il triennio 2018-2020. Riconoscimento quote di extra budget per l'anno 2020”.
- ● **DGR n. 931 del 09.07.2020:** “DGR n. 2166 del 29 dicembre 2017 e s.m.i. inerente l'assegnazione di budget degli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali anno 2020 e DGR n. 597 del 28 aprile 2017 e s.m.i. inerente i tetti di spesa e volumi di attività degli erogatori ospedalieri privati accreditati: rimodulazione di budget e riconoscimento di quote extra budget per l'anno 2020, e ulteriori disposizioni”.
- ● **DGR n. 496 del 21.04.2020:** “Riconoscimento quota di extra budget rispetto al budget assegnato per l'anno 2020 agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali dalla DGR n. 2166 del 29 dicembre 2017 e ss.mm.ii.. Istanza presentata alla Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (C.R.I.T.E.) nella seduta del 30 gennaio 2020. Provvedimento conseguente all'istanza”.
- **DGR n. 363 del 24.03.2020:** “DGR n. 441 del 10 aprile 2013: definizione quote extra budget per l'anno 2013”
- **DGR n. 211 del 18.02.2020:** “Budget anno 2020 assegnato agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali a seguito del rilascio dell'accREDITAMENTO istituzionale a favore di nuovi erogatori privati e dell'estensione dell'accREDITAMENTO istituzionale a strutture private già accreditate di cui alla DGR n. 1831 del 6 dicembre 2019. Riconoscimenti quote di extra budget e variazioni di budget rispetto a quanto assegnato per l'anno 2020 agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali dalla DGR n. 2166 del 29 dicembre 2017 e ss.mm.ii..
- **DGR 2258/2018** “Assegnazione Budget per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri, ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978, accreditati, per il triennio 2017-2019 ed ulteriori disposizioni.”
- **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 597/2017** “Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D. Lgs n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3”;
- **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).

### **Ambito Performance e Anticorruzione**

- **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. 12 del 28/10/2015** “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- **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”

### **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>);

### 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.

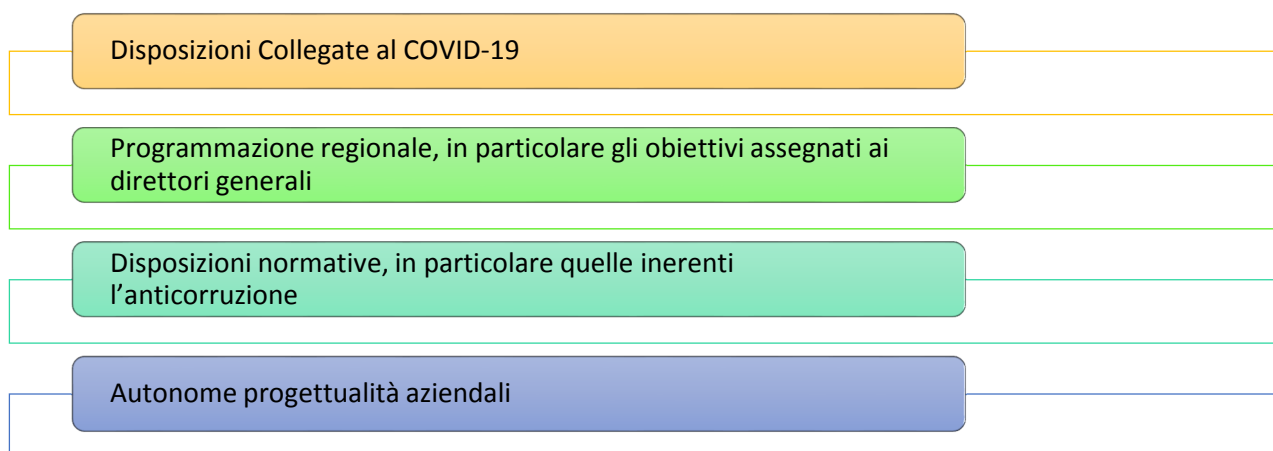
Superata la Fase di riorientamento e potenziamento dei servizi per il paziente, attualmente l'azienda opera in un contesto che si caratterizza per la persistenza del virus COVID -19 e che prevede che siano mantenuti: la capacità di monitoraggio epidemiologico, la stabilità di trasmissione, i servizi 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 5" 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 deve destinare 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 dovrà essere 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, nel primo semestre gli obiettivi della consueta pianificazione strategica triennale saranno 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:



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

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. Misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19

In relazione all'emergenza in atto, come indicato dall'OMS e dall'Unità di crisi istituita con Decreto del Presidente della Regione Veneto n.23 del 21/03/2020, ha avuto luogo la rimodulazione dell'offerta ospedaliera con l'adozione di un "Piano di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica". Per far fronte ai bisogni emergenti è stata prevista l'individuazione di ospedali interamente dedicati ai pazienti COVID-19, il potenziamento con posti letto aggiuntivi di area intensiva e semintensiva respiratoria, la ristrutturazione dei pronto soccorso e interventi che mirano a implementare la rete di emergenza territoriale.

La DGRV 782 del 16/6/2020 ha recepito e a livello regionale le misure in materia sanitaria connesse all'emergenza COVID-19 previste dal Decreto Legge n. 34/2020. Questa fase si caratterizza per:

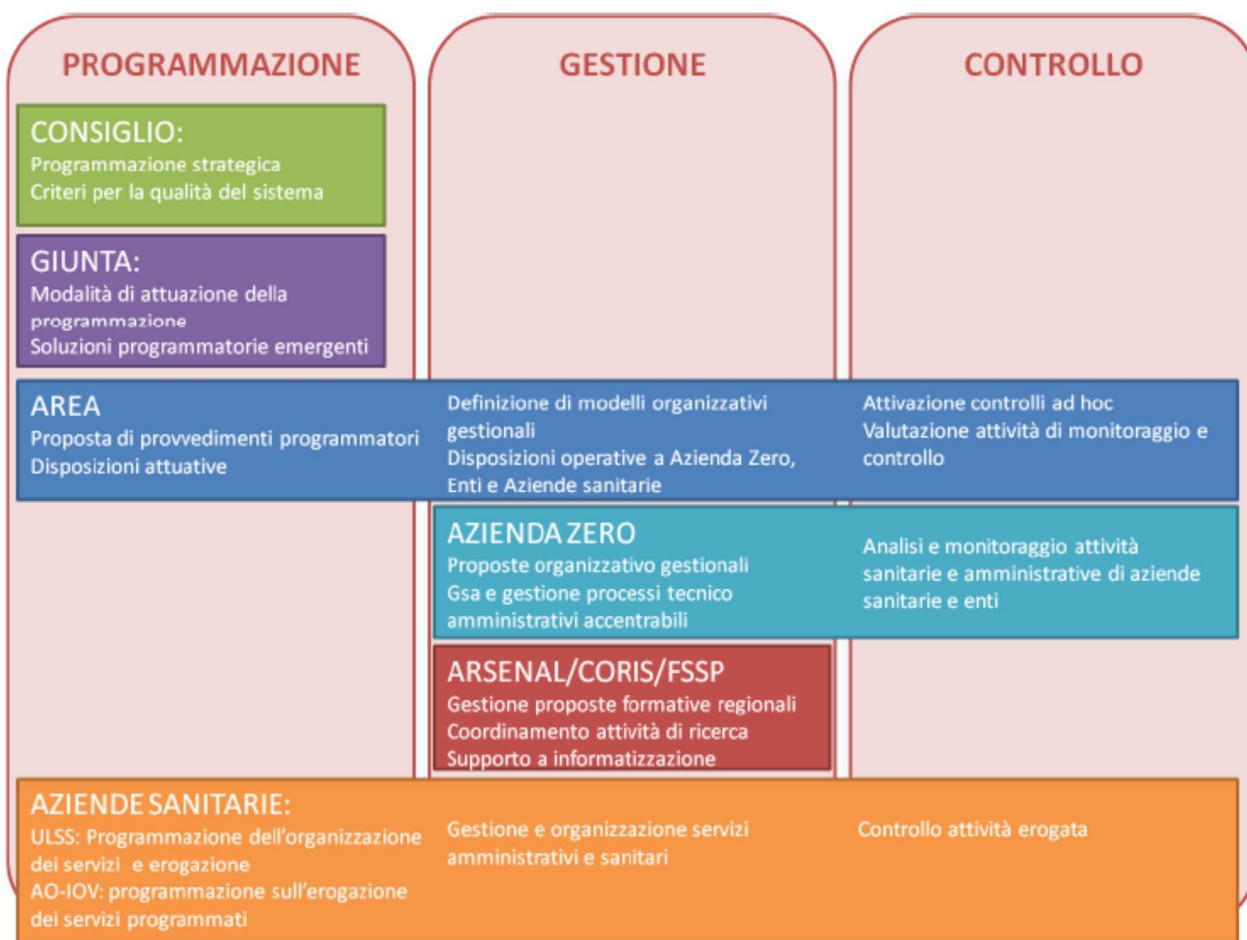
- il mantenimento della sorveglianza attiva e degli screening di popolazione
- il mantenimento/rafforzamento dei servizi di prevenzione per individuare, circoscrivere e gestire eventuali recrudescenze
- il potenziamento delle strutture sanitarie di assistenza operanti sul territorio per la cura dei cittadini (minori o adulti, portatori di una o più patologie, persone/anziani non autosufficienti, portatori di disabilità psichica ...)
- riorganizzazione della rete ospedaliera e di residenzialità extra ospedaliera con riferimento ai posti letto delle discipline interessate dalla patologia COVID-19 e dei posti degli ospedali di comunità
- riapertura delle attività sanitarie programmate di degenza e dell'attività ambulatoriale secondo le linee di indirizzo regionali
- recupero graduale delle prestazioni pregresse che sono state sospese in quanto non prioritarizzate come urgenti o di fascia B
- attività vaccinali anti COVID 19: programmazione, distribuzione, formazione del personale, somministrazione, monitoraggio e tracciamento secondo le disposizioni previste dalla DGR n. 1801 del 22 dicembre 2020 "Approvazione del documento recante "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19"

## 3.2. 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 11 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



### 3.2.1. 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.

Il 2020 si è caratterizzato per la discontinuità dovuta alla pandemia, e gli obiettivi regionali sono stati assegnati con DGR 1406/2020 e solo per il secondo semestre del 2020.

Allo stato attuale, nel quadro di evoluzione dinamica della pandemia, si ritiene di riproporre gli obiettivi della DGR 1406/2020, che erano stati identificati per supportare la fase di uscita dalla pandemia, e si prestano pertanto bene ad indicare le aree di intervento prioritarie nelle quali l'azienda sarà chiamata a confrontarsi nel corso del 2021.

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 248/2019 e sono:

#### PREVENZIONE

- P.A.1 Attuazione di misure per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di Covid-19
- 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 Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione (DGR 782/2020)
- P.C.1 Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro

#### ASSISTENZA DISTRETTUALE

- D.A.1 Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (DL 14/2020; DL 27/2020; DL 34/2020 convertito in L 77/2020; DGR 782/2020; DGR 1103/2020)
- 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 ambulatoriali nel periodo post Covid 19
- D.E.2 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 Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico
- D.H.4 Introduzione progressiva dell'infermiere di famiglia (DGR n. 782/2020, DGR n. 1103/2020)
- D.I.1 Piano di Sanità Pubblica per le Strutture residenziali
- D.T.1 Adeguamento della Centrale Operativa Territoriale (COT) alle disposizioni operative previste dalla DGR n.1103 del 6 giugno 2020

#### ASSISTENZA OSPEDALIERA

- O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero nel periodo post Covid 19
- O.B.2 Attivazione Piano Ospedaliero DGR 552/20
- O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari
- O.T.2 Sicurezza del paziente, limitazione del rischio di contagio e attivazione specifici percorsi in ambiente ospedaliero
- O.T.3 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE
- O.T.4 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.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 ter L.R. n. 21/2010)

Peraltro 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”.

### 3.2.2. 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.

## 3.3. 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:

- 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".

## 3.4. 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;
- Accredimento 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.

### 3.5. Le Aree Strategiche

Le linee programmatiche attraverso cui si integrano gli obiettivi strategici aziendali identificano 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. A queste 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 9 - Aree strategiche e Macro-obiettivi**

<b>Area Strategica COVID</b>	<b>Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid</b>
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
<b>Area Strategica 1</b>	<b>Erogazione dei LEA</b>
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
<b>Area Strategica 2</b>	<b>Sostenibilità economico-finanziaria</b>
Macro-obiettivo 2.1	Equilibrio Economico
Macro-obiettivo 2.2	Limiti di Costo
Macro-obiettivo 2.3	Gestione delle risorse finanziarie
<b>Area Strategica 3</b>	<b>Informatizzazione e Flussi Informativi</b>
Macro-obiettivo 3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico
Macro-obiettivo 3.2	Qualità e Completezza dei Flussi Informativi
<b>Area Strategica 4</b>	<b>Organizzazione Aziendale</b>
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.

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

#### **Macro-obiettivo COVID.1: Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione**

L'emergenza COVID-19 ha evidenziato 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 prevedendo:

- L'aggiornamento della composizione del Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)
- Un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR), per ogni singolo distretto socio sanitario, attivato dal Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per consentire una mobilitazione rapida, a moduli e organizzata per ambiti territoriali definiti in funzione della complessità dell'emergenza
- L'implementazione progressiva del Sistema informativo COVID-19 per soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi regionale, della direzione strategica e degli operatori delle strutture sanitarie aziendali. Si tratta di
  - Un sistema di biosorveglianza che 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 e devono essere ulteriormente completati i moduli software per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento.
  - Mentre 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.

#### **Macro-obiettivo COVID.2: Potenziamento dell'assistenza territoriale**

##### **Esecuzione Sorveglianza Sanitaria**

L'obiettivo citato in premessa dalla DGRV 782/2020 "è quello di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario."

L'organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva viene effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale.

##### **Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)**

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 5 Unità Speciali di Continuità Assistenziale, due nel distretto 1, una nel distretto 2, una nel distretto 3 e una nel distretto 4, 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.

**Macro-obiettivo COVID.3: Campagna vaccinale anti-COVID-19**

L'avvio della campagna di vaccinazione anti-COVID19 rappresenta la partenza di una sfida epocale per il Servizio Sanitario. Il primo vaccino disponibile è quello di Pfizer/BioNTech.

Il Ministero ha definito un Piano, che ha avuto avvio con la "giornata di avvio" della campagna vaccinale unica a livello europeo, 27 dicembre 2020 e con la Circolare del Ministero della Salute prot.n. 241264 del 24.12.2020 ha emanato le "Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/COVID-19 e procedure di vaccinazione".

La Regione Veneto ha definito a sua volta un proprio piano di vaccinazione. Gli obiettivi del Piano sono:

1. Definire un modello organizzativo standard per la gestione della vaccinazione che sia applicabile nei diversi contesti, anche su base modulare, mantenendo gli stessi principi.
2. 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.
3. Assicurare che il vaccino sia stoccato e distribuito in maniera sicura.
4. Garantire la registrazione di tutti i dati relativi alle vaccinazioni eseguite.
5. Monitorare la sicurezza e l'efficacia della campagna vaccinale.
6. Organizzare la formazione degli operatori per garantire l'uniformità delle procedure e l'intercambiabilità degli operatori presso i diversi servizi coinvolti nella vaccinazione.
7. Organizzare una campagna informativa rivolta alla popolazione.

Il coordinamento delle attività vaccinali in ciascun territorio di riferimento (programmazione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio e tracciamento, formazione del personale) è affidato ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, che presentano al proprio interno le competenze, l'esperienza e la professionalità per svolgere tale attività.

L'avvio della campagna vedrà coinvolto nella prima fase:

- a) personale ospedaliero e territoriale del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario Regionale;
- b) ospiti e operatori delle strutture socio-sanitarie territoriali.

Successivamente la vaccinazione verrà estesa alla popolazione generale, secondo criterio anagrafico e di rischio specifico, oltre che a specifiche categorie individuate, tra cui i lavoratori dei servizi essenziali e soggetti a rischio, inclusi gruppi di popolazione in grado di sostenere la trasmissione dell'infezione nella comunità.

Secondo lo specifico Piano presentato dalla ULSS, la prima fase di immunizzazione nell'Azienda Ulss9-Scaligera viene rivolta a una popolazione di circa 30.000 persone. Nel totale ci sono 3.964 operatori del SSN ospedalieri di presidi a gestione diretta e 1.531 operatori territoriali dipendenti dell'ULSS 9 Scaligera, mentre il resto per operatori delle strutture private, non dipendenti ed ospiti e personale delle strutture residenziali.

	<b>Categoria di popolazione target – Prima fase</b>	<b>Numero di persone vaccinabili</b>
1	Operatori ospedalieri dipendenti*	3.964
2	Operatori territoriali dipendenti**	1.531
3	Operatori ospedalieri strutture private	2.051
4	Operatori sanitari territoriali non dipendenti***	6.500
5	Personale strutture residenziali****	7.698
6	Ospiti di strutture residenziali****	8.659
<b>Totale</b>		<b>30.403</b>
	<b>Categoria di popolazione target – Seconda fase</b>	
	Lavoratori servizi essenziali	da definire
	Popolazione generale per età e categorie a rischio	da definire

Per garantire l'erogazione straordinaria di un elevato numero di dosi di vaccino in un periodo di tempo limitato si rende necessario organizzare le attività vaccinali in ambulatori supplementari rispetto a quelli presenti per le attività vaccinali di routine. In particolare, si devono individuare le seguenti tipologie:

- Punto Vaccinale Ospedaliero (PVO)
- Punto Vaccinale Territoriale (PVT)
- Punto Vaccinale in Struttura Residenziale (PVSR)

La seguente tabella mostra le sedute vaccinali necessarie per la vaccinazione della popolazione individuata per la prima fase (30.403 persone), in base alla copertura da raggiungere (65% o 100%)

Popolazione	65% della pop.	N. persone vaccinabili/ ora	Totale ore necessarie per effettuare il 65% della popolazione vaccinabile (considerando le 2 dosi)	N. sedute necessarie x vaccinare 65%	Totale ore necessarie per effettuare il 100% della popolazione vaccinabile (considerando le 2 dosi)	N. sedute necessarie x vaccinare 100%
<b>Totale Pop. Vaccinabile</b>						
30.403	19.762	12	3.294	823	5.067	1.267
16.357	10.632	12	1.772	443	2.726	682

Per gli Operatori ed ospiti delle Strutture Socio-Sanitarie territoriali, l'attività di vaccinazione sarà garantita in loco dagli operatori della struttura stessa, supportati da personale afferente all'Azienda ULSS di riferimento.

Per tutte le strutture non residenziali (es. centri diurni, centri sollievo per anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, ecc.) saranno individuate modalità organizzative ad hoc.

Saranno effettuati momenti formativi per medici ed operatori sanitari in merito alle caratteristiche del vaccino e alle modalità di somministrazione. Agli operatori che effettuano le vaccinazioni sarà messo a disposizione il corso FAD predisposto dall'Istituto Superiore di Sanità.

Per le fasi successive della campagna vaccinale, l'Azienda ha presentato nell'ultimo aggiornamento del PIANO AZIENDALE - Campagna vaccinale anti-COVID-19 un documento di "Identificazione e dimensionamento dei Centri di Vaccinazione Popolazione (CVP) nel territorio". In tale documento viene descritta l'organizzazione su cui poggia il progetto di vaccinazione Covid-19 per l'intera popolazione, vengono assegnati i 98 comuni a 5 CVP individuati secondo il principio della minima distanza media. Vi sono inoltre descritti il modulo base di layout che compone i CVP, con il dimensionamento delle risorse umane necessarie per il loro corretto funzionamento.

**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.

#### **Macro-obiettivo COVID.5: Riorganizzazione della rete ospedaliera volta a fronteggiare emergenze pandemiche**

Con Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. In seguito a tale provvedimento, si sono susseguiti atti di provenienza statale e regionale che hanno disposto e dispongono una riorganizzazione dell'assistenza finalizzata a fronteggiare l'emergenza COVID -19.

In particolare, come indicato dall'OMS e dall'Unità di Crisi istituita con Decreto del Presidente della Regione Veneto n.23 del 21/03/2020, ha avuto luogo la rimodulazione dell'offerta ospedaliera con l'adozione di un "Piano di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica".

Per far fronte ai bisogni emergenti sono stati previsti: l'individuazione di ospedali interamente dedicati ai pazienti COVID-19, il potenziamento con posti letto aggiuntivi di area intensiva e semintensiva respiratoria, la ristrutturazione dei pronto soccorso e interventi che hanno implementato la rete territoriale.

Con la DGRV n. 552/20 la regione Veneto ha adottato il "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" e l'azienda, ha individuato i posti letto di terapia intensiva, i posti letto di terapia sub intensiva pneumologica, i posti letto di malattie infettive attivabili, gli ulteriori posti letto riconvertibili in fase emergenziale come richiesto dal Centro Regionale per l'Emergenza e Urgenza.

Con la successiva DGRV 782 del 16/6/2020 sono state recepite a livello regionale le misure in materia sanitaria connesse all'emergenza COVID-19 previste dal Decreto Legge n. 34/2020 emanato durante la fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale e con iniziale ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata.

Nell'attuale scenario epidemiologico in continua evoluzione, che si caratterizza per un elevato indice di contagiosità la Regione Veneto ha adottato con DGRV 1103 del 06/08/2020 il documento "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020" con la finalità di individuare ulteriori misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria.

Il potenziamento della disponibilità di posti letto di tale piano emergenziale ha previsto un'ulteriore riorganizzazione dei posti letto. Infatti l'azienda deve garantire oltre ai 48 posti letto di terapia intensiva e ai 128 posti letto di area non critica a gestione diretta (semi intensiva e malattie infettive) ulteriori posti letto di area non critica secondo quanto stabilito dal documento "indirizzi di fase 5" approvato dall'unità di Crisi il 22/10/2020.

Il 2021 inizia con una dotazione di posti letto Covid attivi in Fase 5a come riportato nella tabella seguente:

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				

Per l'azienda ULSS 9 sono inoltre previsti:

- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.

Oltre alle dotazioni di posti letto ospedalieri, sono stati attivati posti letto aggiuntivi di ospedale di Comunità, al fine di assorbire i casi non più acuti in via di guarigione.

**Tabella 10 - Attivazioni straordinarie Ospedali di Comunità**

AREE COVID - OSPEDALI DI COMUNITA'		
DESCRIZIONE	POSTI LETTO	DAL
OSPEDALE DI COMUNITA' COVID BOVOLONE	34	20/11/2020
OSPEDALE DI COMUNITA' COVID BUSSOLENGO	36	20/11/2020
OSPEDALE DI COMUNITA' PEDERZOLI (compresi i posti URT)	24	20/11/2020
OSPEDALE DI COMUNITA' SAN BONIFACIO	18	20/11/2020

A seconda dell'andamento della pandemia, si evolveranno i servizi erogati da questi presidi, considerando che il decorso dei casi, soprattutto con riferimento ai pazienti fragili, può essere molto lungo e superare i 30 giorni.

**Macro-obiettivo COVID .5: Investimenti per fronteggiare l'emergenza COVID-19**

Sono stati garantiti e sono ancora in corso interventi in somma urgenza nelle strutture aziendali per fronteggiare l'emergenza COVID-19. Gli adeguamenti tecnico-logistico-sanitari realizzati e da realizzare sono quelli derivanti dall'attuazione di quanto richiesto:

- Dalla Protezione Civile per le aree temporanee
- Dalla Regione Veneto con la DGRV 552 del 05/05/2020 e la DGRV 782 del 16/06/2020
- Dai piani di emergenza dell'AULSS 9 per il contrasto al COVID-19

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

L'implementazione progressiva del Sistema informativo COVID-19 per soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi regionale, della direzione strategica e degli operatori delle strutture sanitarie aziendali.

Si tratta di un sistema di bio sorveglianza che 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 e devono essere ulteriormente completati i moduli software per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento.

Mentre 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.

### **3.5.2. Area strategica 1: Erogazione dei LEA**

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Miglioramento dei tassi di copertura vaccinali e dei tassi di adesione agli screening oncologici**

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 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.

In merito allo screening mammografico la fascia d'età della popolazione target è stata estesa alle donne dai 70 ai 75 anni. L'obiettivo resta quella di mantenere sopra le soglie standard il tasso di adesione corretto.

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Anagrafi Animali**

Per quanto riguarda 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.

#### **Macro-obiettivo 1.1 – Prevenzione: Piani di sorveglianza sanitaria PFAS**

Si ritiene di riprendere non appena possibile 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.

#### **Macro-obiettivo 1.2 - Assistenza Territoriale: Piano Triennale Aziendale delle Cure Primarie di sviluppo delle Medicine in rete e Medicine di Gruppo**

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).

### **Macro-obiettivo 1.2 - Assistenza Territoriale: Cure Palliative e flusso ADI**

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

### **Macro-obiettivo 1.2 - Assistenza Territoriale: Adeguamento della residenzialità extra-ospedaliera**

Nel 2021 proseguirà 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 riaccutizzarsi 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.

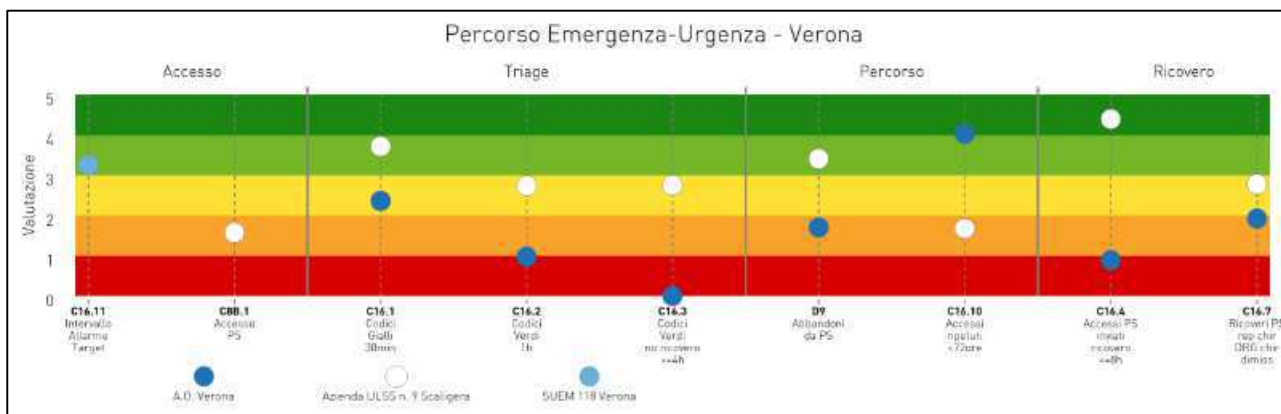


**Macro-obiettivo 1.3 - Assistenza Ospedaliera: Tempi di permanenza in Pronto Soccorso**

La Regione Veneto ha approvato con DGR 1888/2015 gli "Indirizzi tecnico-operativi per il triage di Pronto Soccorso" stabilendo numerosi standard di assistenza. Recentemente la Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera ad una revisione del sistema dei codici triage (DM 28 maggio 2019), stabilendo un tempo massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento nei codici bianchi pari a 4 ore (240 minuti).

Nell'ultima rilevazione di benchmark del Network Sant'Anna, il posizionamento dell'ULSS 9 rispetto al percorso Emergenza-Urgenza mostra un medio rispetto degli standard con una buona performance in termini di pazienti ricoverati tempestivamente (indicatore C.16.4) ed un basso livello di abbandoni (D9), ma con situazioni non ottimali per il tasso di accesso (C8B.1) e per il numero di accessi ripetuti nelle 72 ore (C16.10). Interessante il confronto con l'AOU di Verona.

Figura 12 - Indicatori Percorso Emergenza-Urgenza 2018 Verona (Fonte: <http://performance.sssup.it>)



Non si evidenziano situazioni "rosse", ma la performance per quanto riguarda i tempi di permanenza è solo media (indicatori C16.1-3). Questo aspetto è confermato dal fatto dallo standard regionale di permanenza in PS è di 4 ore (240 minuti come da DGR 1513/2014) per almeno il 90% degli accessi (90° percentile < 240 minuti). La situazione nei differenti pronto soccorso della ULSS 9 Scaligera è disomogenea, ma nella maggior parte dei casi evidenzia tempistiche più alte.

Tabella 11 - Indicatori Pronto Soccorso

Indicatore	Regione	Valore Soglia	Legnago	San Bonifacio	Bussolengo	Villafranca
90° Percentile Durata accessi in Pronto Soccorso	05:13:00	< 4:00:00	5:56:00	4:31:00	2:58:00	4:34:00

\* Stima 2019 (10 mesi 2019+ultimi 2 mesi 2020), estratti da DWH Regionale, "indicatori DG" in data 8/1/2020

- Sopra soglia e peggio della media regionale
- Sopra soglia ma meglio della media regionale
- Entro Soglia

Anche in questo caso va data continuità alle misure già adottate per la riduzione dei tempi d'attesa, proseguendo nel percorso di miglioramento che ha già portato la media aziendale ad avvicinarsi al rispetto dello standard.

**Macro-obiettivo 1.3 - Assistenza Ospedaliera: Qualità dell'assistenza ospedaliera**

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 12 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 12 - Principali indicatori GREZZI del PNE per gli ospedali a gestione diretta (fonte Sistema epidemiologico regionale)**

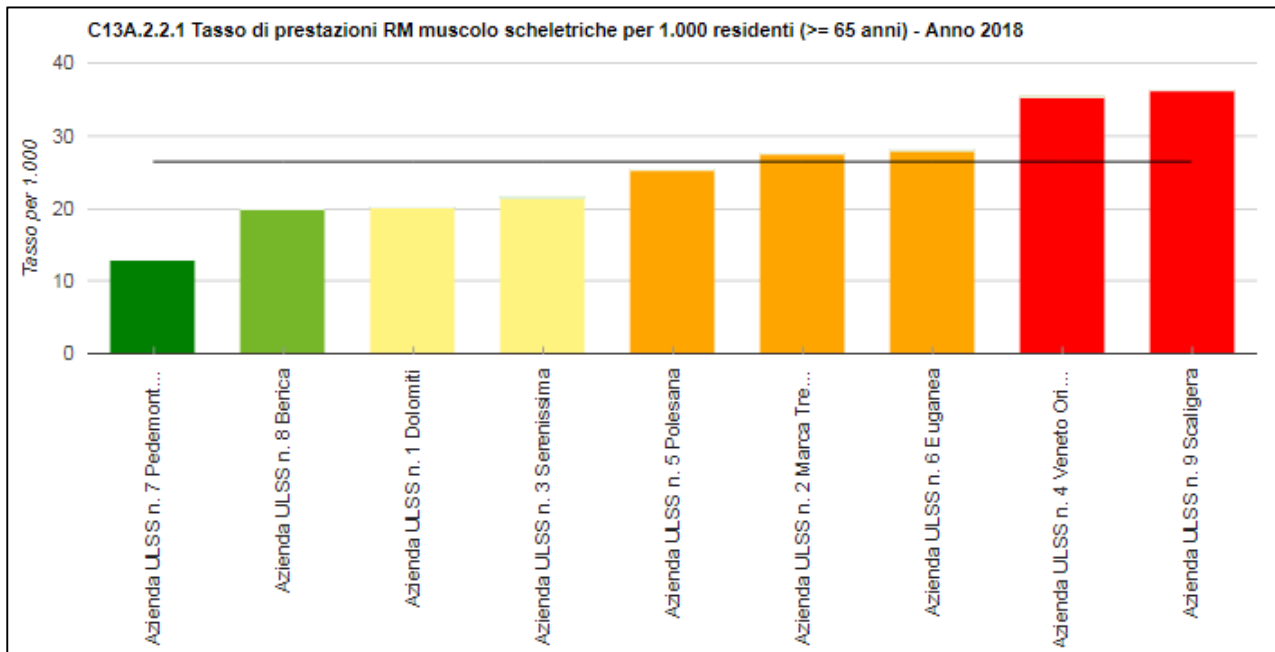
Area Clinica/indicatore		Struttura							
		05050901- OSPEDALE DI LEGNAGO		05050903- OSPEDALE DI SAN BONIFACIO		05050905- OSPEDALE DI VILLAFRANCA		05050906- OSPEDALE DI BUSSOLENGO	
		N	Valore	N	Valore	N	Valore	N	Valore
1-Apparato Cardiocircolatorio	IMA: mortalità a 30 giorni	149	12,1	100	10	44	18,2	2	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

**Macro-obiettivo 1.4 - Prestazioni Specialistiche: Governo della domanda ed appropriatezza**

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 anche nelle stime 2019.

**Figura 13 - 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.

**Macro-obiettivo 1.5 - Tempi di Attesa: Liste di attesa**

Il DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020, n. 104 – “Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia” all'art 29 detta “disposizioni urgenti in materia di liste di attesa”. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale potevano avvalersi di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura.

L'azienda nell'estate 2020 ha eseguito una rilevazione delle prestazioni specialistiche prescritte con priorità che sono state sospese a seguito delle difficoltà organizzative indotte dalla emergenza per la pandemia COVID-19. Dopo aver chiesto per queste prescrizioni la rivalutazione della priorità da parte dei medici titolari dell'assistenza del paziente sono state stimate le prescrizioni pendenti per prime visite e/o primi accessi.

La ripresa delle attività tuttavia è stata nuovamente rinviata alla luce della ripresa dei contagi nel mese di novembre. Da novembre 2020 a gennaio 2021 sono state sospese le prenotazioni nelle classi D e P presso le strutture ospedaliere (salvo i percorsi da garantire come esplicitato dalle circolari regionali), mentre il prenotato è stato erogato, compatibilmente alla disponibilità del personale impegnato nella gestione dell'emergenza.

Con nota 39757 del 28 gennaio 2021 la Regione dispone la ripresa delle attività ambulatoriali tenuti in considerazione i criteri di “priorità clinica” dei pazienti e temporale.

Da tutto ciò ne consegue che l'azienda deve elaborare una riprogrammazione degli appuntamenti per le prescrizioni sospese per branca specialistica e per unità operativa erogante. Queste prestazioni andranno a sommarsi al fabbisogno di prestazioni ambulatoriali che, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura, saranno

richieste nel corso del 2021. Pertanto alle unità operative saranno assegnati obiettivi orientati al recupero delle liste di attesa più che al “Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali” con la sola esclusione delle prestazioni prescritte con Fascia di priorità B.

### **Macro-obiettivo 1.6 - Attività Sociosanitaria e Sociale: Area Salute Mentale**

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).

### **3.5.3. Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria**

#### **Macro-obiettivo 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.

Nell'anno 2019 l'azienda ha rispettato il tetto di spesa assegnato per il personale e il tetto di costo dei dispositivi medici e dispositivi medici in vitro valutato complessivamente, mentre ha registrato il superamento dei tetti di costo assegnati per:

- Farmaceutica convenzionata che ha registrato un superamento del tetto di spesa assegnato (€92.725.774) di €2.412.727 anche se è in riduzione rispetto al 2018 del 2,01% (-1.950.000 € in valore assoluto). Da ciò ne consegue la necessità di miglioramento dell'aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto sulla spesa farmaceutica, aumento della distribuzione di farmaci attraverso l'ADI, incontri con i MMG che presentano una spesa farmaceutica elevata;
- Costo pro capite pesato diretta di classe A-H che ha registrato un valore pari a € 123,10/pro capite rispetto al valore soglia di €122. La spesa per i farmaci che concorrono al pro capite di classe A-H è rimasta pressoché costante per l'Azienda ULSS 9 Scaligera (+1% rispetto al 2018) e per l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona (+1% rispetto al 2018) mentre è incrementata per i farmaci erogati dall'ospedale di Negrar (+10%) e di Peschiera (+4%). L'incremento di Negrar è dovuto ad un aumento del numero di pazienti trattati (+17%) mentre per Peschiera il numero di trattati è rimasto invariato.
- Farmaceutica acquisti diretti con un tetto che va considerato non sul totale degli acquisti diretti, ma sugli acquisti al netto dei farmaci innovativi e oncologici innovativi: €42.672.134. Pertanto lo scostamento registrato è pari a +€ 1.569.436 (+3,68%). Si tratta di un maggior costo che è stato puntualmente motivato sia per numero di pazienti trattati che per principio attivo con particolare riferimento alle “malattie rare”;
- Costo pro capite per Assistenza protesica maggiore che registra un valore pari a € 10,20/pro capite rispetto al valore soglia di €9,50. Il mancato rispetto del limite di costo impone la puntuale attuazione del nuovo regolamento aziendale in materia di prescrizione.
- Costo pro capite per Assistenza Integrativa che registra un valore pari a € 18,34/pro capite rispetto al valore soglia di €15.

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

Tetto di costo Farmaceutica convenzionata: € 91.316.124

Tetto di costo acquisti diretti al netto dei farmaci in acquisto diretto € 51.999.999

Tetto di costo dei dispositivi medici € 15.512.483

Tetto di costo dei dispositivi medici in vitro € 7.572.908

### **Macro-obiettivo 2.3 - Gestione delle risorse finanziarie: Tempi di Pagamento**

Il tema è divenuto di estrema rilevanza per il ciclo della performance alla luce delle recenti disposizioni (Legge di Bilancio 2019) che prevede 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.

## **3.5.4. Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi**

### **Macro-obiettivi 3.1: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**

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.

### **Macro-obiettivo 3.2 - Qualità e Completezza dei Flussi Informativi**

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.

### **3.5.5. Area strategica 4: Organizzazione Aziendale**

#### **Macro-obiettivo 4.1 - Sviluppo dei sottosistemi aziendali: Corretta gestione e puntuale monitoraggio dell'efficienza del ciclo passivo**

Nel corso del 2019 l'Azienda ha ottimizzato le operazioni per l'emissione dell'ordine preventivo per ogni operazione di acquisto, contraendo i tempi di pagamento e permettendo una verifica più puntuale in corso d'anno dell'andamento dei costi effettivi. Inoltre l'imputazione dei costi ai centri di costo aziendali permette la completa alimentazione della contabilità analitica (e la sua quadratura con la contabilità generale) aspetto fondamentale anche alla luce dei debiti informativi verso la Regione connessi con la cosiddetta Contabilità Analitica Regionale.

Le disposizioni nazionali (DM 7 dicembre 2018) richiedono per altro che l'ordine sia inoltrato in forma elettronica al Nodo di Smistamento degli Ordini (NSO); con recente intervento (DM 27 dicembre 2019) i termini da cui tale onere diventa cogente sono stati fissati per i beni, a decorrere dal 1 febbraio 2020 e per i servizi, a decorrere dal 1 gennaio 2021.

### 3.6. Documento delle Direttive 2021

Il presente piano integra una prima stesura del 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 che saranno oggetto di eventuale integrazione a seguito di emanazione da parte della Regione Veneto di una deliberazione di assegnazione degli obiettivi per l'anno in corso. Il piano viene 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 attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto Legge n.34/2020, nonché della DGR n. 1801 del 22 dicembre 2020 "Approvazione del documento recante "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19".

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.

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
<b>Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid</b>									
Macro-obiettivo COVID.1: Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione	Obiettivo COVID.1.1: Potenziamento Dipartimento	DGR 1406/2020 P.A.3.1	Aggiornamento della composizione del Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) ed organizzazione di n Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) per ogni singolo distretto socio sanitario.		SI	SI	-	DS	UOC SISP
	Obiettivo COVID.1.4: Attuazione di misure per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di Covid-19	DGR 1406/2020 P.A.1.1	Conduzione di un'inchiesta epidemiologica con identificazione dei contatti		>70%	>70%	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UOC SISP
	Obiettivo COVID.1.5: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	DGR 1406/2020 P.C.1.1	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-Cov2 negli ambienti di lavoro: numero lavoratori delle aziende controllate su totale dei lavoratori delle aziende presenti nel territorio di competenza		30%	30%	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UOC SISP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
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 1406/2020 D.A.1.1	Presentazione della relazione trimestrale sulle attività svolte dalle USCA		SI	SI	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi assegnati V Commissione H3	Numero di USCA attivate/USCA Programmate	(19/5/2020 11/19)	>50%	>50%	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi assegnati V Commissione H3	Numero medici USCA incaricati/Fabbisogno	(19/5/2020 30%)	>30%	>30%	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi assegnati V Commissione H3	Numero di pazienti in carico/Medico USCA	(19/5/2020 <10)	>50	>50	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo COVID 2.3: Recupero attività non effettuata	DGR 1406/2020 D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali come da Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa		Secondo piano regionale	Secondo piano regionale	Coerente con eventuale persistenza dell'epidemia	DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo COVID.3 Potenziamento attività vaccinale in contrasto alla co-circolazione di virus	Obiettivo COVID 3.1: Attuazione della Campagna vaccinale anti COVID-1	DGR 1801/2020	Pianificazione della Campagna		Secondo piano regionale	Secondo piano regionale	Secondo piano regionale	DS	UOC SISP
		DGR 1801/2020	Copertura vaccinale per categorie di rischio		Secondo piano regionale	Secondo piano regionale	Secondo piano regionale	DS	UOC SISP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo COVID.4 Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti	Obiettivo COVID 4.1: Contenimento contagi nelle strutture residenziali	DGR 1406/2020 D.I.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 1406/2020 O.B.1.1 e assegnato da V Commissione H2	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero come da Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa		Secondo piano regionale	Secondo piano aziendale	Coerente con il Piano Pandemico	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 1406/2020 O.B.2.1	Attrezzamento posti letto di terapia intensiva e semi intensiva previsti dalla DGR 782/20		≥ 90% PL attrezzati	100% PL attrezzati	Mantenimento dei PL attrezzati	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 1406/2020 O.T.2.1 e assegnato da V Commissione H1	Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19		Presenza di misure e protocolli per gestione percorsi pazienti COVID per area internistica, area emergenza ed area pediatrica.	Attuazione dei protocolli ed azioni di miglioramento	Attuazione dei protocolli ed azioni di miglioramento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 1406/2020 S.A.3.1	Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19		Definizione del progetto preliminare di lavori edilizi e impiantistici (DGR 782/2020) per attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive	Attuazione dei lavori edilizi ed impiantistici programmati	/	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo COVID.7 Sistema informativo COVID-19	Obiettivo COVID 7.1: Sistemi Informativi Covid	DGR 1406/2020 P.A.1.2	Alimentazione e Gestione dei sistemi informativi dedicati al Covid-19		Avvio sistemi e corretta raccolta dei dati (valorizzazione data inizio sintomi $\geq 60\%$ )	Mantenimento/miglioramento	/	DS	UOC SISP
<b>Area Strategica 1: Erogazione dei LEA</b>									
Macro-obiettivo 1.1: Prevenzione	Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	DGR 248/2019 P.A.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,50%	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività e recupero dell'attività sospesa	tutte $\geq 95\%$	DS	UOC SISP
		DGR 248/2019 P.A.1.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95,90%	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività e recupero dell'attività sospesa	$\geq 95\%$	DS	UOC SISP
	Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening	DGR 248/2019 P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	61%	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività e recupero dell'attività sospesa	$\geq 60\%$	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 248/2019 P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	53%	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività e recupero dell'attività sospesa	$\geq 50\%$	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 248/2019 P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	51%	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività e recupero dell'attività sospesa	$\geq 50\%$	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
	Obiettivo 1.1.4: Esecuzione dei Piani di sorveglianza sanitaria	DGR 248/2019 P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	3%	Assegnazione Sospesa	$\geq 3\%$ delle aziende in BDN (punteggio)	$\geq 3\%$ delle aziende in BDN (punteggio)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	e di sicurezza alimentare					parziale fino al 90%)	parziale fino al 90%)		
		DGR 248/2019 P.E.1.2	% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	2,20%	Assegnazione Sospesa	≥ 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%	Assegnazione Sospesa	≥ 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%	Assegnazione Sospesa	≥ 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%	Assegnazione Sospesa	≥ 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 248/2019 P.E.1.7	esecuzione del PNAA	n.d.	Assegnazione Sospesa	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	minimi stabiliti dal PNAA 2019 (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
		DGR 248/2019 P.E.1.8	% controlli di farmacovigilanza veterinaria (presso i distributori di farmaco ingrosso/dettaglio)	n.d.	Assegnazione Sospesa	Soglia D.Lgs. 193/2006	Soglia D.Lgs. 193/2006	DS	UOC Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 2133/1016 e s.m.i.	Esecuzione delle attività previste dal Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta ai PFAS	Eseguita	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività		DS	UOSD Serv.Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione alla Salute
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.	% disposizioni rispettate >90%	% disposizioni rispettate >90%	Secondo Programmazione Regionale	DS	Direzione 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.	Mappatura per l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia	Secondo Programmazione Regionale	Secondo Programmazione Regionale	DS	Direzione Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.2.2: Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate	DGR 1406/2020 D.A.2.1	% MGI (con almeno 1 anno di attivazione al 31/12/2018) con valore IVAQ sufficiente ( $\geq 0,5$ per il primo anno di attività, altrimenti $\geq 0,65$ )	Se non viene soddisfatto il prerequisito l'indicatore non è soddisfatto	100%	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1406/2020 D.A.2.1 (req)	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i 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 assegnati V Commissione B1	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità	Apertura ODC, San Bonifacio	Apertura ODC di Valeggio, Isola, Caprino, Nogara, Malcesine, Le Betulle	Apertura ODC di Valeggio, Isola, Caprino, Nogara, Malcesine, Le Betulle	Secondo Programmazione	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
			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 1406/2020 D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	3,41	Riavvio dell'attività	$\geq 4$ (punteggio parziale se $\geq 2,6$ )	$\geq 4$ (punteggio parziale se $\geq 2,6$ )	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1406/2020 D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	2,28	Riavvio dell'attività	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$ )	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$ )	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1406/2020 D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	2,52	Riavvio dell'attività	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.H.1.4	% ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita	18,70%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥ 15%	DS	Direzione Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.H.1.5	% dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio entro 2 gg dalla dimissione	15,70%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥ 15%	DS	Direzione Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard	DGR 1406/2020 D.H.2.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative	38,20%	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale	33,60%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≤ 20%	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.I.1.1	% ricoveri in hospice provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito (da cure palliative domiciliari), nei quali il periodo di ricovero è ≤ a 7 giorni	30%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≤ 25% (punteggio parziale se ≤ 35%)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.I.1.2	Numero di ricoveri in Hospice provenienti da struttura ospedaliera	34,1% (-23%)	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	diminuzione	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	Assegnazione Sospesa	≤ 4 ore	≤ 4 ore	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 D.B.1.1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso: Standard di servizio ambulanze esternalizzate	17	≤ 18'	≤ 18'	≤ 18'	DS	UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera
	Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard (* risultati attesi saranno oggetto	DGR 248/2019 C.3.1	% indicatori Treemap rispettati o in miglioramento	66%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Soglie definite nel vademecum	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 1406/2020 O.T.3.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	83,78%	* ≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	* ≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	di revisione in relazione all'andamento pandemico)	DGR 248/2019 O.T.3.3	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	90,45%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥ 90% (punteggio parziale se ≥ 70%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 1406/2020 O.T.3.2	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	62,17%	* ≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	* ≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	≥ 80% (punteggio parziale se ≥ 60%)	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 1406/2020 O.T.3.3	% di parti cesarei primari	Positivo	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	≤ 25% se > 1.000 parti all'anno ≤ 20% se < 1.000 parti all'anno	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Obiettivi assegnati V Commissione C3	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 1406/2020 D.E.2.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.	82,25	valore compreso tra 40‰ e 60‰	valore compreso tra 40‰ e 60‰	valore compreso tra 40‰ e 60‰	DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo 1.5: Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	DGR 248/2019 D.E.1.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	Assegnazione Sospesa	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.2	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	99%	Assegnazione Sospesa	≥ 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%	Assegnazione Sospesa	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%	Assegnazione Sospesa	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		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%	Assegnazione Sospesa	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		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%	Assegnazione Sospesa	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 248/2019 O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	94%	Assegnazione Sospesa	≥90%	≥90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.2.2	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	82%	Assegnazione Sospesa	Recupero prestazioni sospese	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
Macro-obiettivo 1.6: Attività Sociosanitaria e Sociale	Obiettivo 1.6.1: Erogazione Servizi Sociali	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
		DGR 1406/2020 D.H.3.1	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo: Soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA 2019	n.d.	>70%	>70%	100%	DSS/DS	UOSD Gioco d'Azzardo patologico
Macro-obiettivo 1.8: Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 248/2019 O.T.7.1	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	14,30%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≤ 15%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.8.2	Definizione di un programma di audit annuale e evidenza degli audit effettuati	Positivo	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥ 10 audit su eventi avversi	DS	UOS Risk managment
		DGR 1406/2020 O.T.4.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Positivo	Positivo	Si	Si	DS	UOS Risk managment
		Obiettivi assegnati V Commissione E2	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	n.d.	Audit su eventi significativi segnalati al di	Almeno 5 audit su eventi significativi segnalati	Si	DS/DA	UOS Risk managment

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
					fuori dei picchi pandemici	Realizzazione del sito Rischio Clinico per i cittadini			
<b>Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria</b>									
Macro-obiettivo 2.1: Equilibrio Economico	Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio	DGR 1406/2020 S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato	-	Si (al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19)	Si (al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19)	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	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 2.1.4: Gestione Contratti e Convenzioni	Obiettivo Aziendale	Organizzazione della funzione del Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (DEC)	Definizione Anagrafe dei DEC, Elaborazione Regolamento, Avvio Formazione	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Controllo informatizzato degli appalti	DA	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	Si	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Macro-obiettivo 2.2: Limiti di Costo	Obiettivo 2.2.1: Rispetto dei vincoli economici in materia di personale	DGR 248/2019 S.A.1.3	Costo del Personale	€ 266.106.325	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	≤ € 292.752.971	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DA/DS/DSS	UOC Gestione Risorse Umane
		Obiettivo Aziendale	Adeguamento dei Fondi alle previsioni di variazione nelle esternalizzazioni e nella dotazione organica			Relazione accompagnatoria al Piano Triennale	Relazione accompagnatoria al Piano Triennale	DA/DS/DSS	UOC Gestione Risorse Umane

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari	DGR 1406/2020 O.T.1.1	Costo Farmaceutica Acquisti diretti, farmaci innovativi, farmaci oncologici innovativi	+2,3% rispetto alla soglia	≤ €23.514.860 nel II Semestre	≤ € 51.999.999	≤ soglia regionale	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 1406/2020 O.T.1.2	Costo Dispositivi Medici	Soglia rispettata	≤ €13.356.147 nel II Semestre	≤ € 15.512.483	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 1406/2020 O.T.1.3	Costo IVD	Soglia rispettata	≤ € 3.913.621 nel II Semestre	≤ € 7.572.908	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.5	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	5 su 12 indicatori (misurati) soddisfacenti	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Soglie definite nel vademecum	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
	Obiettivo 2.2.3: Rispetto dei limiti di costo regionali sull'assistenza territoriale	DGR 1406/2020 D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	+2,8% rispetto alla soglia	≤ €45.120.803 nel II Semestre	≤ € 91.316.124	≤ soglia regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 1406/2020 O.T.1.4	Costo pro capite pesato diretta di classe A-H	€ 122,53	≤ 70€/pro capite nel II Semestre	≤ soglia regionale	≤ 122€	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 1406/2020 D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	€ 18,70	≤ €8,80 nel II Semestre	≤ 15 €	≤ 15 €	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 1406/2020 D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	€ 10,43	≤ €4,20 nel II Semestre	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 248/2019 D.C.1.2	% indicatori di appropriatezza prescrittiva rispettati	2 su 6 indicatori (misurati) soddisfacenti	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Soglie definite nel vademecum	DS	UOC Assistenza Farmaceutica 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 1406/2020 S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	-15,55	≤ 0 gg	≤ 0 gg	≤ 0 gg	DA
DGR 1406/2020 S.A.2.2			Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	12,35%	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	DA	UOC Contabilità e Bilancio

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
<b>Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi</b>									
Macro-obiettivo 3.1: Fascicolo Sanitario Elettronico	Obiettivo 3.1.1: Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr	DGR 1406/2020 S.B.1.1	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr	97,17%	≥ 98% per il mantenimento; 95% secondo tipologia	≥ 98% per il mantenimento; 95% secondo tipologia	≥ 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 informatici	DGR 1406/2020 S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	n.d.	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 D.B.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-118: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 248/2019 D.E.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi SPS e art.50: % indicatori rispettati	n.d.	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 1406/2020 D.F.1.1 (req a)	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	90,80%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 D.F.1.1 (req b)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso Assistenza Protesica: % spesa nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica suddivisa nei 3 elenchi	100%	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 1406/2020 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%	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto
		DGR 1406/2020 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%	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Distretto

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1406/2020 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)	12,52%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 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. Distretto
		DGR 1406/2020 D.H.3.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SIND: % indicatori rispettati	n.d.	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	DA/DSS	Dipartimento Dipendenze
		DGR 248/2019 D.I.1.1 (req)	Flusso Hospice: Rispetto della congruenza tra la data di competenza degli eventi e il periodo di invio. : % Eventi inviati con data evento fuori periodo di competenza. Indicatore storicizzato nei vari periodi di invio che verifica la data di competenza degli eventi inviati rispetto al calendario, per ogni periodo di invio.	0%	< 10%	< 10%	< 10%	DA/DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM: % indicatori rispettati	100%	100%	100%	100%	DA/DS	Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 248/2019 O.A.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS: % indicatori rispettati	5 su 6 indicatori soddisfatti	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
		DGR 1406/2020 O.T.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri: % indicatori rispettati	75%	100%	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM: % indicatori rispettati	67%	100%	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 1406/2020 O.T.1.3 (req)	Rispetto della completezza del flusso DM: % dei IVD codificati con CNL almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 O.T.2.1 (req)	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 1406/2020 S.B.2.1	SIO: Presentazione piani operativi: a) acquisizione/adeguamento repository; b) migrazione documenti clinici; c) migrazione dati strutturati		Si secondo cronoprogramma	Si secondo cronoprogramma	Si secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi
		DGR 1406/2020 S.B.2.2	SIO: Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali		≥ 90% items	≥ 90% items	Si secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi
		DGR 1406/2020 S.B.2.3	SIO: Mappatura prestazioni interne ed esterne		80% prestazioni	80% prestazioni	Si secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi
<b>Area strategica 4: Organizzazione Aziendale</b>									
Macro-obiettivo 4.1: Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Omogeneizzazione delle procedure e dei processi amministrativi	DGR 1406/2020 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	n.d.	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali
		Obiettivi 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 1406/2020 S.B.3.1	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP		<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	<5% disservizio ≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi
		DGR 1406/2020 S.B.3.2	Monitoraggio		100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1406/2020 S.B.3.3	SLA assistenza secondo livello		Tempo di ripristino <24h	Tempo di ripristino <24h	Tempo di ripristino <24h	DA/DS/DSS	UOS Attività Specialistica
		DGR 1406/2020 S.B.3.4	Percentuale dell'offerta delle prestazioni prenotabili con app		≥80%	≥80%	≥80%	DA/DS/DSS	UOS Attività Specialistica
		DGR 1406/2020 S.B.3.5	Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami		Si secondo cronoprogramma	Si secondo cronoprogramma	Si secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Attività Specialistica
		DGR 1406/2020 S.B.3.6	Garanzia di una SLA di risposta alle prenotazioni asincrone attraverso app sanità km zero ricette		95% dei casi entro le 48h	95% dei casi entro le 48h	95% dei casi entro le 48h	DA/DS/DSS	UOS Attività Specialistica
		DGR 1406/2020 S.B.3.7	Uniformazione della gestione delle ricette	-	<20%	<20%	<20%	DA/DS/DSS	UOS Attività Specialistica
Macro-obiettivo 4.2: Organizzazione del Lavoro	Obiettivo 4.2.1: Attuazione dell'atto aziendale	Obiettivi 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 4.3.1: Unificazione dei magazzini	Obiettivo Aziendale	Unificazione dei magazzini	-	Attività propedeutiche	Completamento e avvio Unificazione		DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Macro-obiettivo 4.4: Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza	Obiettivo 4.1.1: 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	UOS Trasparenza ed Anticorruzione e Servizi Ispettivi
			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	UOS Trasparenza ed Anticorruzione e Servizi Ispettivi
	Obiettivo 4.1.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti	DGR 1406/2020 S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	83%	SI	SI	SI	DA/DS/DSS	UOS Trasparenza ed Anticorruzione e Servizi Ispettivi
	Obiettivo 4.1.3: 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	Monitoraggio dell'adozione delle misure suggerite	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	DA/DS/DSS	UOC Internal Auditing

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022-2023	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.1.5: 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	Rispetto delle procedure	Rispetto delle procedure	DA	UOC Affari Generali

## 4. IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

### 4.1. Misurazione e valutazione della performance

#### 4.1.1. Il sistema di 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.

<b>Obiettivo</b>	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.
<b>Indicatore</b>	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 possedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.
<b>Infrastruttura di supporto</b>	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.
<b>Processo</b>	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.
<b>Gli strumenti di programmazione e valutazione</b>	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.
<b>Pubblicità</b>	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 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.

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

La contrattazione avviene 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 appartenenza 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 843 del 28 dicembre 2018** "Approvazione accordi decentrati area della dirigenza medica e veterinaria: "regolamento per l'attribuzione della retribuzione di risultato" - "regolamento sistema di misurazione e valutazione della performance" - "regolamento in materia di affidamento degli incarichi dirigenziali" - "accordo per l'individuazione, la durata e la valorizzazione economica degli incarichi dirigenziali"

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 13 - 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%

#### **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 14 - 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	5
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 15 - 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	Da 7 a 13
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.



### 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 16 - 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 17 - 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.

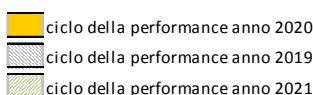
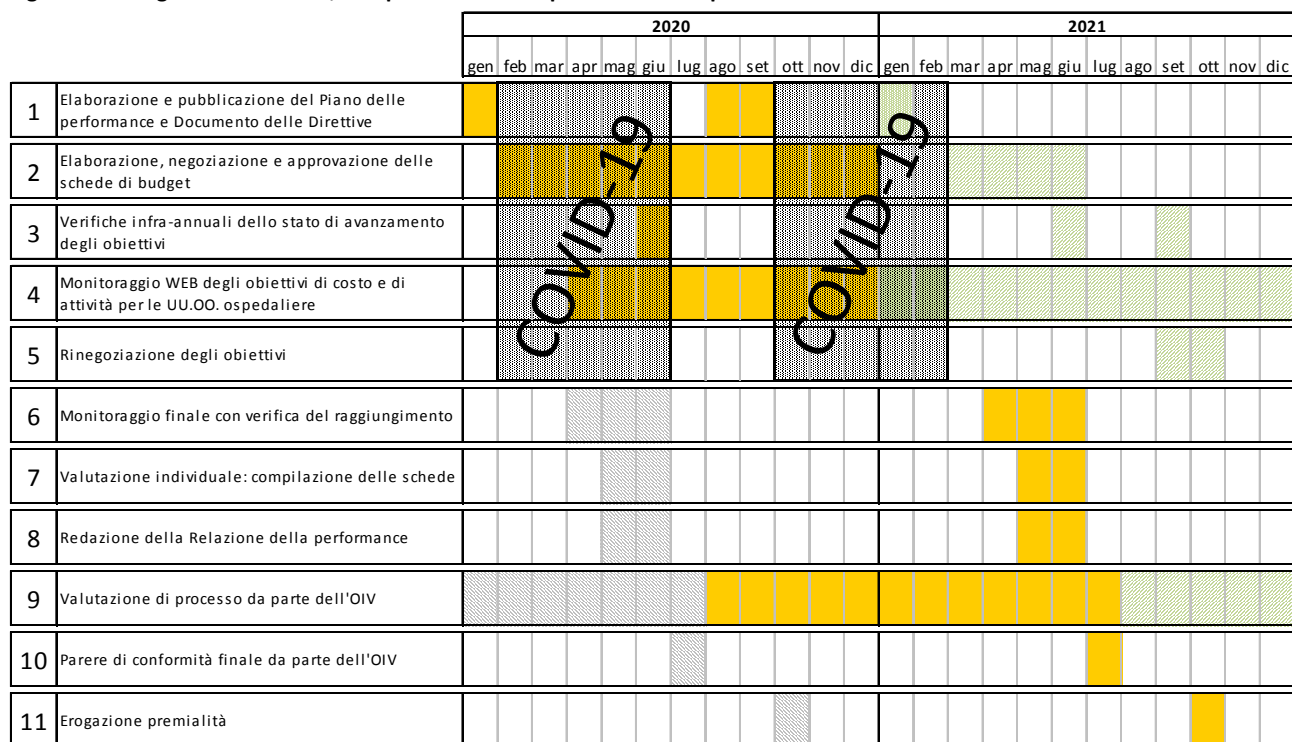
Va rilevato che la sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (giugno 2020/dicembre 2021) ha permesso di anticipare, almeno con riferimento ad alcune unità operative, il ciclo di budget 2021.

**Tabella 18 - 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
Negoziazione/Rinegoziazione 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 14 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale**





## 5. CONCLUSIONI

---

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, integri al suo interno gli obiettivi di breve-medio periodo che sono necessariamente stati acquisiti.

Il piano è stato 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 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 nell'ambito del piano vaccinale stabilito a livello europeo.

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, pur adottando un orizzonte strategico triennale, saranno aggiornati alla luce della dinamica dell'epidemia e qualora venissero emanati da parte della Regione gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2021.

IL COMMISSARIO

Dott. Pietro Girardi