

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. DEL

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

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

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

PIANO DELLA PERFORMANCE 2022-2024 E DOCUMENTO DIRETTIVE 2022

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

Il Direttore di UOC Controllo di Gestione

- 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 febbraio 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 dicembre 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 la pianificazione aziendale risulta ancora oggi pesantemente condizionata dall'attuale perdurare dell'emergenza COVID che, dallo scorso biennio 2020-2021, sta tuttora interessando il nostro paese e che il Consiglio dei Ministri con il Decreto Legge 24 dicembre 2021, n. 221 ha prorogato lo stato di emergenza con l'estensione fino al 31/03/2022;



- 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 2022-2024";

- Preso atto che l'articolo 6 del Decreto Legge n. 80 del 9 giugno 2021 convertito in Legge n.113 del 6 agosto 2021 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.);

- Atteso che il P.I.A.O. ha l'obiettivo di assorbire molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni superando la molteplicità e conseguente frammentazione degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Nello specifico si tratta di un documento di programmazione unico che accorperà, tra gli altri, i piani della performance, del lavoro agile, dell'anticorruzione, del fabbisogno del personale;

- Preso atto che il 2 dicembre 2021 è stato approvato il Piano integrato di attività e organizzazione da parte della Conferenza Unificata e che è stata accolta la richiesta di Regioni, Anci e Upi di posticipare la scadenza del 31 gennaio 2022 come termine ultimo per l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione da parte delle amministrazioni;

- Preso atto altresì che l'articolo 1, comma 12 del Decreto Legge 228 del 30 dicembre 2021 apporta la seguente modificazione all'articolo 6, comma 6 del Decreto Legge n. 80/2021: *dopo il comma 6 e' aggiunto il seguente: «6-bis. In sede di prima applicazione il Piano e' adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine, non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni: a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;*

- Considerato che il Piano della Performance 2022-2024, redatto conformemente al D.Lgvo 150/2009, aggiorna per scorrimento il precedente piano 2021-2023 adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 822 del 28.10.2021 a recepimento degli obiettivi di salute e funzionamento della DGRV 958/2021 e del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ai sensi del Decreto del Ministro P.A. 9 dicembre 2020 "Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile e Indicatori di Performance";

- Ritenuto comunque di procedere alla formale adozione del "Piano della Performance 2022-2024 e Documento Direttive dell'Azienda Ulss 9 Scaligera", allegato al presente atto quale sua parte integrante sostanziale e alla relativa pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, in osservanza dei vigenti dispositivi normativi e nelle more di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione conforme allo schema di Piano-tipo che sarà previsto con Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione;

Propone l'adozione del provvedimento sotto riportato.

IL DIRETTORE GENERALE

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

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

DELIBERA

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

1) di adottare il "Piano della Performance 2022-2024 e Documento Direttive 2022 dell'Azienda ULSS 9 Scaligera" allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale nelle more di adottare il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.) conforme allo schema di Piano-tipo che sarà previsto con Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione;

2) di prevedere eventuali successivi aggiornamenti del Piano Performance in ragione dell'andamento della pandemia da COVID 19 e qualora sia 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 2022 da parte della Regione Veneto;

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Graziana Aguzzi



- 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
dott. Denise Signorelli

Il Direttore Amministrativo
dott. Giuseppe Cenci

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Raffaele Grottola

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Pietro Girardi

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

Azienda ULSS 9 Scaligera

Piano della Performance 2022-2024 e Documento Direttive 2022

Indice

1	INTRODUZIONE	4
2	IL QUADRO DI RIFERIMENTO	5
2.1	L'AZIENDA IN CIFRE	5
2.1.1	Il territorio e la popolazione.	5
2.1.2	Analisi dati Demografici ed Epidemiologici	6
2.1.3	Strutture ed attività	10
2.2	PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE	39
2.3	IL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO	40
2.4	SINTESI DELL'ANDAMENTO DEI RISULTATI ECONOMICI ED ACCENNO ALLE TEMPISTICHE DI PAGAMENTO	43
2.4.1	Indicatore di Tempestività dei Pagamenti	44
2.5	LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	45
3	LE LINEE PROGRAMMATICHE	46
3.1	FONTI DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI DELL'ULSS 9	47
3.1.1	Obiettivi da programmazione regionale.....	47
3.1.2	Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2022-2024	50
3.1.3	Le altre progettualità aziendali	51
3.2	LE AREE STRATEGICHE	52
3.2.1	Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid	53
3.2.2	Area strategica 1: Erogazione dei LEA	57
3.2.3	Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria	68
3.2.4	Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi	69
3.2.5	Area strategica 4: Organizzazione Aziendale.....	70
3.3	DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2022	73
4	IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	88
4.1	MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE	88
4.2	VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	89
4.2.1	Programmazione	89
4.2.2	Formulazione del Budget	89
4.2.3	Svolgimento, misurazione e reporting dell'attività	90
4.3	VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	91
4.3.1	Valutazione del personale Dirigenziale	91
4.3.2	Valutazione del personale del Comparto	93
4.4	TIMING DEL PROCESSO.....	94
5	CONCLUSIONI	95
APPENDICI		I
APPENDICE I	NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	I
Appendice I.1	Disposizioni inerenti all'emergenza epidemiologica da Covid-19.....	I

Appendice I.2	Ambito programmazione	III
Appendice I.3	Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa	V
Appendice I.4	Ambito Performance e Anticorruzione	VI
Appendice I.5	Network e benchmarking.....	VII
APPENDICE II	DELIBERAZIONE N. 1050/2021 – APPROVAZIONE DEL PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) – AULSS 9 SCALIGERA	VIII
Appendice II.1	Livello di attuazione e sviluppo	VIII
Appendice II.2	Programma di sviluppo del lavoro agile	IX
Appendice II.3	Modalità attuative	IX
Appendice II.4	Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro.....	IX
Appendice II.5	Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione	IX
Appendice II.6	Formazione	IX
Appendice II.7	Soggetti Aziendali coinvolti	X
APPENDICE III	INDICE DELLE FIGURE E DELLE TABELLE	XII

1 INTRODUZIONE

Il presente Piano della Performance viene redatto come previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 150 del 27.10.2009 ma rappresenta un documento destinato a futuri aggiornamenti alla luce da un lato del riacutizzarsi degli effetti della pandemia SARS-Cov2 che rendono probabile una revisione delle priorità al presentarsi di picchi di contagio, dall'altro dal fatto che l'art. 6 comma 6 del D.L. 80 del 9 giugno 2021 ha previsto che il Piano, unitamente ad altri documenti di pianificazione aziendale, debba confluire nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O.). La Performance sarà una sottosezione predisposta sempre secondo quanto previsto dal D.lgs 150/2009 ma l'illustrazione rispetterà linee guida specifiche soprattutto al fine di evitare duplicazioni dei contenuti. Si ritiene di poter sottolineare che già nell'attuale piano performance l'azienda vuole esprimere la strategia attraverso cui vuole produrre Valore Pubblico.

Alla luce di queste condizioni, si propone qui una pianificazione che possa:

- soddisfare le esigenze di guida nel breve termine;
- mantenere orientata l'Azienda sulle strategie di medio periodo;
- prevedere ambiti di flessibilità, connotati all'incertezza, che permettano all'Azienda di rispondere ad eventuali nuove ondate e sospensioni dell'attività dovute alla pandemia.

La pandemia internazionale di SARS-Cov2 rappresenta un evento di eccezionale portata sul piano di salute pubblica, di organizzazione dei servizi sanitari, sociale ed economico. Il Paese è ancora stato di emergenza da quando il Consiglio dei Ministri lo ha adottato con delibera del 31 gennaio 2020, sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020. Dal mese di febbraio 2020 si sono susseguite più "ondate" con alcuni picchi (marzo 2020, dicembre 2020, marzo 2021, luglio 2021, dicembre 2021) di cui l'ultimo in atto al momento della stesura del presente documento. Il Consiglio dei ministri pertanto ha dovuto continuare a prorogare lo stato d'emergenza, ed attualmente con il Decreto Legge 24 dicembre 2021, n. 221 l'estensione arriva fino al 31/03/2022.

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

Il presente Piano della Performance 2022-2024 aggiorna per scorrimento il precedente pubblicato a settembre, che recepiva gli obiettivi della DGR 958/2021 relativa agli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2021. Nel documento l'azienda si propone di contemperare, nel ciclo annuale della performance, le imprescindibili esigenze di programmazione a breve termine connesse alla gestione della Pandemia con la necessità di programmare non appena possibile la ripresa della normale attività sanitaria.

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

Il Piano si suddivide in tre parti:

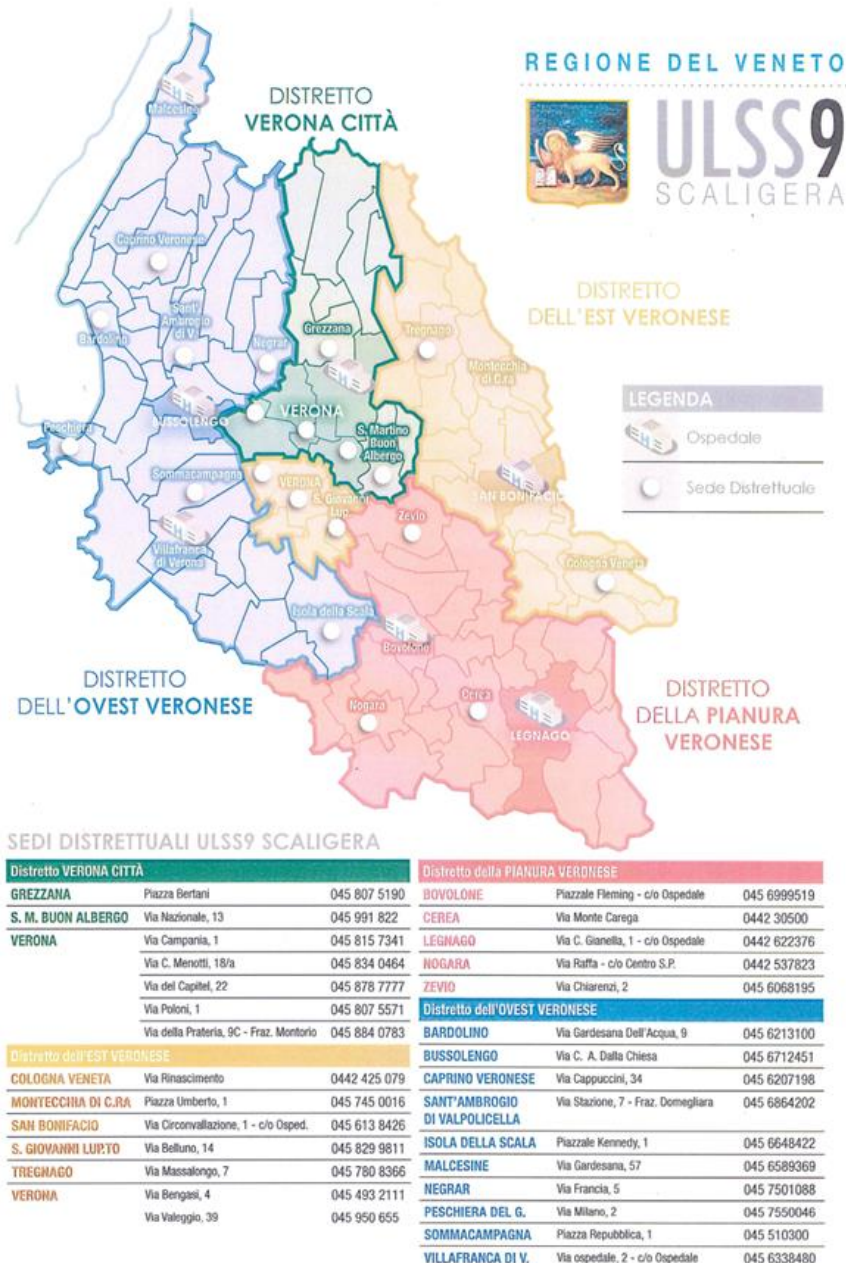
- una descrizione sintetica del quadro di riferimento in cui opera l'Azienda, comprensiva della normativa di riferimento, nella quale si riportano anche i dati principali sulle dimensioni e sull'attività (Cfr. capitolo 2 - Il quadro di riferimento);
- l'illustrazione della strategia aziendale attraverso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

2 IL QUADRO DI RIFERIMENTO

2.1 L'azienda in cifre

2.1.1 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 raggruppati in quattro distretti socio sanitari.



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

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

Non bisogna dimenticare, infine, che il territorio della provincia di Verona è a forte vocazione turistica anche se il biennio 2020-2021 ha inevitabilmente visto un calo delle presenze a causa della pandemia. Il 2019 aveva registrato più di 18 milioni di presenze di cui circa il 73% nell'area del Lago di Garda.

2.1.2 Analisi dati Demografici ed Epidemiologici

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

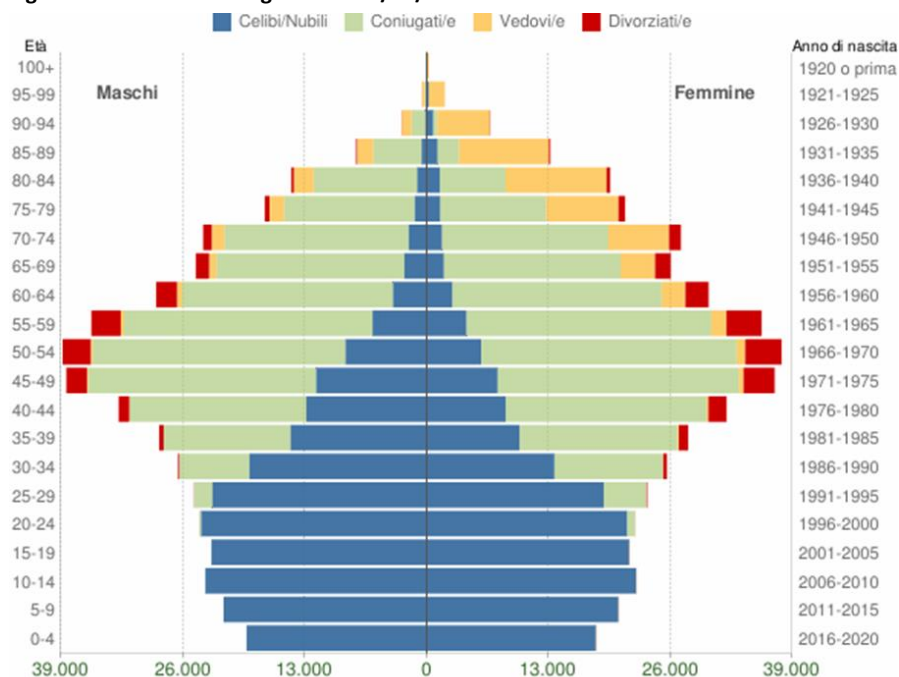
Tabella 1- Popolazione al 01/01/2020. Fonte: anagrafi comunali. Popolazione al 01/01/2021. Fonte: Fonte: Istat (dati.istat.it)

classi di età	al 01/01/2020			al 01/01/2021			saldo	2021-
	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	2020
da 0 a 4	38.039	19.600	18.439	37.253	19.210	18.043	786	
da 5 a 14	88.510	45.537	42.973	88.065	45.280	42.785	445	
da 15 a 24	89.915	46.497	43.418	91.058	47.210	43.848	-1143	
da 25 a 44	222.897	112.202	110.695	221.797	112.717	109.080	1100	
da 45 a 64	278.928	139.670	139.258	282.679	141.874	140.805	-3751	
da 65 a 74	99.154	47.247	51.907	101.626	48.469	53.157	-2472	
oltre 75	107.299	42.983	64.316	105.332	42.443	62.889	1967	
totale	924.742	453.736	471.006	927.810	457.203	470.607	-3068	

La popolazione al 01/01/2021 è di **927.810** residenti (dati istat.it) confermando il trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti (-3068 abitanti, -0,33% rispetto al 2020).

Il grafico sotto riportato rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Verona suddivisa per classi quinquennali di età, sesso e stato civile (ottenuti dal censimento permanente della popolazione). La forma del grafico evidenzia che la popolazione in fascia di età "adulti" (15-64 anni) è prevalente (64%) rispetto ai "giovani" (0-14 anni) e agli anziani con 65 anni e oltre. L'aumento dell'età si accompagna ad un aumento della cronicità e delle pluri patologie. Un altro aspetto rilevante riguarda la composizione dei nuclei famigliari con un aumento del numero di persone sole con più di 60 anni e di famiglie mono genitoriali.

Figura 1 - Piramide Demografica al 01/01/2021. Fonte: www.tuttitalia.it



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2021

PROVINCIA DI VERONA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

I principali indicatori calcolati sulla popolazione residente nell'intera provincia di Verona e negli ambiti territoriali delle tre ex aziende riportati in Tab. 2 sono importanti per valutare l'impatto delle caratteristiche demografiche sul sistema sanitario e sociale:

- l'indice di natalità (anno 2020) indica che vi sono stati 7,4 nati ogni 1000 ab. in costante riduzione dal 2008 (10,6‰);
- l'indice di carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in provincia di Verona nel 2021 ci sono 55,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

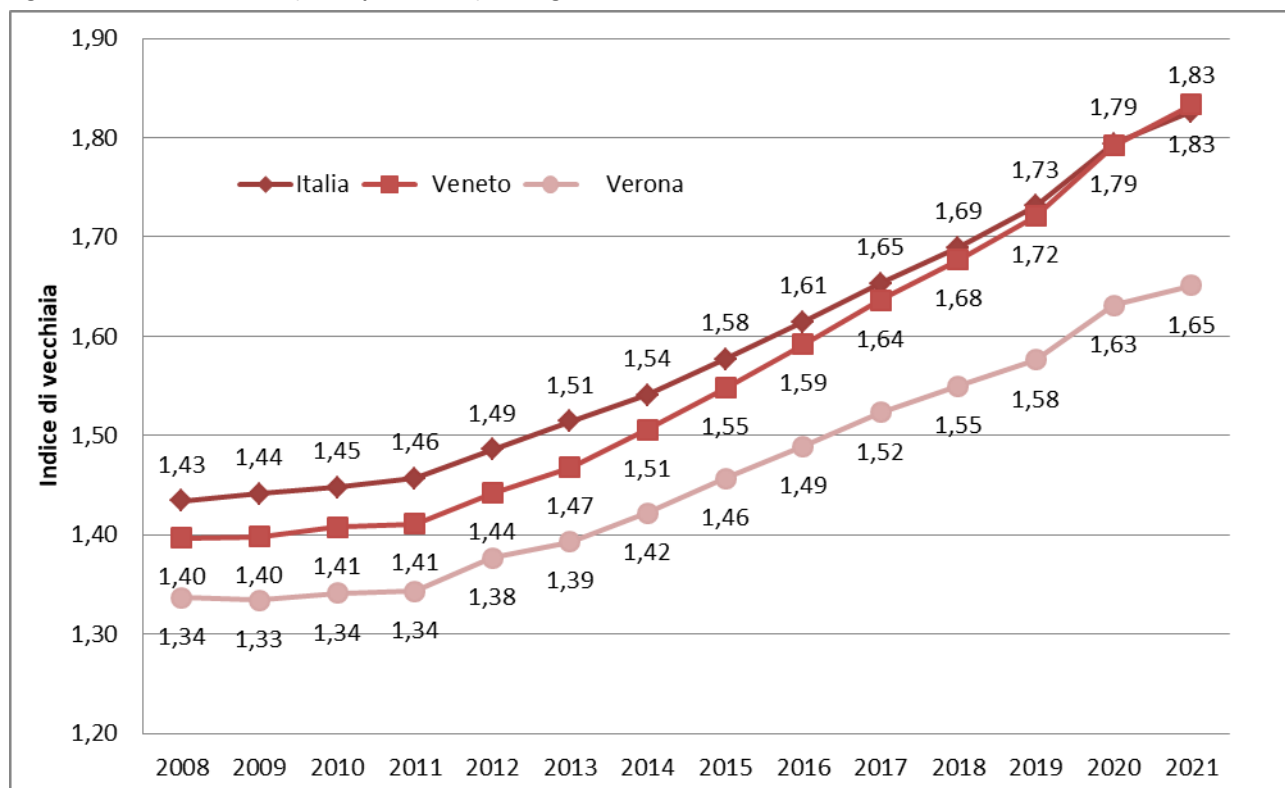
Tabella 2 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 suddivisi per distretto Fonte: Istat (dati.istat.it) 01/01/2021

DISTRETTO	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
Popolazione al 01/01/2021	473.091	154.810	299.909	927.810
N.Comuni	36	25	37	98
Nati Vivi	3.499	1.175	2.146	6.820
Deceduti	6.062	1.935	3.166	11.163
Saldo naturale	-2.563	-760	-1.020	-4.343
Stranieri Residenti	64.912	17.795	32.627	115.334
% residenti 0-14	13,23	13,62	13,89	13,51
% residenti >=65	23,09	22,66	20,88	22,31
% residenti stranieri	13,26	10,80	10,70	12,02
Indice di natalità*	7,4	7,6	7,2	7,4
Indice di vecchiaia	1,7	1,7	1,5	1,7
Indice di carico sociale	57,0	57,0	53,3	55,8
Indice di dipendenza giovanile	20,8	21,4	21,3	21,0
Indice di dipendenza senile	36,3	35,6	32,0	34,8

*anno 2020

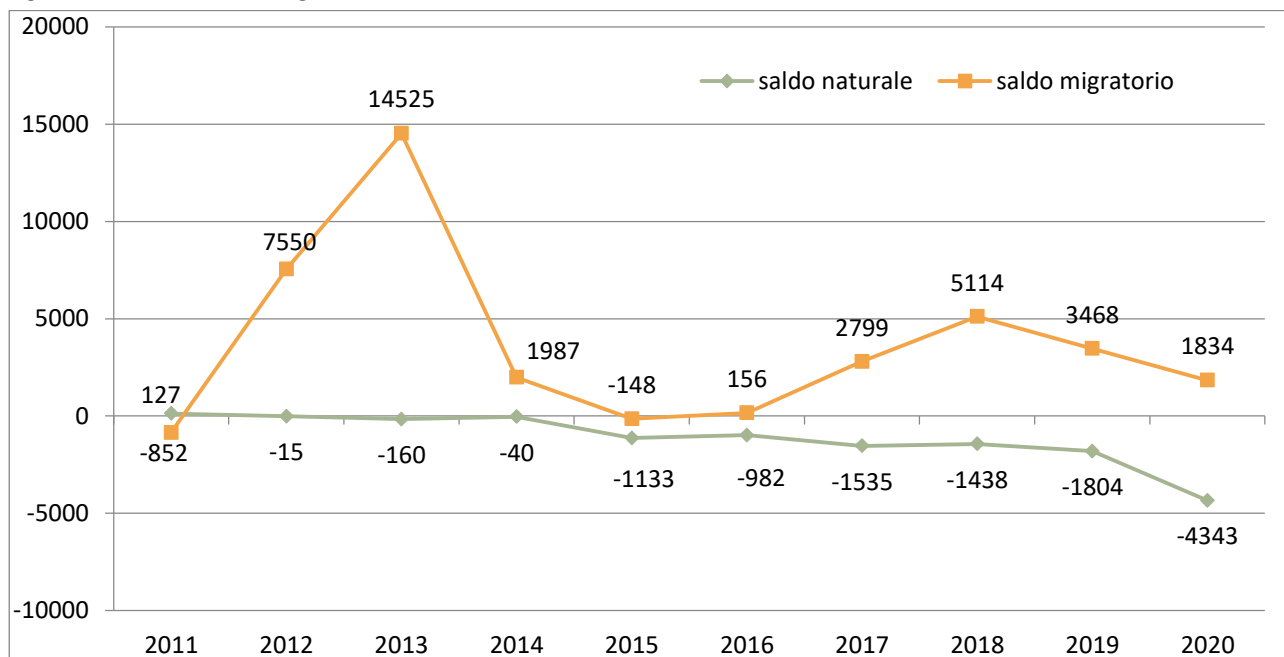
-l'indice di vecchiaia che arriva al 1,65 (165 anziani ogni 100 giovani) in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente (1,62) anche se inferiore al dato regionale e nazionale (1,83)

Figura 2 - indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio dati ISTAT



Il saldo naturale è in costante calo, compensato in parte dal saldo migratorio che risulta comunque in riduzione negli ultimi 10 anni.

Figura 3 - saldo naturale e migratorio ulss9



La speranza di vita alla nascita è in linea con il dato regionale, lievemente superiore alla media nazionale.

Tabella 3 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per genere – anno 2020

Età	Ulss 9		Veneto		Italia	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
0 anni	80,4	85	80,7	85,2	79,8	84,5
65 anni	18,5	21,9	18,8	22,2	18,3	21,7

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.

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.

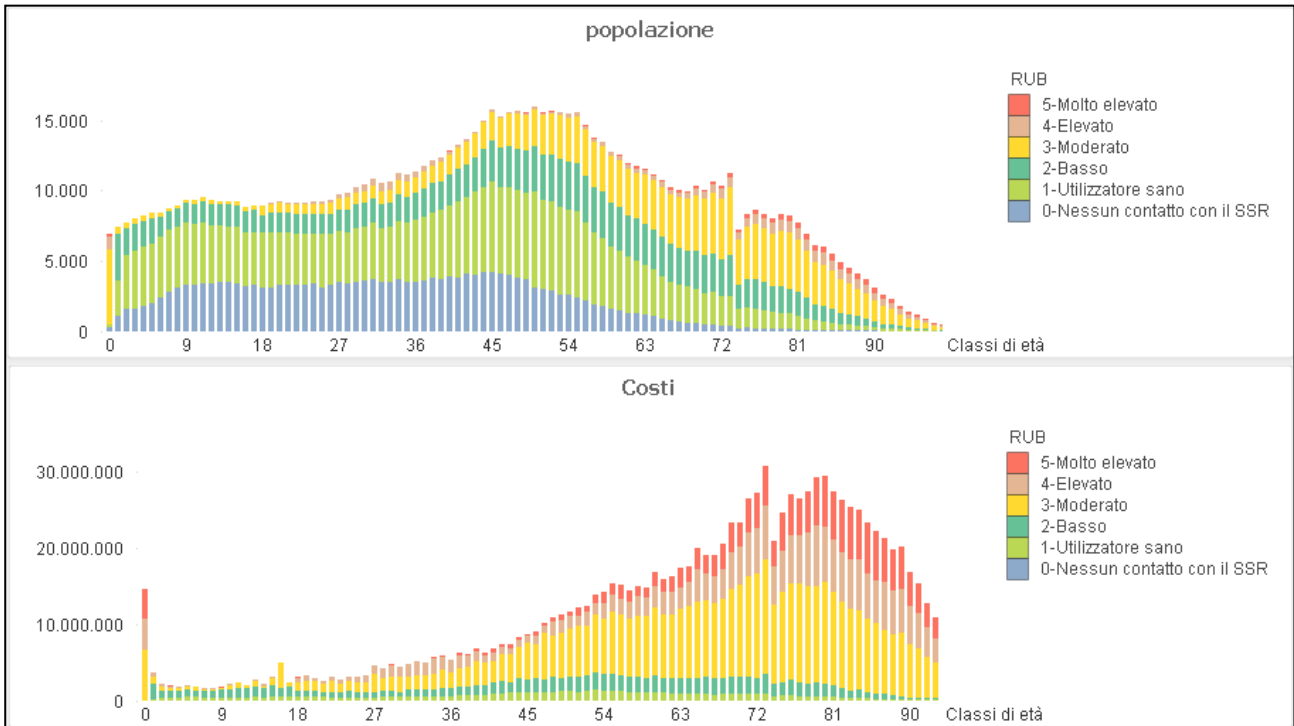
Tabella 4 - Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2019

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

Gli ultimi dati disponibili evidenziano che il distretto 4 presenta un case mix meno pesante (coerentemente con quanto emerge nell'analisi demografica), mentre il Distretto 3 presenta la popolazione con il quadro patologico più complesso.

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 4 - 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



2.1.3 Strutture ed attività

Nel complesso per l'assistenza ospedaliera, l'ULSS 9 viene garantita da in 14 ospedali che nel 2021 (dato relativo ai flussi ministeriali del mese di settembre) disponevano di 2.219 posti letto (1.372 nelle 7 strutture private accreditate) in riduzione rispetto alle dotazioni previste dalle schede regionale in quanto molti reparti di degenza hanno dovuto sospendere temporaneamente l'attività per garantire l'assistenza nelle nuove sezioni dedicate a pazienti Covid. Nel 2021 si stima che i presidi dell'ULSS 9 (gestione diretta o privati) 87.701 ricoveri; nel 2020 sono stati 88.632 e nel 2018-2019 erano stati oltre 100.000.

I ricoveri complessivamente erogati ai residenti sono stati nel 2020 in tutto 106.880, nel 2021 si stimano in 104.292 (in calo di 18.230 ricoveri rispetto al 2019, ultimo anno pre-pandemia) dei quali 25% da strutture a gestione diretta ULSS 9, 34% da strutture private accreditate e 39% dall'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona.

I Pronti Soccorso degli ospedali hanno registrato 202.541 accessi nel 2021, in aumento rispetto al 2020 (188.300), ma non ancora sui livelli pre-pandemia.

Sul territorio, come strutture "intermedie" sono presenti anche 6 Ospedali di Comunità, per complessivi 122 posti letto, e 3 Hospice con 31 posti disponibili.

L'azienda oltre a 10 poliambulatori ospedalieri, dispone anche di 18 poliambulatori distrettuali e 38 strutture private per l'attività clinica, diagnostica per immagini e di laboratorio. Nel setting assistenziale ambulatoriale pre-covid l'azienda garantiva circa 8,7 milioni di prestazioni/anno, mentre nel 2020 si è registrato un calo delle prestazioni erogate rispetto al 2019 di 1.770.136. Il 2021 si stima invece in ripresa (anche se sotto i livelli 2019) con circa 8,3 milioni di prestazioni per 174 milioni di valore tariffato.

Per gli assistiti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche, con problemi di dipendenze o di salute mentale, sono presenti sul territorio 178 strutture residenziali (delle quali 15 a gestione diretta ULSS) per un totale di 6.632 posti letto, che hanno accolto nel 2020 8.186 utenti. La rete si completa con 1.816 posti di assistenza semi-residenziale, ai quali si sono rivolti 1.938 utenti. Nel 2021 per i soli anziani, si possono stimare 6.604 utenti nell'assistenza residenziale, e 207 utenti in assistenza semiresidenziale, con un calo rispetto al 2020 su tutti i parametri.

I Pazienti assistiti in ADI nel 2021 sono stimati in 13.478 (nel 2020 erano stati 14.563), con 321.941 accessi.

L'attività di prevenzione rivolta alle persone ha permesso di effettuare 501.535 vaccinazioni per la profilassi di malattie infettive (esclusa vaccinazione anti covid), nel 2020 erano state 430.322.

Nel 2021, l'attività di screening ha mostrato una ripresa, sono stati fatti inviti per 75.331 donne allo Screening Mammografico (tasso di adesione 51%), 62.866 allo screening Citologico (tasso di adesione 45%) e 165.399 persone allo screening del Colon-Retto (tasso di adesione corretto 56%).

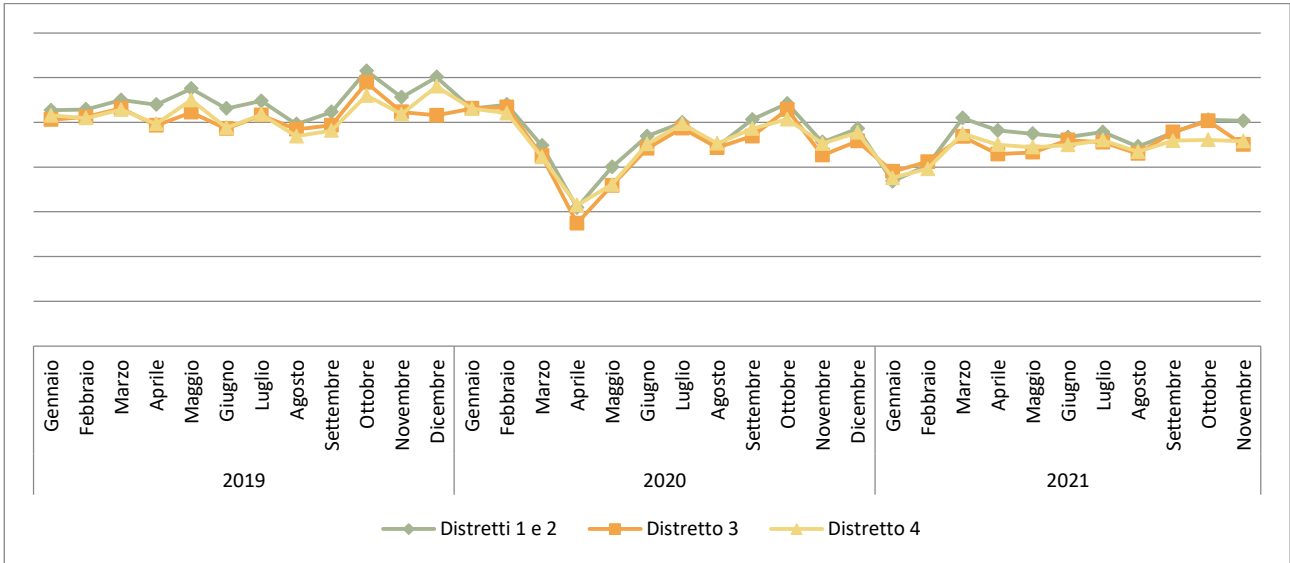
Di seguito si riportano i dati di dettaglio relativi alle strutture sanitarie ed alle attività erogate dall'Azienda.

2.1.3.1 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 2020/2021.

In particolare il tasso di ospedalizzazione storicamente assestato tra i 135‰ ed i 140‰ abitanti, ha registrato un crollo nei mesi di marzo-aprile 2020 e di gennaio-febbraio 2021. L'esatta riduzione del tasso di ospedalizzazione nel 2020 rispetto al 2019 è stata del 15%, e dalle proiezioni dei dati 2021 non sembra essere risalito in maniera netta.

Figura 5 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato mensile



Dinamica identica per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale e gli accessi al PS, ma con un 2021 in ripresa almeno fino a novembre.

Figura 6 - Tasso standardizzato di consumo prestazioni specialistiche mensile

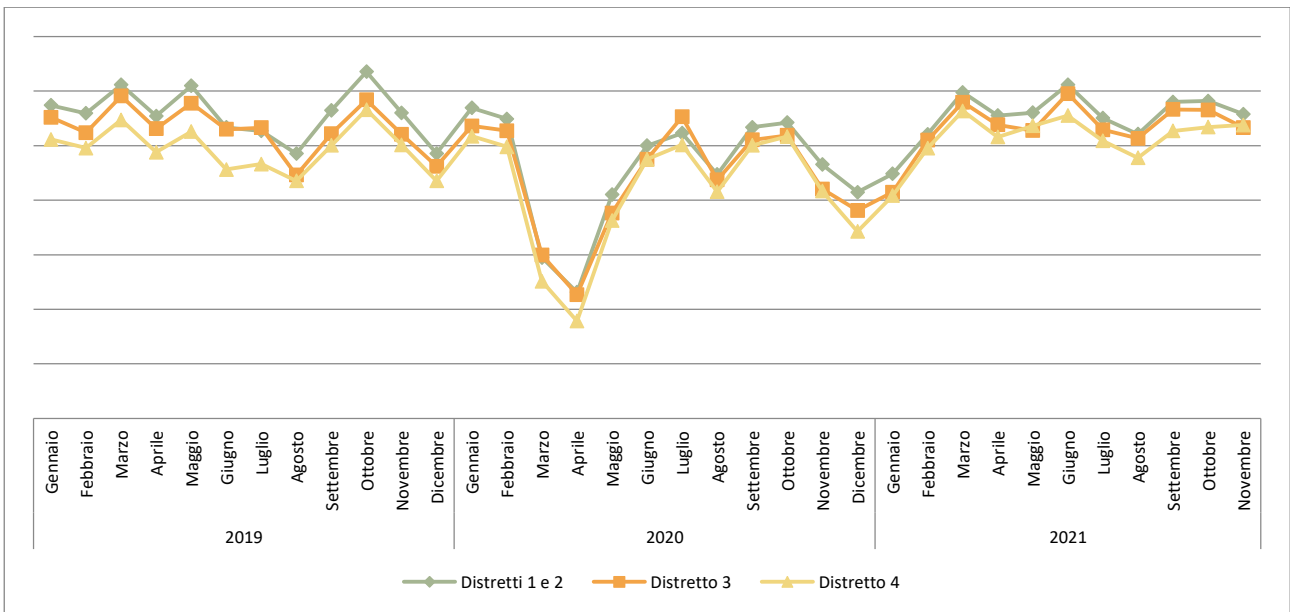
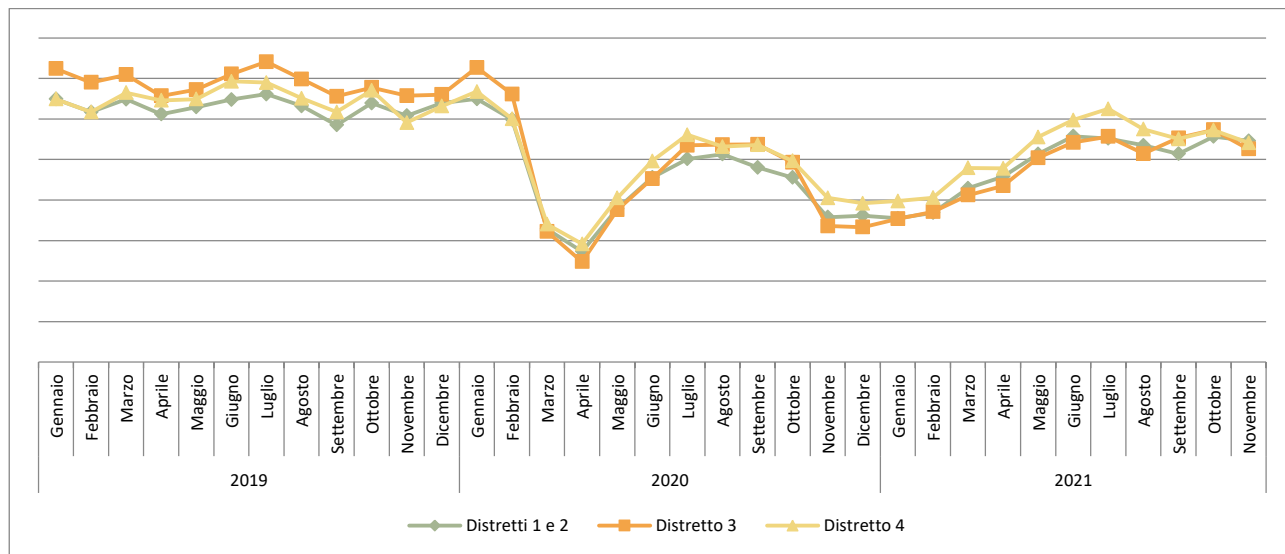
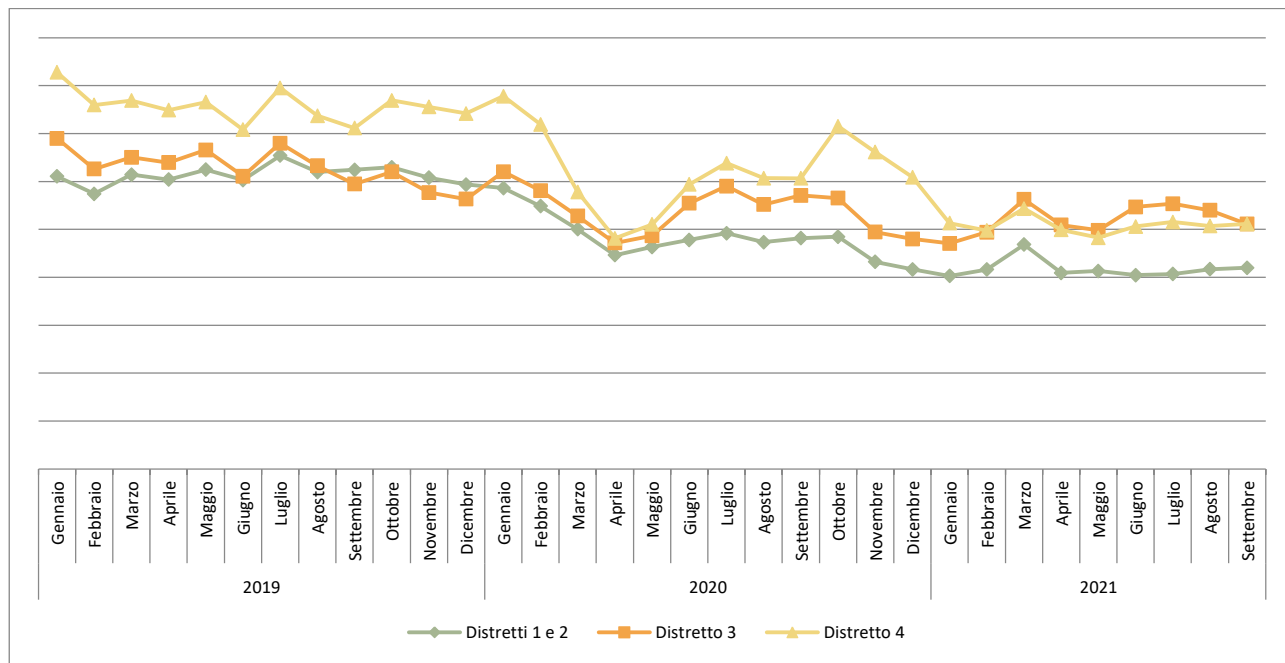


Figura 7 - Numero accessi in PS ogni 1.000 abitanti mensile



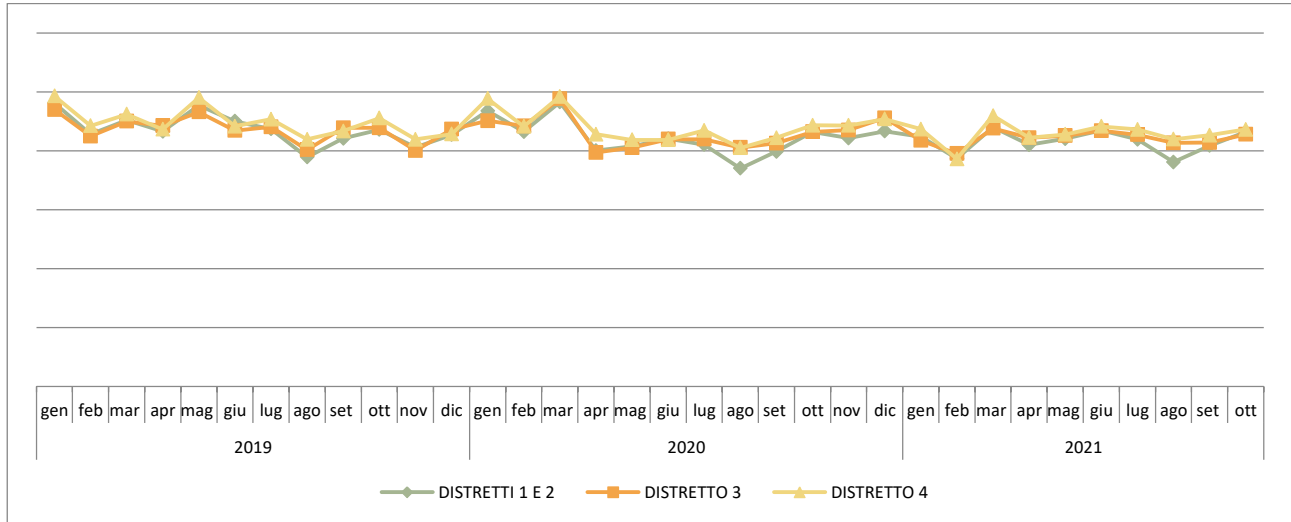
Anche l'assistenza domiciliare ha registrato una frenata, con la riduzione dell'attività molto marcata in corrispondenza dei picchi pandemici, ed un trend che non mostra ancora una ripresa stabile.

Figura 8 – ADI Numero di accessi solo MMG/PLS ed Infermiere per 1.000 abitanti mensile (Nostra elaborazione su dati Datawarehouse regionale)



La riduzione di consumo di farmaci presso le farmacie convenzionate territoriali è stata solo lievemente influenzata dalla pandemia, con un calo nel periodo primaverile del 2020, rapidamente ripreso. Mostra comunque un trend in calo, frutto delle politiche aziendali e regionali di razionalizzazione.

Figura 9 - Consumo procapite "pesato" in Euro della farmaceutica convenzionata (Fonte: UOC Farmaceutica Convenzionata)



Nella soddisfazione dei bisogni espressi, si evidenzia che mediamente un terzo dei ricoveri è erogato 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 10 - Analisi Tasso ospedalizzazione standardizzato

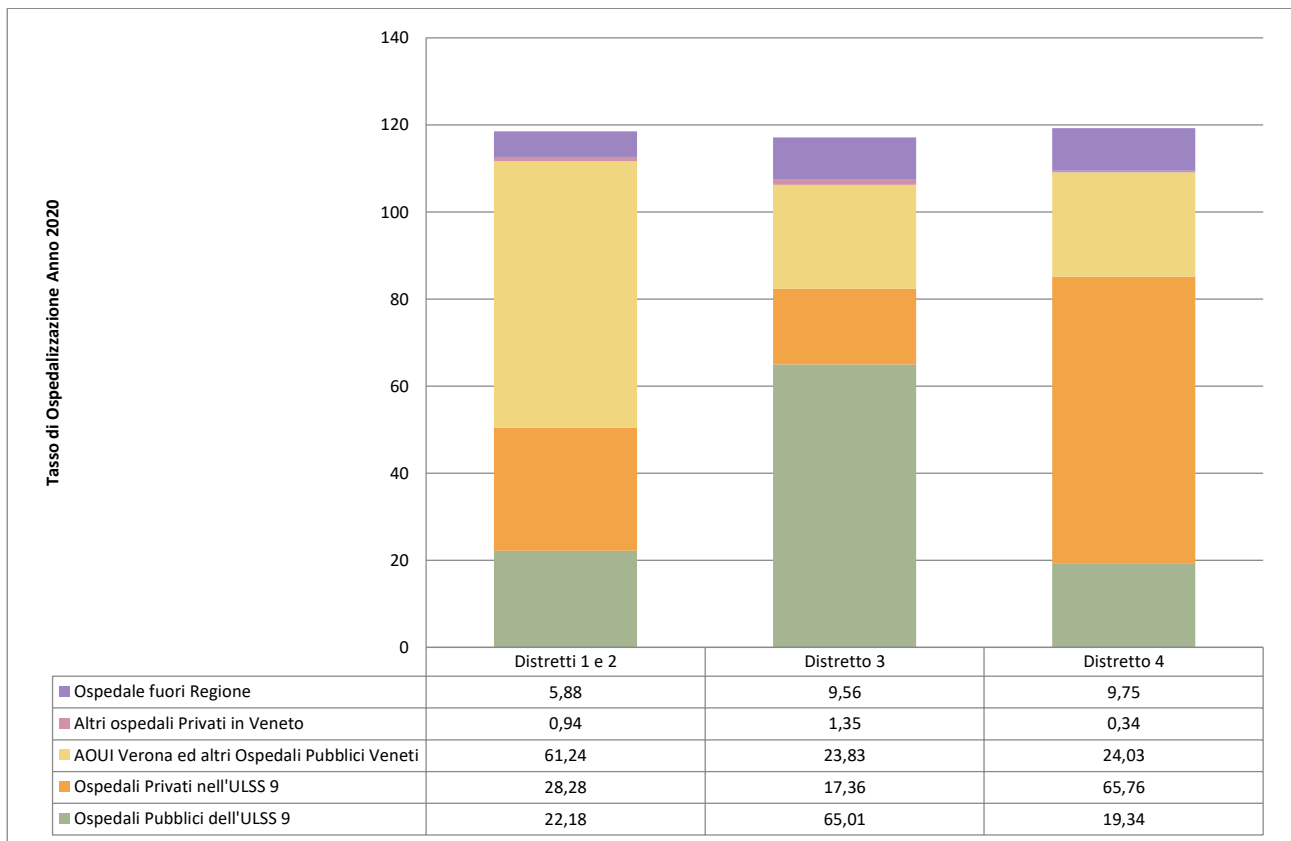
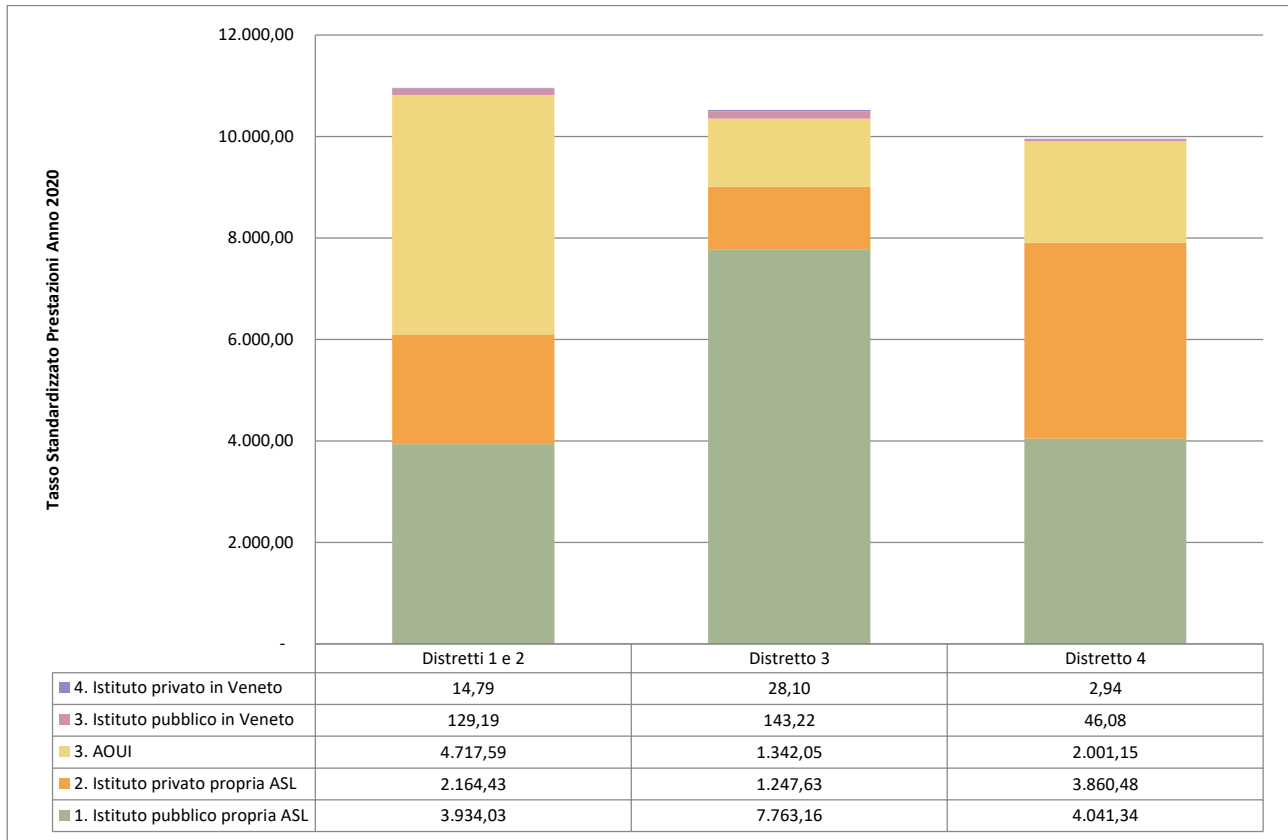


Figura 11 - Analisi Tasso standardizzato di consumo di prestazioni ambulatoriali (esclusa mobilità extraregionale)



2.1.3.2 L'assistenza ospedaliera

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

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

Il biennio 2020-2021 è stato un anno di forte pressione sulle strutture ospedaliere a causa dei ricoveri dovuti alla pandemia, e questo ha comportato periodiche e ricorrenti revisioni temporanee delle dotazioni dei posti letto con una concentrazione di risorse sulle unità operative con degenze per pazienti covid positivi (in particolare Terapia Intensiva, Pneumologia e Malattie Infettive con ulteriore coinvolgimento delle unità operative di Medicina e Geriatria) e contestuale sospensione di attività chirurgiche e mediche non urgenti.

Infatti in occasione delle ondate pandemiche i reparti hanno dovuto sospendere temporaneamente l'attività programmata per liberare risorse destinate alle sezioni dedicate ai pazienti Covid, talvolta in specialità non previste. I posti letto riportati nella tabella che segue sono ottenuti dalla rilevazione prevista dal modello ministeriale HSP22 (posi letto medi per mese): ultima rilevazione attualmente disponibile relativa al mese di settembre 2021 confrontata con il mese di settembre 2020. Il dato rilevato nel mese di settembre 2021 confrontato con settembre 2020 evidenzia, anche se solo in parte, le modifiche delle dotazioni attuate sia nelle strutture pubbliche che in quelle private accreditate. Nelle strutture ospedaliere a gestione diretta si registra una riduzione della dotazione dei posti letto in funzione riconducibile principalmente all'area riabilitativa e all'Ospedale di Villafranca che nel corso del 2021 è stato oggetto di un intervento di adeguamento strutturale e impiantistico per aumentare la dotazione dei posti letto di terapia intensiva e sub intensiva con i lavori che si sono conclusi sollo alla fine di ottobre 2021.

Tabella 5 - Rete di offerta assistenza ospedaliera: posti letto medi rilevati nel mese di settembre 2020-2021

Strutture pubbliche	Posti letto	Posti Letto
	settembre 2020	settembre 2021
<i>Rilevazione Modello Ministeriale HSP22 bis</i>		
Ospedali Spoke		
Ospedale di Legnago	310	310
Ospedale di San Bonifacio	273	260
Ospedale di Villafranca	148	113
Ospedale di Bussolengo	52	54
Ospedali Nodo di Rete Monospecialistico		
Ospedale di Bovolone	59	36
Ospedale di Marzana	50	49
Ospedale di Malcesine	58	25
Totale posti letto strutture pubbliche	950	847
Strutture Private Accreditate		
<i>Rilevazione Modello Ministeriale HSP22 bis</i>		
O. Cl. Sacro Cuore Don Calabria (<i>Presidio Osp. a valenza provinciale</i>)	631	553
O. Cl. Villa S. Giuliana (<i>struttura monospecialistica di riab. Psichiatrica</i>)	125	116
Casa di Cura Pederzoli (<i>Ospedale Spoke</i>)	409	371
<i>Rilevazione Modello Ministeriale HSP13 per strutture integrative della rete ospedaliera</i>		
Casa di Cura Centro Riabilitativo Veronese	76	91
Casa di Cura Villa Garda	90	90
Casa di Cura Clinica San Francesco	70	44
Casa di Cura Villa Santa Chiara	107	107
Totale posti letto strutture private	1.508	1.372
Totale posti letto Ulss 9 Scaligera	2.458	2.219

Nel complesso il numero di posti letto in dotazione nelle strutture pubbliche e private accreditate dell'ULSS 9 risulta ridotto rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (in totale -239 PL), questo nei fatti non rispecchia la effettiva riduzione della capacità produttiva ordinaria degli ospedali nel territorio. In realtà la distribuzione dei posti letto per struttura e disciplina ha subito numerosi e quotidiani cambiamenti per adeguare la potenzialità dei reparti all'andamento epidemiologico.

Tabella 6 - Ricoveri erogati per ospedale

Ex Azienda Dimissione	Istituto Dimissione	2021*	2020	2019
120. Verona	05001800. OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA S. GIULIANA	647	649	733
120. Verona	05001900. CASA DI CURA CENTRO RIABILIT VERONESE	1.053	823	702
120. Verona	05002300. CLINICA SAN FRANCESCO SPA - CASA DI CURA	4.390	4.107	4.695
120. Verona	05002500. CASA DI CURA VILLA SANTA CHIARA	997	832	1.184
120. Verona	05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	11.440	11.049	12.487
120. Verona	05050904. OSPEDALE DI MARZANA	476	644	974
121. Legnago	05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	11.392	11.646	13.964
121. Legnago	05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE	372	694	707
122. Bussolengo	05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	30.137	30.817	32.709
122. Bussolengo	05002100. CASA DI CURA VILLA GARDA	1.420	1.318	1.518
122. Bussolengo	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	19.784	18.649	19.981
122. Bussolengo	05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	4.086	5.768	8.784
122. Bussolengo	05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO	1.100	1.213	1.465
122. Bussolengo	05050907. OSPEDALE DI MALCESINE	407	423	997
Totale		87.701	88.632	100.900

* Stima ultimi 12 mesi : dic 2020-nov 2021

2.1.3.2.1 Analisi della Domanda di Assistenza Ospedaliera

L'analisi complessiva della domanda espressa dal territorio rileva che nel periodo da dicembre 2020 a novembre 2021 (anno rolling) il numero dei ricoveri per residenti (numero di ricoveri erogati da strutture aziendali a gestione diretta e convenzionate/accreditate + numero di ricoveri erogati in mobilità passiva intra regionale per i residenti dell'ULSS 9) registra una diminuzione rispetto al 2019, cioè rispetto al periodo precedente alla pandemia, di 18.230 ricoveri. Rispetto al 2020 la differenza è molto meno marcata: si tratta di 1.758 ricoveri in meno a fronte di un aumento del tariffato di € 10.849.868. La diminuzione dei ricoveri per i residenti riguarda sia le strutture dell'ULSS 9 (- 9.999 ricoveri rispetto al 2019) sia la mobilità passiva intra regionale (-8.231). La fuga intraregionale per le specialità presenti è pari al 36,2% nel 2021.

Tabella 7 - Domanda espressa dal territorio (esclusa mobilità passiva extraregionale) per specialità di dimissione: 2021 (* 2021 rolling: ricoveri da dicembre 2020 a novembre 2021) e scostamento rispetto al 2020 e al 2019

Fonte	N dimissioni								
	Ulss 9 Scaligera, ricoveri solo per residenti			Mobilità passiva intraregionale			Domanda territorio		
	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19
Unità operativa aggregata									
Totale	61.761	-2.293	-9.999	42.531	535	-8.231	104.292	-1.758	-18.230
Totale specialità presenti	61.761	-2.293	-9.999	35.060	222	-7.578	96.821	-2.071	-17.577
08. CARDIOLOGIA	4.303	323	-252	2.225	108	26	6.528	431	-226
09. CHIRURGIA GENERALE	9.661	813	-898	4.571	12	-1.212	14.232	825	-2.110
13. CHIRURGIA TORACICA	148	-24	148	363	10	-85	511	-14	63
14. CHIRURGIA VASCOLARE	318	24	36	658	-69	-215	976	-45	-179
21. GERIATRIA	3.386	-85	-538	1.954	-60	-588	5.340	-145	-1.126
24. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1.700	419	1.312	825	23	355	2.525	442	1.667
26. MEDICINA GENERALE	4.358	-686	-1.557	3.649	-452	-1.146	8.007	-1.138	-2.703
28. UNITA' SPINALE	176	22	24	0	-1	-1	176	21	23
29. NEFROLOGIA	296	30	-16	424	25	-91	720	55	-107
31. NIDO	3.117	-605	68	2.012	368	-527	5.129	-237	-459
32. NEUROLOGIA	1.249	-98	-204	1.267	2	-203	2.516	-96	-407
34. OCULISTICA	859	-151	-105	662	38	-138	1.521	-113	-243
36. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7.254	-812	-2.515	2.703	178	-649	9.957	-634	-3.164
37. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.114	-106	-667	5.225	198	-1.388	12.339	92	-2.055
38. OTORINOLARINGOIATRIA	1.921	-152	-469	975	116	-279	2.896	-36	-748
39. PEDIATRIA	2.122	53	-676	1.876	62	-446	3.998	115	-1.122
40. PSICHIATRIA	1.867	23	-238	313	-27	-53	2.180	-4	-291
43. UROLOGIA	3.741	-254	-834	2.110	-36	-286	5.851	-290	-1.120
49. TERAPIA INTENSIVA	861	30	60	476	-117	-137	1.337	-87	-77
50. UNITA' CORONARICA	82	-6	-42	36	-8	0	118	-14	-42
56. RECUPERO E RIABILITAZIONE	3.299	-274	-624	348	-179	-439	3.647	-453	-1.063
58. GASTROENTEROLOGIA	1.138	-18	-255	762	107	143	1.900	89	-112
60. LUNGODEGENTI	165	-463	-1.154	3	-54	-195	168	-517	-1.349
62. NEONATOLOGIA	464	-152	-104	311	60	-171	775	-92	-275
64. ONCOLOGIA	558	-23	-179	433	-164	-146	991	-187	-325
68. PNEUMOLOGIA	727	-70	128	752	71	297	1.479	1	425
98. DAY SURGERY	877	-51	-448	127	11	-4	1.004	-40	-452
Totale specialità non presenti	0	0	0	7.471	313	-653	7.471	313	-653

L'analisi degli scostamenti 2021-2019 dei dimessi per specialità rileva una riduzione:

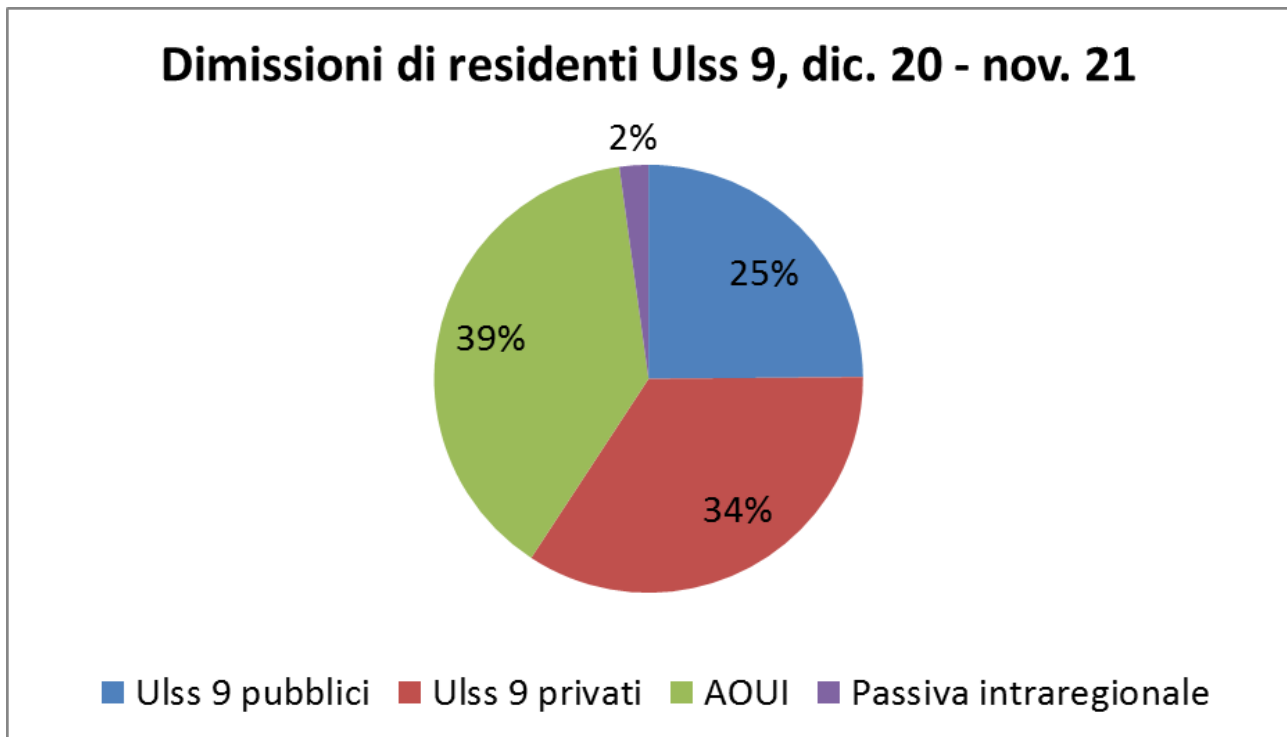
- di 3.164 ricoveri (-24%) per ortopedia in riduzione anche rispetto al 2020 (-634);
- di 1.063 ricoveri (-22,5%) di RRF in riduzione anche rispetto al 2020 (-453)
- dei ricoveri di lungodegenza con soli 168 dimessi nel 2021
- dei ricoveri delle restanti discipline chirurgiche (chirurgia, urologia, ORL) ma con una tendenza in complessivo miglioramento rispetto al 2020
- dei ricoveri nell'area materno infantile (pediatria e ostetricia e ginecologia) ma in miglioramento rispetto al 2020.

Si rileva invece un aumento nel 2021 rispetto al 2020 e ancor più rispetto al 2019 dei dimessi dai reparti di malattie infettive e pneumologia (reparti covid).

Fonte	Importo Tariffa Regionale								
	Ulss 9 Scaligera, ricoveri solo per residenti			Mobilità passiva intraregionale			Domanda territorio		
	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19
Totale	243.705.729,17	3.526.651,52	-15.167.051,11	192.290.217,66	7.323.216,60	-14.841.388,42	435.995.946,83	10.849.868,12	-30.008.439,53
Totale specialità presenti	243.705.729,17	3.526.651,52	-15.167.051,11	147.489.013,31	5.234.369,79	-12.881.134,72	391.194.742,48	8.761.021,31	-28.048.185,83
08. CARDIOLOGIA	27.176.251,26	2.393.660,41	-939.050,28	18.779.730,04	1.325.541,50	1.251.378,16	45.955.981,30	3.719.201,91	312.327,88
09. CHIRURGIA GENERALE	33.186.160,32	3.095.156,11	-2.385.482,11	23.769.605,16	-200.274,89	-3.275.872,91	56.955.765,48	2.894.881,22	-5.661.355,02
13. CHIRURGIA TORACICA	1.339.743,08	-119.170,81	1.339.743,08	2.517.271,64	132.634,36	-365.293,96	3.857.014,72	13.463,55	974.449,12
14. CHIRURGIA VASCOLARE	2.071.010,65	84.931,44	351.035,31	3.829.046,16	-389.132,22	-549.631,70	5.900.056,81	-304.200,78	-198.596,39
21. GERIATRIA	13.181.565,87	117.409,63	-1.110.432,45	8.745.496,80	17.605,03	-2.448.109,92	21.927.062,67	135.014,66	-3.558.542,37
24. MALATTIE INFETTIVE E TROPIC	7.754.759,55	1.940.108,99	6.171.138,59	3.523.707,26	269.300,52	1.528.266,92	11.278.466,81	2.209.409,51	7.699.405,51
26. MEDICINA GENERALE	18.069.964,91	-1.174.177,77	-3.979.221,33	15.726.057,14	626.510,05	-803.429,60	33.796.022,05	-547.667,72	-4.782.650,93
28. UNITA' SPINALE	4.563.026,22	-382.177,65	159.709,96	0,00	-51.001,20	-29.325,69	4.563.026,22	-433.178,85	130.384,27
29. NEFROLOGIA	1.454.207,72	135.988,30	19.219,64	2.300.769,92	201.680,46	-312.264,83	3.754.977,64	337.668,76	-293.045,19
31. NIDO	3.247.869,76	-588.968,87	223.305,38	2.428.511,23	713.019,16	-358.760,04	5.676.380,99	124.050,29	-135.454,66
32. NEUROLOGIA	4.439.756,90	-377.269,11	-611.799,24	5.057.108,40	163.386,92	85.233,47	9.496.865,30	-213.882,19	-526.565,77
34. OCULISTICA	2.317.568,06	-371.230,82	-229.367,77	1.575.813,62	109.578,59	-245.732,58	3.893.381,68	-261.652,23	-475.100,35
36. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	35.736.633,40	-1.404.511,38	-4.795.619,46	12.130.804,17	719.123,00	-1.905.569,76	47.867.437,57	-685.388,38	-6.701.189,22
37. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18.722.069,29	1.181.023,94	-375.171,65	11.632.565,31	515.986,36	-2.550.039,76	30.354.634,60	1.697.010,30	-2.925.211,41
38. OTORINOLARINGOIATRIA	4.124.524,94	100.809,81	-500.932,44	3.746.824,89	217.128,89	-857.768,76	7.871.349,83	317.938,70	-1.358.701,20
39. PEDIATRIA	4.916.161,18	167.253,40	-1.452.742,79	4.019.448,35	-39.771,52	-870.684,27	8.935.609,53	127.481,88	-2.323.427,06
40. PSICHIATRIA	10.748.847,18	327.664,95	6.213,78	1.242.279,30	-84.971,79	-76.765,85	11.991.126,48	242.693,16	-70.552,07
43. UROLOGIA	12.538.524,08	349.599,03	-972.046,69	6.039.562,49	86.781,73	-394.814,65	18.578.086,57	436.380,76	-1.366.861,34
49. TERAPIA INTENSIVA	6.080.267,68	863.449,33	1.814.995,71	7.218.828,11	166.154,99	-381.985,43	13.299.095,79	1.029.604,32	1.433.010,28
50. UNITA' CORONARICA	524.705,15	-51.773,08	-145.590,98	301.388,15	-48.790,24	52.572,64	826.093,30	-100.563,32	-93.018,34
56. RECUPERO E RIABILITAZIONE	18.451.247,41	-886.447,33	-2.704.862,49	1.588.376,90	-600.089,88	-1.966.248,52	20.039.624,31	-1.486.537,21	-4.671.111,01
58. GASTROENTEROLOGIA	3.442.619,33	281.948,25	-20.586,40	3.221.935,42	652.138,77	729.870,61	6.664.554,75	934.087,02	709.284,21
60. LUNGODEGENTI	706.470,77	-1.918.547,90	-5.187.205,99	5.336,76	-146.268,92	-455.423,78	711.807,53	-2.064.816,82	-5.642.629,77
62. NEONATOLOGIA	1.427.813,43	-372.235,40	-455.470,55	2.012.564,11	833.870,04	-855.480,90	3.440.377,54	461.634,64	-1.310.951,45
64. ONCOLOGIA	1.788.405,77	183.146,96	-253.895,56	1.651.260,58	-286.420,52	-167.999,74	3.439.666,35	-103.273,56	-421.895,30
68. PNEUMOLOGIA	4.177.636,85	10.839,21	1.603.168,73	4.148.581,61	299.953,64	2.349.576,49	8.326.218,46	310.792,85	3.952.745,22
98. DAY SURGERY	1.517.918,41	-59.828,12	-736.103,11	276.139,79	30.696,96	-6.830,36	1.794.058,20	-29.131,16	-742.933,47
Totale specialità non presenti	0,00	0,00	0,00	44.801.204,35	2.088.846,81	-1.960.253,70	44.801.204,35	2.088.846,81	-1.960.253,70

I ricoveri erogati per i residenti dalle strutture a gestione diretta rappresentano un quarto del totale delle dimissioni (25%), mentre le strutture private accreditate garantiscono il 34% delle dimissioni. La mobilità passiva intra regionale rappresenta il 41% dei ricoveri in quanto risente dell'attività della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

Figura 12 – Analisi Dimissioni residenti



Come evidente nella Tabella successiva, il 95% della mobilità passiva intra regionale è rappresentato da ricoveri erogati dall'AOUI di Verona, che da sola copre circa il 40% della domanda espressa dal territorio dell'ULSS 9 Scaligera.

Tabella 8 - mobilità passiva dei ricoveri per Azienda di dimissione

Anno Dimissione	N. Dimissioni			Importo Tariffa Regionale		
	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19	2021 rolling	Scost. 21-20	Scost. 21-19
Azienda Dimissione						
Totale	42.531	535	-8.231	€ 192.290.218	€ 7.323.217	-€ 14.841.388
501. Dolomiti	19	-8	-2	€ 77.215	-€ 16.984	€ 23.230
502. Marca Trevigiana	101	21	14	€ 342.095	€ 40.601	€ 53.192
503. Serenissima	205	66	56	€ 1.429.868	€ 476.488	€ 582.736
504. Veneto Orientale	38	-6	-17	€ 246.801	-€ 18.268	€ 30.517
505. Polesana	314	-2	-39	€ 1.428.105	€ 5.726	€ 40.470
506. Euganea	191	-77	-189	€ 879.427	-€ 457.273	-€ 790.337
507. Pedemontana	69	12	24	€ 297.075	€ 114.967	€ 151.585
508. Berica	805	-70	-95	€ 4.225.322	-€ 147.562	€ 16.514
901. AOU Padova	449	-1	49	€ 2.572.447	-€ 41.625	€ 239.626
912. AOUI Verona	40.253	610	-8.002	€ 180.484.228	€ 7.349.401	-€ 15.160.829
952. IRCCS IOV	87	-10	-30	€ 307.635	€ 17.744	-€ 28.094

* 2021 rolling: ricoveri da dicembre 2020 a novembre 2021

2.1.3.2.2 Ricoveri Covid

Nella seconda metà dell'anno 2021 l'azienda ha rimodulato il Piano Pandemico per gli Ospedali per acuti e per gli ospedali di comunità. La Direzione della Programmazione Sanitaria della Regione Veneto a dicembre 2021, al fine di contrastare il progressivo incremento del numero di casi e di infezioni da Coronavirus, sia contagi che ricoveri, ha emanato disposizioni affinché fossero messe tempestivamente in atto le azioni previste nelle fasi così come indicate nel Piano emergenza Autunno (DGRV 1103 del 06/08/2020) e successivi aggiornamenti.

La proposta di Piano Pandemico Ospedaliero aziendale rimodulato per l'Autunno e condivisa nell'ambito della Rete provinciale Ospedaliera a supporto COVID-19 ha tenuto conto dalla necessità di mantenere l'erogazione delle prestazioni ordinarie in tutti i Presidi Ospedalieri provinciali e di ripristinare il volume di attività antecedente la pandemia così da consentire il recupero delle prestazioni non erogate e l'abbattimento delle liste d'attesa.

Poiché a seguito dell'importante adeguamento organizzativo strutturale non vi è stato un parallelo aumento della dotazione organica, che ha visto una sua contrazione nelle componenti della dirigenza e del comparto, nonostante gli sforzi profusi per potenziare le risorse umane a disposizione e l'utilizzo di strumenti straordinari messi a disposizione da Regione Veneto (prestazioni aggiuntive), si è previsto di riconvertire posti letto di aree internistiche (medicina interna, geriatria, pneumologia, malattie infettive) in ragione dell'andamento delle richieste di ricovero per pazienti Covid.

Sono previste forme di rotazione dell'organico intra ed inter ospedaliero per garantire il mantenimento degli stessi standard di personale su tutte le UU.OO. e l'erogazione seppur rimodulata delle attività in tutti i presidi ospedalieri per acuti anche al fine di evitare fenomeni di stress lavorativo nel personale che opera per lungo tempo in area Covid.

Si riporta di seguito, sotto forma di tabella sintetica, la pianificazione suddivisa in fasi subentranti dell'attivazione dei Posti Letto di area non critica e di area critica nei presidi ospedalieri a gestione diretta e Privati Accreditati, prima dell'attivazione dei Covid Hospital. Si evidenzia come nella fase 1 i ricoveri di pazienti COVID siano accentrati sugli ospedali di Legnago e l'IRCCS Sacro Cuore, dotati rispettivamente di 5 PL e di 14 PL di Malattie Infettive. Nella fase 2 le suddette UU.OO. incrementano di almeno il 30% la dotazione di PL COVID.

Tabella 9 Fasi del Piano

Step		Legnago	Villafranca	San Bonifacio	Pederzoli	Sacro Cuore
1	Area non critica	5 PL Malattie Infettive + 4 PL Sub intensiva			0	14 PL Malattie Infettive
	Area critica	2 PL Terapia Intensiva	2 PL TI Terapia Intensiva		0	2 PL Terapia Intensiva
2	Area non critica	14 PL Area Non Critica, 5 Malattie Infettive + 4 PL Sub intensiva	8PL Area Non Critica		6 PL Sub intensiva	16 PL Malattie Infettive
	Area critica	3 Terapia Intensiva	2PL Terapia Intensiva		4PL Terapia Intensiva	2 PL Terapia Intensiva
3	Area non critica	*	**22PL Area Non Critica 14 Sub intensiva	*	6 PL Sub intensiva ***	16 PL Malattie Infettive ***
	Area critica	4PL Terapia Intensiva	4PL Terapia Intensiva	2PL Terapia Intensiva	4PL	2 PL
4	Area non critica	*	**22PL Area Non Critica 14 Sub intensiva	*	6 PL Sub intensiva ***	16 PL Malattie Infettive ***
	Area critica	4PL Terapia Intensiva	8PL Terapia Intensiva	2PL Terapia Intensiva	4 PL Terapia Intensiva	2 PL Terapia Intensiva

Area non critica: include posti letto di Malattie Infettive (MI), degenza internistica COVID (ANC) e Terapia semi-intensiva pneumologica (STI).

Il numero di PL identificati nei diversi step è il complessivo e comprende quello delle fasi precedenti.

* riconversione di aree internistiche (medicina interna, geriatria, pneumologia, malattie infettive) da schede di programmazione regionale (DGR 614/19) con una percentuale progressiva basata sui numeri effettivi.

**attualmente un'ala del 3°Piano dell'Ospedale di Villafranca è chiusa per la presenza di un cantiere edile per la realizzazione delle opere finanziate dal Commissario Straordinario per l'Emergenza, la cui ultimazione è prevista per la fine del mese di Settembre. Pertanto, l'attivazione di 22 PL COVID nell'area oggetto di intervento strutturale è subordinata alla contestuale riduzione di PL di area internistica destinati a patologie non COVID. Conseguentemente la disponibilità residua di ricovero in area medica sarà ridotta in modo progressivo fino a consentire l'utilizzo di tutto il 3° piano con organizzazione per intensità di cura covid 19 dedicata (8 Terapia intensiva, 14 semintensiva, 22 area non critica).

*** oggetto di accordi integrativi aziendali per la riconversione di aree internistiche

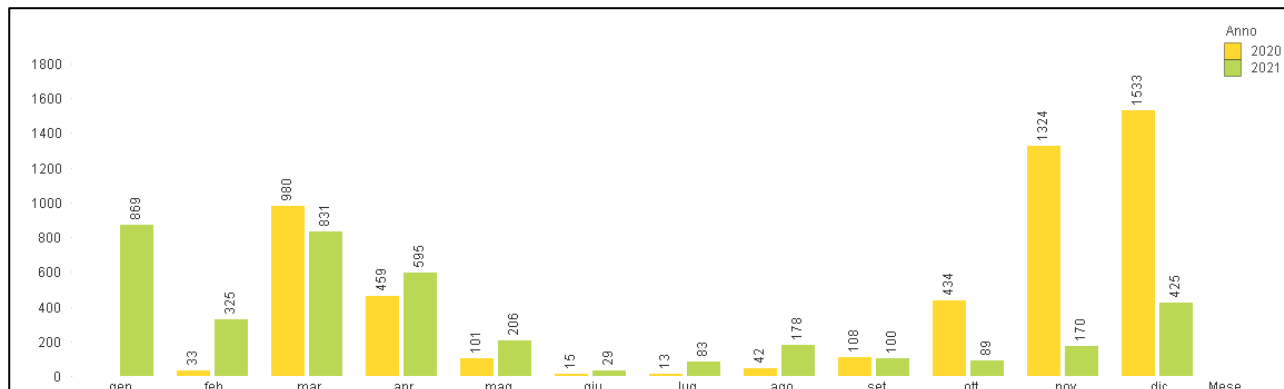
Si riportano di seguito i dati dei ricoveri anno 2020-2021 di pazienti affetti da COVID negli ospedali della provincia di Verona. È visibile la riduzione del numero dei ricoveri e della degenza media, mentre la % di casi transitati in area critica è del 10,3%.

Tabella 10 - Dati relativi ai ricoveri COVID per Ospedale di ammissione (Fonte SIAVR)

Anno ammissione	2020	2020	2020	2021	2021	2021
Ospedale	N ricoveri	degenza media	N ricoveri con passaggio in area critica	N ricoveri	degenza media	N ricoveri con passaggio in area critica
Totale	5042	19,7	439	3900	17,1	397
Aoui	1908	17,5	149	1505	16,2	189
Osp. Villafranca	860	21,4	83	739	22,1	98
Osp. Legnago	666	21,2	60	701	16,3	48
Osp. Class. Don Calabria Di Negrar	565	20,2	52	482	16,3	39
Cc Pederzoli Di Peschiera Del Garda	478	17,9	32	266	12,6	11
Osp. San Bonifacio	451	21,0	54	145	14,7	8
Altri ospedali	114	34,3	9	62	19,6	4

Come si può facilmente apprezzare nella figura sottostante, nel 2021 vi è stata una concentrazione dei ricoveri nei mesi di marzo/aprile e una ripresa a partire dal mese di settembre, con un incremento che, grazie alla campagna vaccinale, è stato molto più contenuto rispetto allo stesso periodo 2020.

Figura 13 - Confronto 2021-2020 ricoveri covid (Fonte SIAVR)



A fine dicembre 2021 a seguito della recrudescenza della pandemia (quarta ondata) si è registrato un aumento della richiesta di ricoveri di pazienti positivi che ha comportato, diversamente da quanto era stato programmato nel piano autunnale la riconversione della Terapia Intensiva dell’Ospedale di san Bonifacio in area di degenza ad intensità di cura incrementale (dall’assistenza respiratoria avanzata fino alla Terapia Intensiva) per pazienti Covid positivi con posti letto di terapia intensiva per pazienti No-Covid nelle sale operatorie. Successivamente, a seguito della totale riconversione dei posti letto di medicina dell’Ospedale di Legnago (42 posti letto comprensivi di malattie infettive e di 4 posti letto di semi intensiva), sono stati attivati 14 posti letto di area non critica per pazienti Covid nell’area week surgery dell’ospedale di San Bonifacio.

Tabella 11 - Ricoveri Covid per ospedale di ammissione ospedali ULSS 9 (1/10/2021-24/1/2022*)(Fonte SIAVR)

Ospedale	2022-gen*	2021-dic	2021-nov	2021-ott
Osp. San Bonifacio (Verona)	91	11	4	5
Cc Pederzoli Di Peschiera Del Garda	86	23	6	3
Osp. Villafranca (Verona)	71	49	14	1
Osp. Class. Don Calabria Di Negrar	80	58	24	20
Osp. Legnago	113	99	46	18
Totale	441	240	94	47

2.1.3.2.3 Attività di Pronto Soccorso

I Pronti Soccorso degli ospedali hanno registrato 202.541 accessi nel 2021, in aumento rispetto al 2020 per la maggior parte delle strutture.

Tabella 12- Accessi in PS

Struttura	Accessi			OBI		
	Stima 2021	2020	Var	Stima 2021	2020	Var
Ospedale di Legnago	40.833	37.180	3.653	3.840	4.915	-1075
Ospedale di Bovolone	1.199	5.149	-3.950	15	260	-245
Ospedale di San Bonifacio	42.977	37.781	5.196	4.901	4.824	77
Ospedale di Villafranca	19.374	23.302	-3.928	1.740	1.746	-6
Ospedale di Bussolengo	14.215	12.734	1.481	649	441	208
Ospedale di Malcesine	2.946	2.000	946	0	0	0
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria	42.461	37.189	5.272	6278	5.464	814
Casa di Cura Pederzoli	38.536	32.965	5.571	1113	1407	-294
Totale	202.541	188.300	14.241	11.145	19.057	-7.912

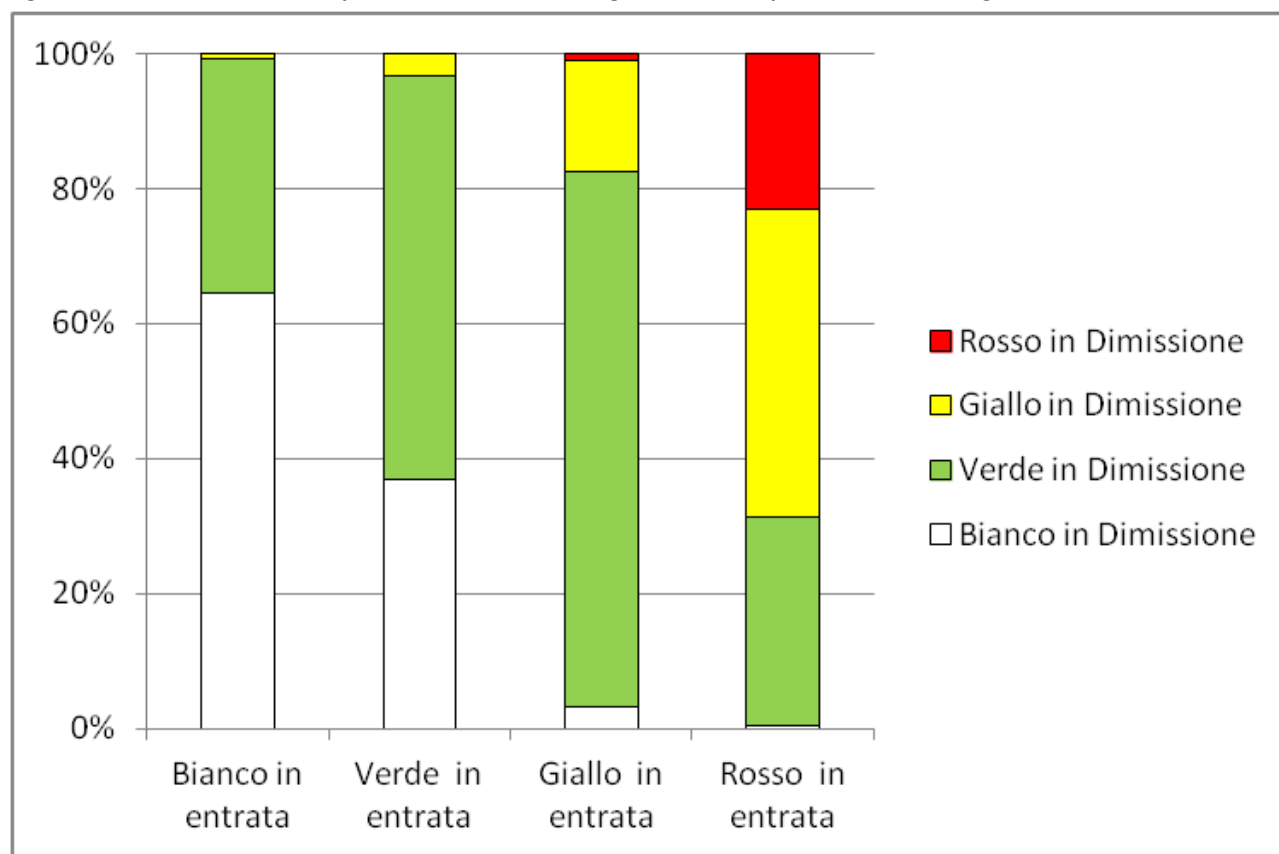
In merito alla gravità degli accessi, i casi “gravi” (codice giallo, arancione e rosso) rappresentano il 19% degli accessi in fase di ingresso (in linea con il 2020), ma si riducono al 5% in fase di dimissione (6.3% nel 2020). La prevalenza degli

accessi è attribuibile al codice bianco, che rappresenta il 53.6% dei codici in ingresso (in aumento rispetto al 49% del 2020), mentre in dimissione prevale il codice verde (48.6%) in linea con il 48,1% del 2020.

Tabella 13- Gravità Accessi in PS in entrata ed in dimissione (stima 2021)

	Totale	% del Totale in Entrata ↓	Bianco in Dimissione	Verde in Dimissione	Giallo in Dimissione	Arancine in Dimissione	Rosso in Dimissione	Non indicato in dimissione
Totale	202.541		90.604	98.372	9.524	899	3.142	202.541
% del Totale in Dimissione -->		100%	44,70%	48,60%	4,70%	0,40%	1,60%	
Bianco in entrata	108.615	53,60%	68.449	36.708	889	9	2560	108.615
Verde in entrata	53.089	26,20%	19.493	31.534	1679	38	345	53.089
Giallo in entrata	35.932	17,70%	1137	28.393	5914	327	161	35.932
Arancione in entrata	2.253	1,10%	9	695	1024	521	4	2.253
Rosso in entrata	2.652	1,30%	1516	1042	18	4	72	2.652
Non indicato in entrata	202.541		90.604	98.372	9.524	899	3.142	202.541

Figura 14 - Percentuale di accessi per codice di dimissione sugli accessi totali per ciascun codice di gravità in entrata



2.1.3.3 L'assistenza specialistica

L'azienda dispone delle seguenti strutture:

Tabella 10 – Strutture poliambulatoriali

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

2.1.3.3.1 Prestazioni Ambulatoriali

Nel setting assistenziale ambulatoriale pre-covid l'azienda garantiva circa 8,7 milioni di prestazioni/anno mentre nel 2020 si è registrato un calo delle prestazioni erogate rispetto al 2019 di 1.770.136. Il 2021 si stima invece in ripresa (anche se sotto i livelli 2019) con circa 8,3 milioni di prestazioni per 174 milioni di valore tariffato.

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

Tabella 14- Specialistica erogata stima 2021 (dic20-nov21)

	Strutture Pubbliche		Strutture Private		Totali	
	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato	N° prestazioni	Totale tariffato
Distretti 1 e 2	2.486.053	€ 31.645.543,35	789.916	€ 18.143.072,99	3.275.969	€ 49.788.616,34
Distretto 3	1.518.190	€ 25.821.207,60	139.710	€ 648.665,15	1.657.900	€ 26.469.872,75
Distretto 4	1.576.082	€ 16.950.930,05	1.791.190	€ 81.441.103,89	3.367.272	€ 98.392.033,94
ULSS 9	5.580.325	€ 74.417.681,00	2.720.816	€ 100.232.842,03	8.301.141	€ 174.650.523,03

Le strutture private erogano meno prestazioni di quelle pubbliche (solo il 33% del totale) ma per un valore tariffato superiore (57% del totale).

L'attività ambulatoriale erogata dalle struttura a gestione diretta risulta in aumento rispetto al 2020 in tutte le branche, in particolar modo per il laboratorio (+32%) trainato anche dall'attività dei tamponi per il covid, e nella radiologia diagnostica (+27%). Le prestazioni sono nel totale di poco inferiori ai livelli pre-pandemia, ma non in maniera omogenea; la riabilitazione non ha ripreso i volumi 2019 (-37%) ed anche le altre branche risultano sotto il 2019 (-24%).

Tabella 15 - Prestazioni erogate in strutture a gestione diretta

	Stima 2021	2020	Scost. Stima 2021-2020	%	2019	Scost. Stima 2021-2019	%
03.Laboratorio	4.569.012	3.452.934	1.116.078	32%	4.300.185	268.827	6%
69.Radiologia Diagnostica	196.084	154.942	41.142	27%	215.825	-19.741	-9%
56.Medicina fisica e riabilitazione	144.458	122.115	22.343	18%	228.449	-83.991	-37%
Altre branche	670.771	619.190	51.581	8%	879.459	-208.688	-24%
TOTALE	5.580.325	4.349.181	1.231.144	28%	5.623.918	-43.593	-1%

2.1.3.3.2 Esecuzione Tamponi Diagnostici ricerca SARS-COV2

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

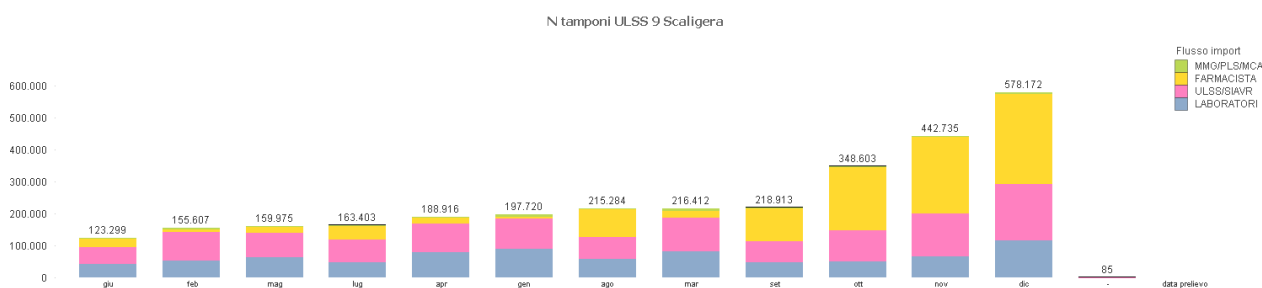
Nel complesso nel 2021 si sono registrati oltre 2, milioni di tamponi eseguiti da centri di prelievo sul territorio provinciale oltre il triplo del 2020. Il rapporto tra molecolari ed antigenici (introdotti a settembre 2020) è stato invertito a favore di questi ultimi, sia con l'aumento dell'utilizzo dei test rapidi anche in ambito di screening, sia con l'ingresso delle Farmacie territoriali come erogatori, che da sole, a fine 2021, soddisfano il 50% del fabbisogno quotidiano.

La modesta capacità produttiva dei laboratori presenti sul territorio (pari a poche centinaia di test al giorno) è via via cresciuta fino ad arrivare ad oltre 3.000 tamponi al giorno.

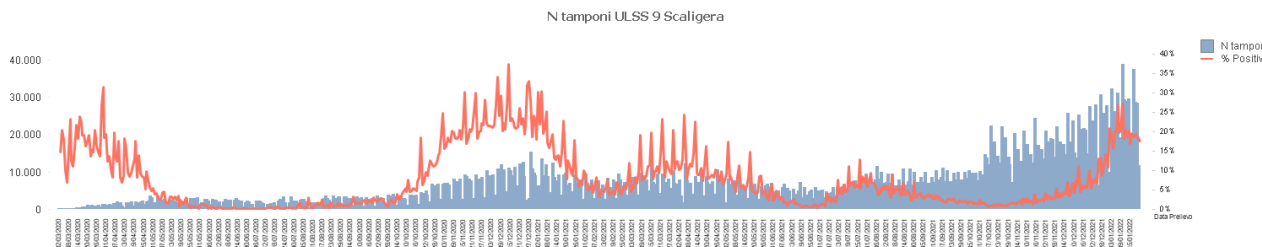
Tabella 16 Tamponi (Molecolari ed Antigenici rapidi)

		2020	2021	Variazione	Var %
MOLECOLARI	LABORATORI	521.871	640.577	118.706	23%
	ULSS/SIAVR	206.822	1.012.805	805.983	390%
ANTIGENICI	FARMACISTA	0	1.039.792	1.039.792	
	MMG/PLS/MCA	37.110	37.819	709	2%
Totale		765.803	2.730.993	1.965.190	257%

Figura 15 – Trend Mensile 2021 N. Tamponi ULSS 9 Scaligera



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



2.1.3.4 L'assistenza Territoriale

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

Tabella 17 - Strutture a gestione diretta attive nel 2021

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

Tabella 18 - Strutture in convenzione attive nel 2021

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

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

Tabella 19 - Istituti e centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L.833/78 – posti letto 2021

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

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

2.1.3.4.1 Ospedali di Comunità

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

Tabella 20- Ospedali di Comunità: posti letto previsti e attivati

Gestore	ODC	Comune	Posti letto	Codice STS 11	STS
ULSS 9	O. Marzana	MARZANA	12		DA ATTIVARE
ULSS9	O. Bussolengo	BUSSOLENGO	24		DA ATTIVARE
ULSS9	O. Bovolone	BOVOLONE	24	804001	ATTIVATO
ULSS9	Centro Polifunzionale Valeggio sul Mincio	VALEGGIO	24	845305	ATTIVATO
ULSS 9	Centro Polifunzionale Isola della Scala	ISOLA DELLA SCALA	24		DA ATTIVARE
ULSS 9	O. San Bonifacio	SAN BONIFACIO	18	768220	ATTIVATO
ULSS 9	Centro Polifunzionale Caprino Veronese	CAPRINO V.SE	12		DA ATTIVARE
ULSS 9	Centro Polifunzionale Nogara	NOGARA	20		DA ATTIVARE
ULSS 9	O. Malcesine	MALCESINE	12		DA ATTIVARE
C.C. Pederzoli	C.C. Pederzoli	PESCHIERA	24	845332	ATTIVATO
C.S. LE BETULLE	C.S. LE BETULLE	VERONA	24	768230	ATTIVATO
O.C.L. Sacro Cuore - Don Calabria	O.C.L. Sacro Cuore - Don Calabria	NEGRAR	24		DA ATTIVARE
Fondazione Centro Assistenza Sisto Zerbato	Fondazione Centro Assistenza Sisto Zerbato	TREGNAGO	24	768146	ATTIVATO

Nell'azienda Ulss 9, nel 2021, sono 6 gli Ospedali di Comunità attivi con un totale di 138 posti letto.

Poiché durante la gestione della prima ondata dell'emergenza Covid-19 gli Ospedali di Comunità hanno ricoperto un ruolo importante nella gestione delle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19, una volta risolta l'acuzie e nel pieno rispetto delle misure di contenimento del rischio infettivo, con la DGRV1107/2020 la Regione Veneto ha modificato le schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS. Approvate con DGR n. 614 del 14 maggio 2019- Deliberazione n. 90/CR del 28 luglio 2020.

Tabella 21 - Ospedali di Comunità COVID nel Piano pandemico Autunno 2021

	N. Posti Letto
Ospedale di Comunità Covid Bovolone –Cod STS 11 804001	34
Ospedale di Comunità Covid Bussolengo –Cod STS 11 845336	36
Ospedale di Comunità Covid Pederzoli –Cod STS 11 845332	24
TOTALE	94

2.1.3.4.2 Hospice

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

Tabella 22- Hospice: decorrenza attivazione e posti letto

Gestore	Hospice	Comune	Posti letto	Codice STS 11	Inizio attività
ULSS 9	San Cristoforo	COLOGNA VENETA	7	768014	01/01/1999
ULSS9	San Giuseppe di Marzana	VERONA	14	768094	01/06/2006
ULSS9	Pederzoli	PESCHIERA DEL GARDA	10	845338	01/10/2018
ULSS9	Ospedale di Bovolone	BOVOLONE	6	Da attivare	
OCL Sacro Cuore	O.C.L. Sacro Cuore - Don Calabria	NEGRAR	10	Da attivare	
Ipab	Ipab Istituto Assistenza Anziani	VERONA	14	Da attivare	

2.1.3.4.3 Cure Primarie

Relativamente alle cure primarie, l'azienda, al 31/12/2021, opera mediante 548 Medici di Medicina Generale, 112 Pediatri di libera scelta e 130 Medici di continuità assistenziale con un trend in riduzione rispetto al 2020 più marcato per i medici di Medicina Generale.

Tabella 23 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati con l'ULSS 9 al 31/12/2020-2021

	Distretto 1		Distretto 2		Distretto 3		Distretto 4		ULSS 9	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Medici di Medicina Generale	149	151	143	135	90	87	184	175	566	548
Pediatri di Libera Scelta	26	26	29	29	20	19	39	38	114	112
Medici di medicina generale – continuità assistenziale	43	40*	35	33	20	18	37	39	135	130
Medici USCA	12	14	12	16	12	9	12	12	12	51
Tot personale	230	231	219	213	142	133	272	264	863	841

*Di cui due medici presso la Casa Circondariale

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

23/04/2019 la Regione Veneto ha approvato i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie per il biennio 2019-2020 con l'implementazione delle Medicine in Rete e delle Medicine di Gruppo.

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

Tabella 24 – Numero di Associazioni e Medici aderenti per Medicine di Rete, Medicine di Gruppo e Medicine di Gruppo Integrate (fonte UOS Medicina Convenzionata)

	Distretti 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
N. Medicine in Rete	5	7	1	10	23
N. MMG in MR	33	32	3	45	113
N.PLS in MR	0	0	0	0	0

N. Medicine di Gruppo	24	13	6	21	64
N. MMG in MdG	92	64	29	86	271
N.PLS in MdG	2	1	1	2	6

N. Medicine di Gruppo Integrata	1	2	5	2	10
N. MMG in MGI	7	20	46	16	89
N.PLS in MGI	0	0	0	0	0

N. MMG totale in MR, MdG/ MGI, forme miste	138	116	78	151	483
N.PLS totale in MR, MdG o MGI, MdG/ MGI, forme miste	4	3	2	3	12

% su TOTALE MMG	91%	86%	90%	86%	88%
% su TOTALE PLS	15%	10%	11%	8%	11%

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

La programmazione 2019-2020 è stata sospesa a causa della pandemia ed è previsto che la % di medici in Medicine di Rete (26%), Medicine di Gruppo (48%) e MGI (15%) arrivi all'89%, prioritario anche in funzione della gestione della Fase 2 della gestione del Covid-19 (Allegato A DGR 782/2020), venga perseguito anche nel prossimo periodo.

2.1.3.4.4 Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA)

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

Con DGR 782 del 16/06/2020 la Regione Veneto nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale ha individuato dimensioni, composizione e modalità di funzionamento delle USCA. Per l'ULSS 9 la Regione Veneto ha previsto una dotazione di 19 USCA ed al 31/12/2021 ne sono state attivate 9: tre nel distretto Verona Città, due nel distretto Est Veronese, due nel distretto Pianura Veronese e due nel distretto Ovest Veronese.

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

Tabella 25- Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA) – anno 2021

Monitoraggio trimestrale USCA	N. USCA ATTIVE	N. PAZIENTI IN CARICO (100% Covid)	N. ACCESSI	UNITA' DI PERSONALE MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
dal 1/1/2021 al 31/3/2021	9	4.153	3.560	71
dal 1/4/2021 al 30/6/2021	9	3.406	2.261	84
dal 1/7/2021 al 30/9/2021	9	1.673	1.017	55

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

2.1.3.4.5 Assistenza Domiciliare

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

In merito all'ADI si riportano in tabella i dati relativi alle persone seguite continuativamente, escluse le prese in carico occasionali. Il confronto con l'anno 2020 fa registrare una diminuzione degli assistiti presi in carico di 1.085 persone, pari al -7% che si aggiunge alla diminuzione del 6% del 2020 rispetto al 2019.

Tabella 26 - Utenti in ADI e tipologia di figura che effettua l'accesso

Anno Accesso	2021		2020		2019	
	N accessi	N assistiti	N accessi	N assistiti	N accessi	N assistiti
Infermiere	194.534	11.400	214.938	11.551	241.184	11.369
Medico Specialista	2.921	1.984	2.637	1.962	2.933	2.074
MMG	59.192	6.221	75.411	8.055	113.090	10.103
Medico Esperto in cure palliative	8.747	1.438	6.977	1.205	5.062	826
Fisioterapista	10.906	916	8.203	786	11.549	1.019
PLS	479	39	561	46	714	51
Altra figura	45.162	955	55.334	992	68.321	934
Totale	321.941	13.478	364.061	14.563	442.853	15.422

Fonte: Flusso informativo regionale delle cure domiciliari

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

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

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

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

Per l'assegnazione dei contributi (che variano da 120 a 800 euro mensili, ad eccezione per le ICDsla il cui contributo può arrivare fino a 2.000,00 euro) viene valutata sia la gravità del bisogno assistenziale che la situazione economica rilevata con l'ISEE. I criteri stabiliti dalla DGRV 1338/2013 sono stati aggiornati con DGRV 1047/2015. Con DGR

n.946/2017 sono stati introdotte ulteriori disposizioni integrative della DGRV 517/2017 circa le modalità di liquidazione delle ICDsla. Nella Tabella si riportano i dati. Si può notare che il valore del contributo erogato nel 2020 risulta in aumento, coerentemente con l'andamento del fondo per la non autosufficienza.

Sono ancora in corso le assegnazioni per l'anno 2021, in quanto il termine per lo scorrimento delle graduatorie è febbraio 2022, e solo dopo tale data si renderà disponibile il dato consolidato.

Tabella 27 - Numero utenti e valore del contributo ICD erogato

IMPEGNATIVE DI CURA DOMICILIARE	IMPORTO UNITARIO	ANNO 2018		ANNO 2019		ANNO 2020	
		N. UTENTI	LIQUIDATO ANNO 2018	N. UTENTI	LIQUIDATO ANNO 2019	N. UTENTI	LIQUIDATO ANNO 2020
ICDsla	Contributo variabile	35	€ 255.884,00	36	€ 262.738,25	37	€ 292.081,00
ICDa	600/800 Euro	112	€ 899.500,00	118	€ 923.200,00	111	€ 938.600,00
ICDb	120 Euro	3542	€ 4.381.680,00	3972	€ 4.721.880,00	4166	€ 4.978.440,00
ICDm	400 Euro	797	€ 2.851.600,00	820	€ 2.917.720,00	734	€ 2.632.809,00
ICDp	Contributo Variabile	446	€ 1.480.460,30	484	€ 1.616.387,95	453	€ 1.725.125,02
ICDf	Contributo Variabile	213	€ 1.285.322,44	224	€ 1.300.016,73	196	€ 1.405.198,60
SAD in ADI	-	-	€ 2.986.668,61	-	€ 2.988.666,00	-	€ 2.988.666,00
Sollievo	-	119	€ 368.637,53	77	€ 317.614,96	38	€ 285.223,00
TOTALE			€ 14.509.752,88		€ 15.048.223,89		€ 15.246.142,62

2.1.3.4.6 Assistenza Residenziale e Semi-Residenziale

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

Con DGR n. 1608 del 19.11.2021 "Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anno 2021. Deliberazione nr. 118/CR/2021" la Regione ha individuato le risorse di fonte regionale e statale disponibili per gli interventi LEA in materia di non autosufficienza, stabilendone altresì la destinazione e l'attribuzione alle Aziende ULSS, relativamente all'esercizio 2021; all'Azienda ULSS 9 Scaligera è stata assegnata la somma di Euro 139.514.510,00. Di questi, € 90.584.610 sono previsti per la residenzialità anziani, €8.717.000 per residenzialità disabili, € 20.898.200 per semi residenzialità disabili e € 18.430.500 domiciliarità (ICD). Poiché la pubblicazione della nuova programmazione ha avuto luogo nel mese di dicembre 2021, l'ULSS non ha esaurito interamente la disponibilità.

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

Le tabelle seguenti riportano il n. di utenti e le giornate di assistenza, suddivisi tra le diverse tipologie di assistenza, ricavate dagli ultimi dati disponibili nei flussi ministeriali (2020), confrontati con l'anno precedente.

Tabella 28- Assistenza Residenziale (fonte STS24)

Assistenza residenziale	2020			2019		
	n posti	n utenti	giornate assistenza	n posti	n utenti	giornate assistenza
S05 ASSISTENZA PSICHIATRICA	405	447	126.648	413	461	137.566
S09 ASSISTENZA AGLI ANZIANI	5.457	6.696	1.551.389	5.361	6.687	1.579.839
S10 ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	277	274	86.560	257	254	75.909
S11 ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI	462	422	141.992	443	397	132.877

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Graziana Aguzzi

S12	ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI	31	347	8.621	31	493	10.271
Totale		6.632	8.186	1.915.210	6.505	8.292	1.936.462

Tabella 29- Assistenza Semi-Residenziale (fonte STS24)

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

Per l'Assistenza Anziani nel 2021, dal Flusso FAR, si possono stimare 6.604 utenti per complessive 1.520.659 nell'assistenza residenziale, e 207 utenti per 38.116 giornate in assistenza semiresidenziale, con un calo rispetto al 2020 su tutti i parametri. Dal flusso FAD invece, per la disabilità, si possono stimare 878 utenti in ambito residenziale e 1196 in ambito semiresidenziale.

2.1.3.4.7 Piano Residenzialità della Salute mentale

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

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

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

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

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

2.1.3.5 Il Dipartimento di Prevenzione

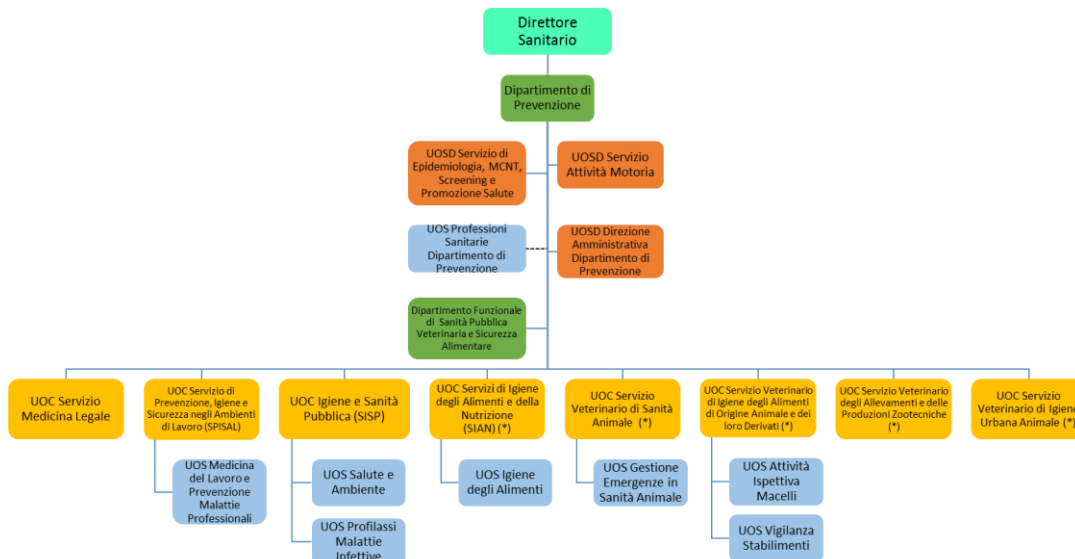
Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura professionale dell’Azienda Sanitaria preposta alla promozione e tutela della salute della popolazione attraverso azioni dirette a migliorare la qualità della vita e dell’ambiente di vita, a conoscere, prevedere e prevenire le cause di malattia, di invalidità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

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

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

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

Figura 16 - Organigramma Dipartimento Prevenzione



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

2.1.3.5.1 Riorganizzazione per affrontare la Pandemia: Gruppi Operativi di Risposta Rapida

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

Come riportato nell’Allegato A della DGR 782/2020, la composizione del CESP e del GORR sono stati aggiornati, su richiesta della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria in data 27.1.20202 allo scopo di predisporre tutte le misure per fronteggiare l’infezione da coronavirus.

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

- Direttore Sanitario (coordinatore)
- Direttore Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Punto di contatto

- Direttore del presidio ospedaliero
- Direttore della funzione territoriale
- Direttore dello Spisal
- Direttore del Servizio Veterinario se coinvolto
- Responsabile del Servizio infermieristico
- Direttore del Servizio Farmaceutico.

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

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

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

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

2.1.3.5.2 Attività di Sorveglianza SARS-COV2

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

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

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

2.1.3.5.3 Organizzazione dei Centri Tampone

Al fine di individuare un maggior numero di soggetti positivi, è stato necessario effettuare un numero elevato di saggi diagnostici con tampone naso-faringeo.

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

Le disposizioni sull'effettuazione dei tamponi sono in continuo mutamento, ma dal 2021 l'ingresso nel sistema delle farmacie convenzionate quali potenziali erogatori, ha cambiato in maniera sostanziale il quadro, permettendo di raggiungere una media di oltre 20.000 tamponi al giorno (di cui oltre il 50% effettuato presso le farmacie).

Tabella 30 - Elenco centri prelievi tamponi a gennaio 2022

PUNTO TAMPONI	SEDE	ORARIO	GIORNI DI APERTURA
VERONA	CASA SOGGIORNO BRESCIANI - FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO	ORE 7.00-19.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
VERONA	BORGO ROMA VIA PASTEUR	ORE 7.00-24.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
VERONA	OSPEDALE DI MARZANA, PIAZZA LAMBRANZI, 1	ORE 8.00-19.00	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
		ORE 10.00-19.00	SABATO E DOMENICA
VERONA	CENTRO POLIFUNZIONALE DON CALABRIA, VIA SAN MARCO	ORE 8.00-13.00	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
		ORE 8.00-12.00	SABATO
VERONA	PERSONAL GENOMICS, VIA ROVEGGIA 43/B	ORE 08.30-12.30;14.00-18.00	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
SAN GIOVANNIO LUPATOTO	RALDON, VIA DELL'ARTIGIANATO (AREA PARCHEGGIO)	ORE 7.00-19.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
SAN BONIFACIO	OSPEDALE SAN BONIFACIO, VIA FONTANELLE, PORTONE VERDE	ORE 7.00-19.00	DAL LUNEDÌ AL SABATO
RALDON	VIA DELL'ARTIGIANATO (AREA PARCHEGGIO)	ORE 7.00-19.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
LEGNAGO	PRESSO L'EX LIDL DI VIA DEL PONTIERE 19	ORE 7.00-19.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
BUSSOLENGO	CENTRO POLIFUNZIONALE – VIA C. A. DALLA CHIESA	ORE 7.00-22.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
MALCESINE	OSPEDALE DI MALCESINE	ORE 7.00-13.00	MARTEDÌ, GIOVEDÌ E DOMENICA
VERONA	BORGO ROMA VIA PASTEUR	ORE 7.00-24.00	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
CAPRINO VERONESE	VIA GIOVANNI XXIII N. 33	ORE 9.00-13.00	LUNEDÌ, MERCOLEDÌ E GIOVEDÌ
COLOGNA VENETA	VIA VENETO (DRIVE-IN AD ACCESSO DIRETTO SENZA PRENOTAZIONE)	ORE 7.00-19.00	DAL LUNEDÌ ALLA DOMENICA
CEREA	CENTRO SYNLAB - FLEMING, VIA GANDHI 3/A (SOLO MOLECOLARI)	ORE 14.30-18.30	DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ
		ORE 12.00-15.00	SABATO
ISOLA DELLA SCALA	CENTRO POLIFUNZIONALE EX PPI	ORE 09.00-15.00	APERTO NEI GIORNI DI LUNEDÌ MERCOLEDÌ E VENERDÌ
VILLAFRANCA DI VERONA	PRESSO III° STORMO AERONAUTICA MILITARE - VIA CALURI	ORE 9.00-18.00	APERTO DAL LUNEDÌ AL SABATO

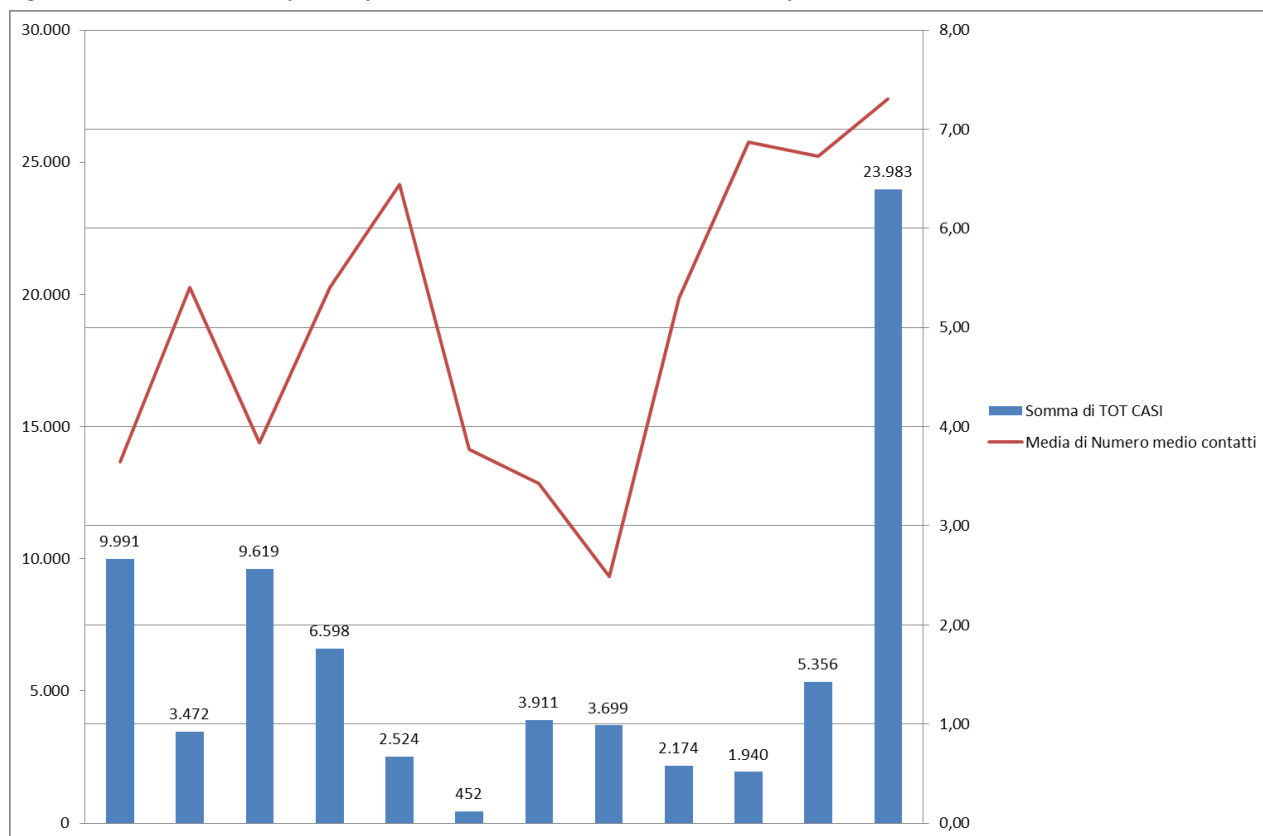
2.1.3.5.4 Organizzazione sorveglianza sanitaria e contact tracing

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

Il Dipartimento di Prevenzione ha definito ed aggiornato, in coerenza con l'aggiornamento dei piani e delle linee guida regionali, tutte le procedure necessarie all'invio al tampone dei casi sospetti, la presa in carico dei casi positivi, l'attivazione delle misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario dei casi e dei contatti rilevati tramite le indagini epidemiologiche. Purtroppo il dilagare dei contagi della quarta ondata (dicembre 2021) ha reso molto rapidamente inapplicabili la gran parte delle procedure pensate per flussi molto minori, e generando ingenti ritardi.

Nel corso del 2021 sono stati presi in carico in tutto 73.719 casi, registrando un numero di contatti medio pari a 5,05 (con sensibili incrementi soprattutto in corrispondenza della riapertura delle scuole).

Figura 17 - Andamento Casi positivi presi in carico e numero medio di contatti per ciascuno



2.1.3.5.5 Screening Covid

Il Dipartimento ha organizzato la campagna di screening prevista dalla DGR 344/2020, poi aggiornata dalle successive delibere di cui l'ultima è la DGRV n. 1544 del 11 novembre 2021, individuando come target principali tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS e Farmacisti, operatori ed ospiti delle Strutture per non autosufficienti.

Le disposizioni regionali hanno definito una tempistica di ripetizione dell'esame di screening, che per il personale sanitario, gli operatori ed ospiti delle case di riposo è variata dai 10 ai 4 giorni nei periodi di massima diffusione del virus. La popolazione target quindi comprendeva circa 6.000 tra dipendenti e non dipendenti dell'ULSS 9, oltre a circa 10.000 tra ospiti ed operatori dei centri residenziali.

Nel corso del 2021, il numero di test effettuati in maniera specifica per lo screening (Motivo: 08 Screening) è stato di 774.393, con un incremento straordinario soprattutto grazie alla disponibilità dei test antigenici rapidi.

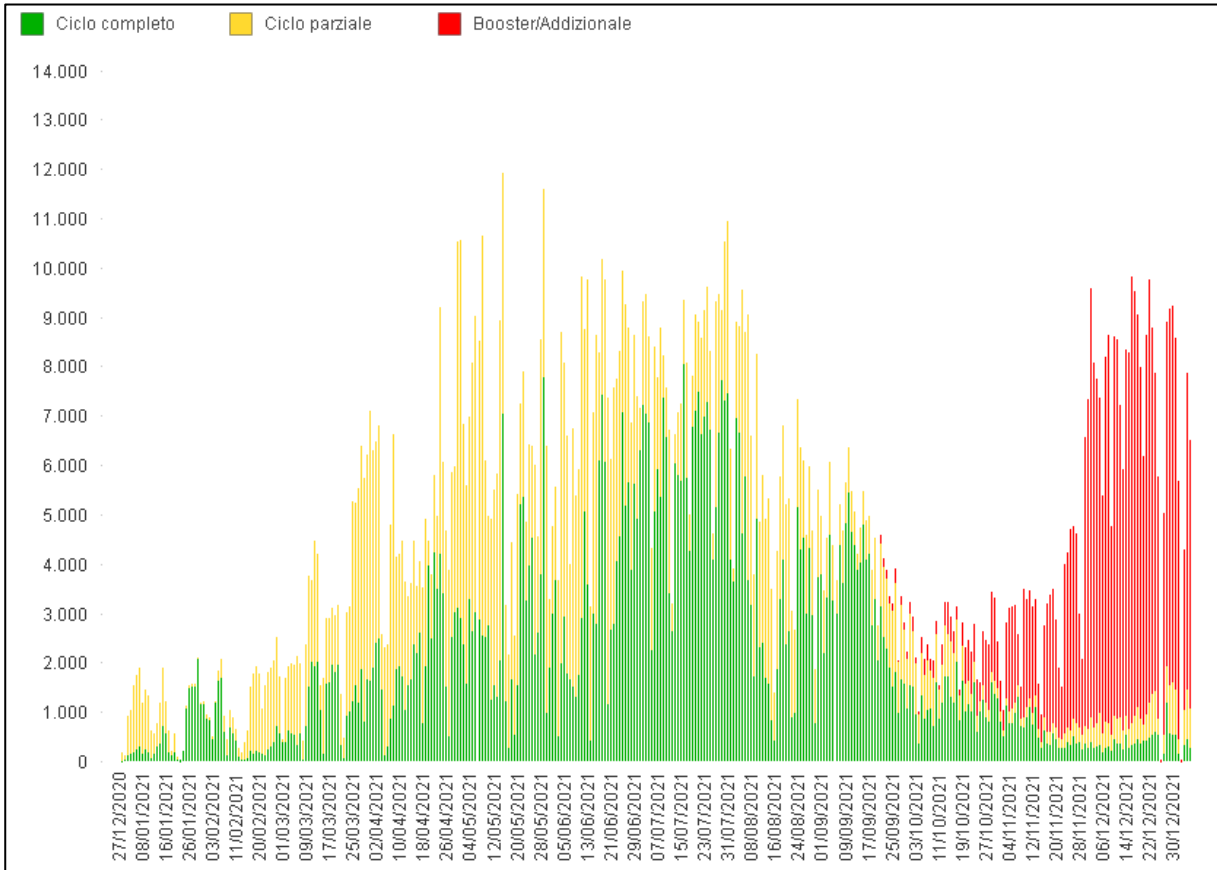
Tabella 31 - Numero di tamponi eseguiti per Screening Covid

	2020	2021
Tampone Molecolare	33.563	48.869
Test Antigenico Rapido	96.564	723.503
TOTALE	132.147	774.393

2.1.3.5.6 Organizzazione dei Centri Vaccinali

La Campagna vaccinale è stata predisposta ed organizzata sul territorio dal Dipartimento, applicando le disposizioni regionali ed attivando numerosi Centri di Vaccinazione di Popolazione CVP, dei quali i più importanti sono Bussolengo, Legnago e San Bonifacio. La campagna è comunque stata condotta assieme ad AOUI (che si è fatta carico di circa 1/3 delle somministrazioni) ed avvalendosi della collaborazione di soggetti esterni quali Croce Verde.

Figura 18 - Andamento Campagna Vaccinale



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

2.1.3.5.7 Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Tabella 32 –SISP

		2021	2020	2019
PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE	n. vaccinazioni*	501.535	430.322	496.823
	n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)*	599	569	1.431
	n. sopralluoghi	603	893	892
ATTIVITÀ DI PREVENZIONE	n. campionamenti	825	480	979
	n. pareri edilizi	428	364	507

* esclusa attività COVID

2.1.3.5.8 Screening

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

Tabella 33 –Attività di Screening

		2021	2020	2019
SCREENING MAMMOGRAFICO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	69.925	71.187 *	58.720
	Tasso di copertura (obiettivo regionale)	54,9%	43,30%	64,10%
	n. inviti (esclusi inesitati)	75.331	57.464	67.394
	Tasso di adesione grezzo	51%	53,70%	55,90%
SCREENING CITOLOGICO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	77.651	78.160	77.925
	Tasso di copertura (obiettivo regionale)	58%	23%	54%
	n. inviti (esclusi inesitati)	62.866	35.966	66.467
	Tasso di adesione grezzo	45%	33,10%	40,60%
SCREENING DEL COLON-RETTO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	115.984	115.735	114.159
	Tasso di copertura	79,2%	20%	55%
	n. inviti (esclusi inesitati)	165.399	42.365	98.683
	Tasso di adesione corretto (obiettivo regionale)	56%	54%	64%

* fascia d'età 50-74 aa

Nel 2021, l'attività di screening ha mostrato una ripresa, sono stati fatti inviti per 75.331 donne allo Screening Mammografico (tasso di adesione 51%), 62.866 allo screening Citologico (tasso di adesione 45%) e 165.399 persone allo screening del Colon-Retto (tasso di adesione corretto 56%).

2.1.3.5.9 Contaminazione da Sostanze Perfluoroalchiliche (PFAS)

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

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

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

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

Si riportano di seguito le tabelle riguardanti l'attività relativa al primo livello del bio monitoraggio PFAS e al II livello. L'attività ha subito un rallentamento a causa del Covid, motivo per cui è stata prorogata a tutto il 2022 la convezione che regola i rapporti con Azienda Zero per l'espletamento dell'attività di Screening.

Tabella 34 - Bio monitoraggio PFAS I livello

	2021			2020			2019		
	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%
Legnago	2.381	1.412	59,30%	3.852	1.176	30,53%	7.298	4.616	63,25%
San Bonifacio	2.628	1.352	51,45%	3.911	1.093	27,95%	6.687	4.211	62,97%
totali	5.009	2.764	55,18%	7.763	2.279	29,35%	13.985	8.827	63,10%

Tabella 35 - Monitoraggio PFAS II livello- rischio cardiovascolare

	2021			2020			2019		
	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%
Legnago endocrinologico/internistico	169	138	81,66%	1854	665	35,87%			
Legnago cardiologico	1236	752	60,84%	948	409	43,14%	975	590	60,51%
totali	1.405	890	63,35%	2802	1074	38,33%	369	264	71,54

2.1.3.5.10 Servizio Prevenzione e Sicurezza Degli Ambienti Di Lavoro (SPISAL)

Tabella 36 - Attività SPISAL

	2021	2020	2019	
VIGILANZA	Sopralluoghi*	2.194	4.096	2.114
	Aziende oggetto di intervento **	1.994	3.233	1.812
	Indagini per infortuni sul lavoro	313	212	216
	Indagini per malattie professionali	243	170	322
	Verbali redatti con contravvenzioni	544	420	584
VALUTAZIONI E PARERI	Valutazioni e pareri in merito a nuovi insediamenti produttivi	15	12	36
	Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	1.773	1.611	1.630
ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	322	269	336
	Ascolto sullo stress lavoro-correlato	101	100	107
ASSISTENZA E PROMOZ. DELLA SALUTE	Interventi di informazione e formazione	20	19	55
	Produzione e/o diffusione di materiali***	179	41	10

* Nel totale sono considerati anche quelli fatti per il monitoraggio cantieri (387 nel 2021)

** nel 2021 296 aziende non sono state oggetto di sopralluogo ma la verifica è avvenuta con valutazione documentale, come da indicazioni della Regione Veneto

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

2.1.3.5.11 Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Tabella 37 – SIAN

	2021	2020	2019	
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN	Pareri valutazioni tecniche	7.488 §	5.906**	7.575*
	Pareri su Acque	2.553 §§	1.230***	1.495
	Sopralluoghi/Interventi Alimenti	1.748	2.322	2.616
	Sopralluoghi e Vigilanza Acqua destinata al consumo umano anche da fonti private	2.553	1.230***	1.495
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Alimenti	396	349	384
	Campionamenti / Prelievi / Analisi Acque e Vigilanza Arsenico	2.553	1.230***	1.495
	Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica	195 §§§	371	546
	Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole	173 §§§§	sospese nel 2020	140
	Registrazioni, Riconoscimenti	4.928	4.604	5.886
	Allerte gestite	n. 333 (n. 448 CU)	n.201 (n.302 CU)	172

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

** 349 PRIC + 4604 procedimenti SUAP+ 248 perizie su specie fungine+ 371 menù+ 300 pareri c.a (mail, telefonici, scritti)+34 indagini per tossinfezione alimentare
 *** n. 7 giudizi per il rilascio del giudizio di qualità ed idoneità d'uso D.M. per nuovi approvvigionamenti idrici (Centrali idriche), + n.1174 giudizi di conformità su rete pubblica+n.49 giudizi su approvvigionamenti privati

§ n.4928 valutazioni su procedimenti SUAP; n.1278 certificati di esportazione alimenti; n.396 giudizi di conformità su campioni Piano PRIC 2021; n.14 giudizi di conformità su campioni/tamponi per indagini epidemiologiche; n. 48 perizie micologiche; n.107 indagini per tossinfezione alimentare (n. 37 notifiche sanitari e/o segnalazioni); n.195 menù validati; n.173 consulenze nutrizionali nelle scuole; circa 350 pareri (mail, PEC, telefonici);
 §§ n. 99 giudizi di potabilità (Dlgs 31/01) su approvvigionamenti idrici autonomi/privati; n. 2454 giudizi di potabilità su rete pubblica;
 §§§ n.140 menù diete standard e n.55 menù diete speciali;
 §§§§ n.173 utenti coinvolti in 9 classi (n.7 docenti + n.166 alunni);
 n. 333 IRASFF/fup che hanno esitato in n. 448 Controlli Ufficiali su operatori del settore alimentare (estrazioni SIANNET).

2.1.3.5.12 Servizi Veterinari

Tabella 38 - Servizio Veterinario Sanità Animale

		2021	2020	2019
Servizio Veterinario Sanità Animale	Richieste di intervento da parte degli utenti	6.981	4.065	6.970
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	5.487	4.225	6.035
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina *	398	328	1.863
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie**	48.964	19.923	14.821
	controlli in allevamento per per anagrafi zootecniche bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina, apistica e avicola	144	205	251
* aziende di bovine e ovicaprine sottoposte a controllo per Tuberculosis, Leucosi, Brucellosi				
** Epidemia da HPAI 179 focolai in allevamenti del territorio provinciale, controlli a tappeto su tutti gli allevamenti il computo si riferisce alla somma dei controlli per piano dimonitoraggio Nazionale e Emergenza da 10/2021 a tutt'ora (20/01/22)				

Tabella 39 - Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale

		2021	2020	2019
Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Ispezioni per benessere al macello	41	40	43
	N. di controlli ante e post mortem su animali macellati	123.329.293	123.064.097	120.910.236
	N. di UGBE (unità giovani bovini equivalenti) relative	774.290	777.072	1.158.919
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio	511	566	552
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	108	110	45
	Certificazioni export	3.307	16.801	5.128

Tabella 40 - Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produz. Zootecniche e igiene Urbana Animale

		2021	2020	2019
Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produz. Zootecniche*	Accertamenti e pareri in favore di privati e di pubbliche amministrazioni	6.765	6.225	6.450
	Sopralluoghi e pareri su riproduzione animale	70	60	71
	Controllo sul benessere animali da reddito	1.600	1.675	1.536
	Controllo su deposito, vendita, utilizzo del farmaco veterinario	447	447	595
	Sorveglianza sui sottoprodotti di origine animale	1.420	1.504	1.555
	Sorveglianza sulla alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi	220	224	222
	Controllo igienico-sanitario produzione latte	30	30	36
	Lotta al randagismo e controllo benessere animale per gli animali d'affezione	11.100	11.425	10.345
Servizio Veterinario Igiene Urbana Animale **	Controllo popolazioni sinantropiche, controllo animali morsiatori e aggressioni	1.005	978	1.070
	Soccorso animali incidentati su strada, attività di coordinamento ed eventi formativi	89	134	57
*UOC Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche è stata attivata con nuovo Atto Aziendale e le attività della suddetta UOC sono state scorporate dall'esistente Servizio Veterinario area A/C al quale erano riconducibili tutte le attività.				
** UOC Servizio Veterinario Igiene Urbana Ambientale è stata attivata da marzo 2018 a seguito nuovo Atto Aziendale				

2.2 Piano Socio-Sanitario Regionale

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

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 multimorbidità 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

Il Piano “[...] 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 Il personale dipendente e convenzionato

L'Azienda ULSS 9 conta **6.165 dipendenti** in aumento di 440 rispetto al 2020 dei quali 405 per il comparto (279 ruolo sanitario, 106 ruolo tecnico e 20 del ruolo amministrativo).

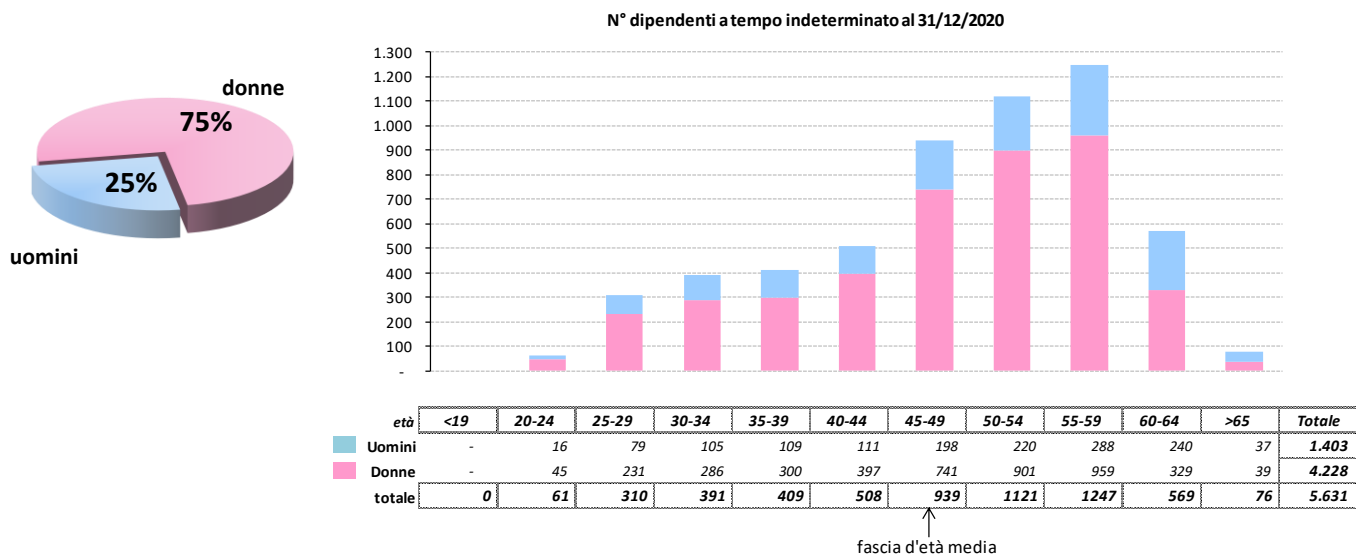
Tabella 41 - Personale dipendente in servizio al 31/12/2021 (Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9)

PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato	Dati al 31 dicembre 2019	Dati al 31 dicembre 2020	Dati al 31 dicembre 2021
Dirigenza medica	833	828	837
Dirigenza NON medica	90	89	116
Dirigenza professionale	5	6	5
Dirigenza tecnica	5	4	5
Dirigenza amministrativa	18	18	17
Comparto ruolo sanitario	2.814	2.991	3.270
Comparto ruolo tecnico	1.079	1.201	1.307
Comparto ruolo amministrativo	616	588	608
TOTALE	5.460	5.725	6.165

Partendo dai dati resi disponibili dal Conto Annuale 2020 (rilevazione censuaria, effettuata annualmente dalla Ragioneria Generale dello Stato ai sensi del Titolo V del d. lgs. n. 165/2001 che prevede, ai fini del controllo del costo del lavoro pubblico, l'acquisizione di informazioni relative alle spese per il personale) si possono elaborare a livello aziendale alcune analisi che aiutano a definire il profilo dei dipendenti e risultano utili ai fini della determinazione del fabbisogno di personale e delle scelte strategiche aziendali.

In particolare la distribuzione del personale a tempo indeterminato per sesso e fasce di età evidenzia una prevalenza dalla componente femminile (75% dei dipendenti), con un totale di 4.228 dipendenti donne e 1.403 uomini. La distribuzione per fasce di età rileva che il 70% del personale ha più di 40 anni con una fascia d'età media 45-49 anni.

Figura 19 – Analisi dipendenti a tempo indeterminato (Fonte Conto Annuale 2020)



Di cui con LAVORO FLESSIBILE

2020	N° dipendenti
Smart working	362,00
Personale soggetto a turnazione*	2.525,00
Personale soggetto a reperibilità*	953,00

* Il dipendente è contato in entrambe le fattispecie qualora queste coesistano

La flessibilità e l'apertura al cambiamento sono i temi da affrontare e le competenze da sviluppare in questo periodo caratterizzato da un futuro incerto e mutevole. Cogliendo l'opportunità emersa nel periodo emergenziale sono stati 362 i dipendenti che nel 2020 hanno lavorato da remoto che sono aumentati nel 2021 fino ad arrivare a n. 395.

Fra questi dal 01/11/2021 si è provveduto con autorizzazione al mantenimento del lavoro agile, nonostante il previsto rientro in presenza, a n. 23 dipendenti con requisiti che corrispondevano a quanto richiesto dal DL 44/2021 .

Al fine di proseguire questa esperienza positiva l'azienda ha adottato il Piano per il Lavoro Agile (POLA) quale modalità organizzativa innovativa della prestazione lavorativa comprendente ogni forma di lavoro affrancato da vincoli legati a luogo e orario, lasciando ai dipendenti maggiore autonomia nel definire le modalità di lavoro a fronte di una maggior responsabilizzazione sui risultati.

Si riporta nella Appendice II "Deliberazione N. 1050/2021 – Approvazione Del Piano Organizzativo Del Lavoro Agile (Pola) – Aulss 9 Scaligera" a pagina VIII l'estratto del POLA aziendale, adottato con DDG 1050 del 23/12/2021, ed i dati elaborati dall'UOC Risorse Umane.

I dipendenti cessati nel 2020 sono stati 393 (56% per pensionamento) mentre le assunzioni a tempo indeterminato nello stesso anno sono state 692.

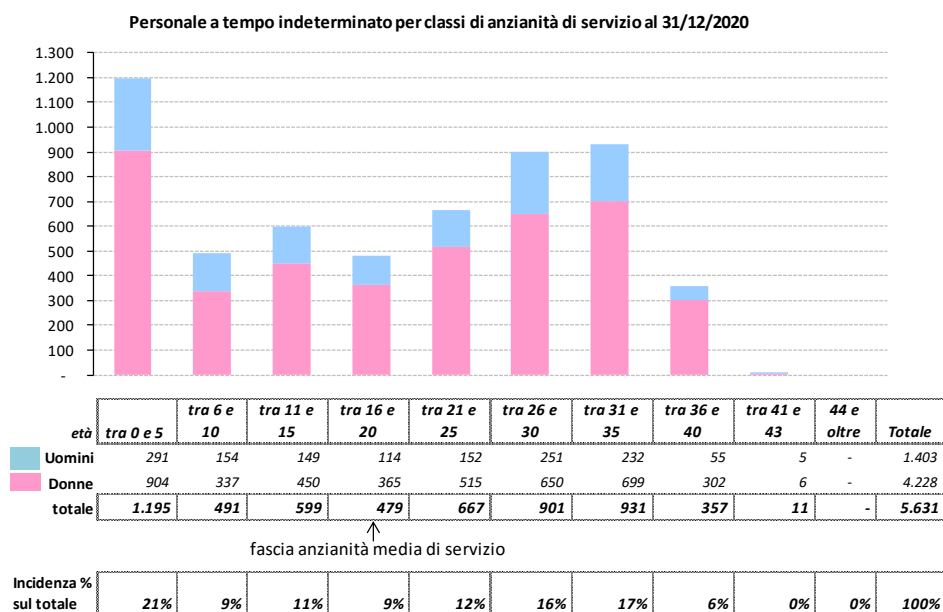
Tabella 42 - Cessati ed assunti a tempo indeterminato nel 2021 (Fonte UOC Gestione Risorse Umane)

CESSATI NEL 2021 A TEMPO INDETERMINATO			
	Uomini	Donne	Totale
Collocamento a riposo per limiti di età	17	17	34
Dimissioni (con diritto a pensione)	53	157	210
Passaggi ad altra amministrazione della sanità	4	10	14
Altre cause	49	131	180
TOTALE	123	315	438

ASSUNTI NEL 2021 A TEMPO INDETERMINATO			
	Uomini	Donne	Totale
Nomina da concorso	171	574	745
Altre cause	8	12	20
Assunzione per chiamata numerica (categorie prof)	3	3	6
Passaggi ad altra amministrazione della sanità	3	16	19
TOTALE	185	605	790

La fascia di anzianità media di servizio si colloca tra i 16-20 anni con un 6% di dipendenti con più di 36 anni di servizio

Figura 20 - Classi di anzianità di servizio (Fonte Conto Annuale 2020)



Le giornate di assenza pro capite retribuite, escluse le ferie, sono state mediamente pari a 22,4 giorni nel 2020.

Tabella 43 - Andamento assenze medie pro capite 2020 (Fonte Conto Annuale 2020)

	N° dipendenti al 31/12/2020	VALORI MEDI ASSENZE nel 2020				
		GG Assenza ferie	GG Assenza retribuite	GG congedi parentali Covid	GG Assenza non retribuite	GG Formazione
Direttori azienda	4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medici	799	28,26	19,21	0,75	4,92	0,13
Laureati Non Medici	83	30,22	19,37	0,27	4,17	0,18
Infermieri	2.266	25,72	23,31	0,79	1,44	0,03
Tecnici Sanitari	675	29,02	21,60	0,88	3,47	0,08
OTAA/OSS	846	24,87	22,53	0,34	1,40	0,00
Ingegnere	6	19,50	2,00	0,00	5,17	0,00
Dirigenti Tecnici Non Sanitari	4	28,50	8,75	0,00	0,00	0,00
Tecnici Non Sanitari	350	27,97	22,67	0,38	1,76	0,03
Amministrativi	598	27,42	24,74	0,52	1,61	0,00
Totale	5.631	26,71	22,41	0,66	2,25	0,04

Il personale convenzionato che lavora sul territorio supera le 1000 unità: **161 medici SAI** (Specialisti ambulatoriali in convenzione), **548 MMG** (medici di medicina Generale) dei quali 88% lavorano in forma associata, **112 PLS** (pediatri di libera scelta) e **130 MCA** (medici di continuità assistenziale). A questo gruppo si sono aggiunti **51 medici delle USCA** (Unità Speciali Continuità Assistenziale) dedicati all'assistenza, non solo domiciliare, dei malati covid.

Tabella 44 - Personale convenzionato al 31/12

Personale Convenzionato al 31.12.2021*	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Medici di medicina generale – assistenza primaria	151	135	87	175	548
Pediatri di libera scelta	26	29	19	38	112
Specialisti ambulatoriali interni	0	0	0	0	161
Medici di medicina generale – continuità assistenziale	40	33	18	39	130
Medici USCA	14	16	9	12	51
Totale	231	213	133	264	1002

*il dato comprende sia i tempi indeterminati che i tempi determinati

L'Azienda, con Delibera del Direttore Generale n. 936 del 30 novembre 2021 con oggetto "Revisione piano triennale dei fabbisogni di personale 2021- 2023 e adozione piano triennale dei fabbisogni 2022 – 2024", 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 2022-2024 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 comunità terapeutiche). Purtroppo questa scelta non è sempre prontamente attivabile a causa della difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali.

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

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

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

- Completamento della internalizzazione della Assistenza Domiciliare Integrata e ADI infermieristica riabilitativa;
- Re internalizzazione dell'attività di OSS operanti nell'UOC Medicina Fisica e Riabilitativa di Bovolone;

- Re-internalizzazione dell'attività infermieristica presso CERRIS e presso le due RSA disabili di Marzana;
- Re-internalizzazione della gestione della Comunità Terapeutica Diurna "L'Argine" per tossicodipendenti attualmente in gestione a cooperativa. Il personale interessato è formato da Dirigenti Psicologi, Educatori e Assistenti Sociali.

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

Si rappresentano di seguito i dati sintetici dell'ultimo Conto Economico complessivo dell'Azienda Ulss 9 Scaligera approvato, relativi sia all'area Sanitaria che all'area Sociale.

Tabella 45 - Conto Economico Consuntivo 2020

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

L'Azienda Ulss 9 Scaligera ha chiuso il bilancio economico consuntivo 2020 con un risultato negativo per oltre 54 milioni di euro.

La ragione della perdita va ascritta alla rilevante distorsione dalle condizioni di ordinario funzionamento dell'Azienda per gli effetti della pandemia globale da Covid-19 che ha funestato la grande parte dell'esercizio 2020. La diffusione del Covid19 e il suo contrasto ha comportato, infatti, l'impiego di ingenti risorse di questa Azienda solo parzialmente coperto da finanziamenti specifici a questo scopo.

Si consideri, inoltre, che il contrasto al Covid-19 ha comportato un significativo indirizzamento di risorse dall'attività ordinaria a quella finalizzata a questa attività di contrasto e che questo elemento si è riflesso anche in una riduzione significativa dei ricavi aziendali connessi alle attività che prevedono una remunerazione specifica.

Gli oneri aggiuntivi ed i mancati proventi che sono derivati a questa Azienda per contrastare la pandemia hanno generato una perdita di 68 milioni.

L'area Sociale risulta in perfetto equilibrio.

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

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

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

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

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

Venendo invece al Bilancio Economico preventivo 2022, si evidenzia come il protrarsi dell'emergenza, nonché l'incertezza sul suo evolversi, ha reso molto complicato effettuare delle previsioni sul 2022, in ragione delle azioni e

degli interventi da porre in essere per contrastare il diffondersi dell'epidemia. La previsione, quindi, ha scontato questo livello di incertezza e ha valorizzato gli elementi noti e probabili.

Si rappresenta di seguito, in forma sintetica, un confronto tra i dati del Conto Economico Consuntivo 2020 e i dati del Bilancio Economico Preventivo 2022 per l'area sanitaria.

Tabella 46 - Confronto CE consuntivo 2020 e BEP 2022 area sanitaria

		Consuntivo 2020	Preventivo 2022	Variazione Preventivo/Consuntivo
A	Valore della produzione	1.732.289.854	1.732.807.049	517.195
B	Costi della produzione	1.765.867.586	1.877.411.059	111.543.473
C	Proventi e oneri finanziari	-216.860	-100.000	116.860
E	Proventi e oneri straordinari	-825.383	-184.431	640.952
Y	Imposte e tasse	20.305.034	23.022.394	2.717.360
	TOTALE	-54.925.010	-167.910.835	-112.985.825

Il risultato di esercizio 2022 evidenzia una rilevante perdita in assoluto ed un peggioramento di quasi 113 milioni di euro rispetto al consuntivo 2020. Ciò deriva principalmente da un incremento dei costi della produzione (+111,5 milioni di euro) e da una sostanziale invarianza del valore della produzione -517 mila euro.

Anche per il 2022 l'impatto economico della gestione dell'emergenza Covid-19 è di notevole entità e riguarda molti aspetti della gestione aziendale.

Complessivamente l'impatto della gestione delle attività correlate al trattamento e prevenzione del Covid-19 ammonta a circa 70 milioni. Nell'esercizio 2020 l'impatto sul risultato era stato di circa 68,6 milioni di euro.

Nella proposta di bilancio sono state rappresentate le previsioni di spesa per il contrasto all'epidemia per le attività già in essere e di cui si ipotizza la prosecuzione nell'esercizio 2022 ma, per l'incertezza sopra ricordata, potrebbero rivelarsi insufficienti o necessarie in misura minore in relazione all'evoluzione della situazione.

2.4.1 Indicatore di Tempestività dei Pagamenti

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

Tabella 47 – Indicatore di tempestività dei pagamenti da sito Amministrazione trasparente in data 21/1/2022

	Indicatore		$\Sigma [(data\ pagamento - data\ scadenza) \times / importo\ dovuto]$	Σ importi pagati nel periodo di riferimento
indicatore primo trimestre	-31,74	=	-8.502.189.158,10 /	267.871.203,48
indicatore secondo trimestre	-34,99	=	-8.057.475.321,91 /	230.264.679,76
indicatore terzo trimestre	-29,83	=	-5.925.398.532,23 /	198.632.461,92
indicatore quarto trimestre		=	/	
INDICATORE TEMPESTIVITA' DEI PAGAMENTI ANNO	-32,27	=	-22.485.063.012,24 /	696.768.345,16

L'indicatore relativo è stato inferiore allo zero in ciascuno dei 3 trimestri e in ulteriore miglioramento rispetto all'anno 2020 (-27,65).

2.5 La normativa di riferimento

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

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

- DGRV n. 1544 del 11 novembre 2021” Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica "Test e screening per SARS-CoV-2 e rafforzamento della campagna vaccinale COVID-19" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii.”
- DGR n. 1117 del 09 agosto 2021 Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica di cui alla D.G.R. n. 727 del 8 giugno 2021 e alla D.G.R. n. 805 del 22 giugno 2021.
- DGRV n. 1061 del 3 agosto 2021 “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73”
- DGR n. 992 del 20 luglio 2021 Approvazione del documento recante "Strategia per il rafforzamento dell'offerta vaccinale nel contesto dei focolai causati da "Variant of Concern" (VOC) di SARS-CoV-2".
- DDG n. 1127 del 31 dicembre 2020; “Approvazione Atto Aziendale ULSS9 Scaligera – Decreto 150 del 22/12/2020 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione Veneto”
- DGR n. 1866 del 29 dicembre 2020 “Recepimento dell'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 - 2025.”
- Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020: "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance";
- DGR n. 1529 del 17 novembre 2020 “Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) “
- DDG 698 del 03 settembre 2020 “Presenza d’atto della DGRV n.1107/2020 relativa alla modifica delle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende ULSS – DGRV n. 614/20 – deliberazione n. 402/2020”
- DGR 925/2021 “Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per il triennio 2021-2023 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto”
- D.L. 73/2021 (art. 27. C. 5) “Esenzione per prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID”
- DGR 317/2021 “Assegnazione di budget per l'attività di riabilitazione extraospedaliera, per il triennio 2021-2023, nei confronti dei Centri e dei Presidi privati accreditati di riabilitazione funzionale (CPRF) dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - ed ulteriori disposizioni

L’assetto degli obiettivi annuali regionali è definito da:

- DDR Area Sanità e Sociale n. 108 del 14/10/2021 “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari l’anno 2021. Modifica delle disposizioni”;
- DGRV n. 958 del 13/07/2021 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021”
- DDR Area Sanità e Sociale n. 80 del 30.07.2021 “Disposizioni per l’anno 2021 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2021”
- DDR Area Sanità e Sociale n. 30 del 23.03.2021 “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari l’anno 2021”.

3 LE LINEE PROGRAMMATICHE

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

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

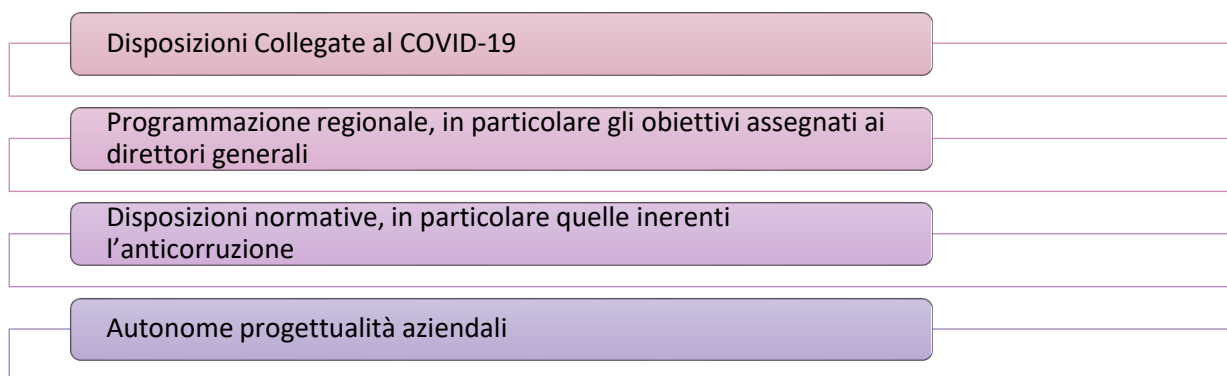
Tuttavia, corre obbligo precisare che, come specificato in introduzione, la programmazione aziendale è stata e dovrà essere rivista alla luce dell'andamento dell'emergenza COVID-19.

In questo contesto l'azienda ULSS 9 definisce la programmazione 2022-2024 compatibilmente con gli "aggiornamenti del Piano di Emergenza" e degli "indirizzi di Fase" emanati dalla Regione Veneto in caso di ulteriore recrudescenza dell'epidemia.

Inoltre pesa sulla capacità organizzativa e di programmazione, la conduzione della campagna di vaccinazione contro COVID-19 rispetto alla quale nel corso del 2021 si sono andati a modificare popolazione target, prodotti di riferimento, numero di somministrazioni necessarie. La stessa efficacia della campagna in termini di prevenzione dei contagi ha avuto una dinamica nel corso del tempo, con un impatto iniziale molto significativo, via via diluito dal presentarsi di nuove varianti e dal calo di protezione dovuto al trascorrere dei mesi.

Pertanto gli obiettivi della consueta pianificazione strategica triennale sono integrati, per quanto possibile, con le misure attuative anticovid, che presumibilmente subiranno nei prossimi mesi nuove revisioni. 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 Aree Strategiche". Gli obiettivi sono inoltre dettagliati in base agli indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione richieste nel Documento delle Direttive 2022", con l'indicazione della Direzione Strategica di riferimento e della Unità operativa "Capofila".

Come indicato nell'introduzione l'articolo 6 del Decreto Legge n.80 del 9 giugno 2021 convertito in Legge n.113 del 6 dicembre 2021 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.). Pertanto, il Piano Performance, unitamente ad altri documenti di pianificazione aziendale, confluirà nel P.I.A.O. La Performance sarà una sottosezione predisposta sempre secondo quanto previsto dal D.lgs 150/2009 ma l'illustrazione rispetterà linee guida specifiche soprattutto al fine di evitare duplicazioni dei contenuti. Si ritiene di poter sottolineare che già nell'attuale piano performance l'azienda vuole esprimere la strategia attraverso cui vuole produrre Valore Pubblico. Infatti, per mantenere e possibilmente aumentare il benessere e la salute della popolazione della Provincia di Verona (misurata in termini di indicatori epidemiologici), l'Azienda eroga i Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata (misurata attraverso i tassi di consumo che devono collocarsi in range di soddisfazione derivanti da politiche nazionali e regionali), e con livelli di qualità soddisfacenti (misurati attraverso gli indicatori previsti annualmente dalla programmazione regionale), impiegando risorse compatibili con la programmazione finanziaria (ovvero garantendo l'equilibrio di bilancio).

3.1 Fonti degli obiettivi strategici dell'ULSS 9

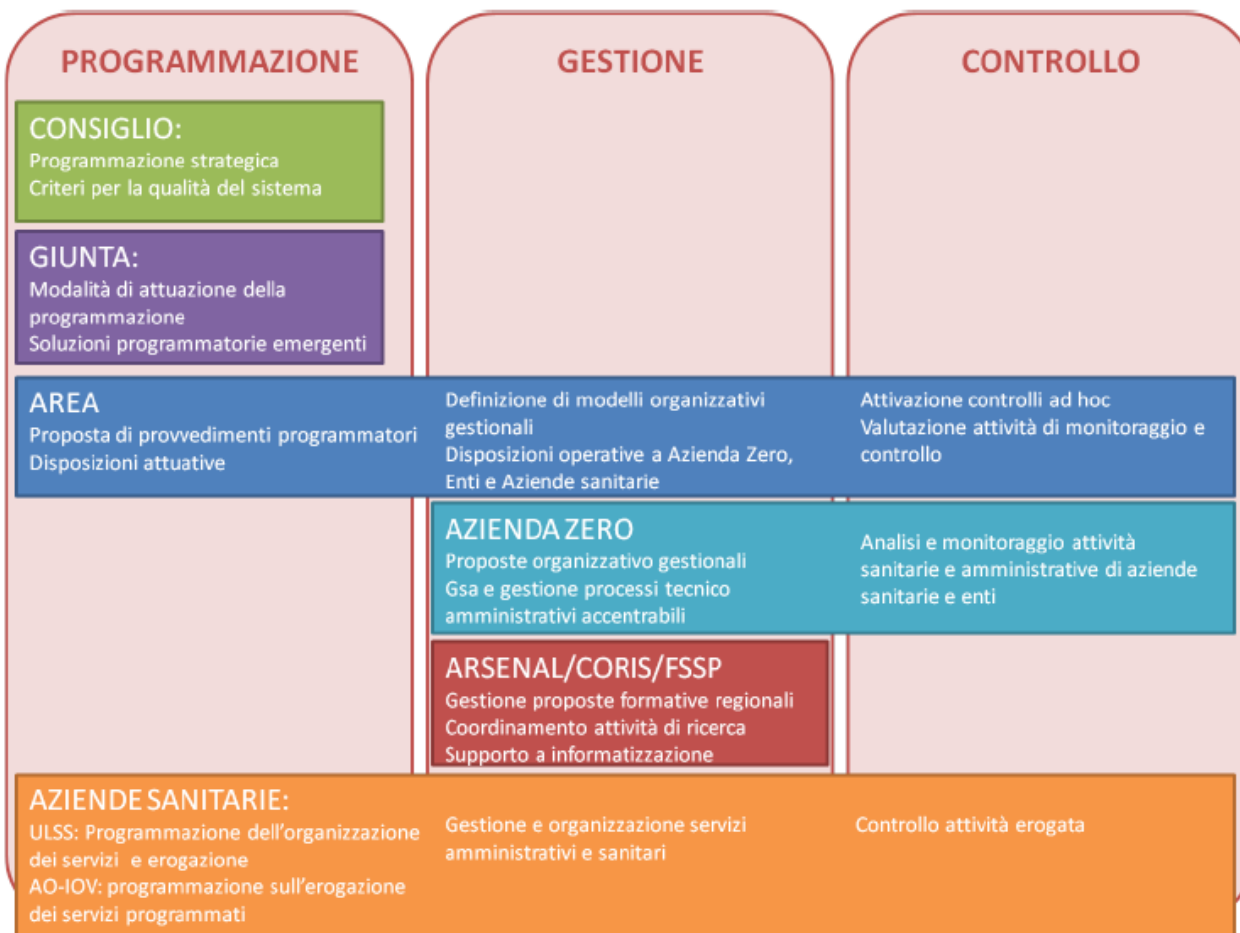
Gli obiettivi che l'azienda persegue all'interno della strategia derivano da molteplici fonti, la maggior parte delle quali sono al di fuori dell'azienda. Le fonti principali sono gli obiettivi stabiliti annualmente per il Direttore Generale (D.lgs. 171/2016 art.2) suddivisi tra obiettivi di Giunta, del Consiglio (anche la Conferenza dei Sindaci valuta il Direttore, e di conseguenza l'azienda, ma senza predefinire specifici obiettivi) e strettamente legati al Piano Socio Sanitario.

3.1.1 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 21 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



3.1.1.1 Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale

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

L'ultima delibera di assegnazione è relativa all'anno 2021 e gli obiettivi assegnati sono contenuti nell'Allegato I della DGR 958/2021 e sono:

PREVENZIONE

- P.A.1 "Attuazione Nuovo Piano ""Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio- Sanitarie Territoriali"" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)"
- P.A.2 Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione anti-influenzale come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020
- P.A.3 Rispetto degli standard di copertura per le vaccinazioni
- P.B.1 "Controllo dei rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)"
- P.C.1 Contenimento della diffusione del virus SARS-CoV- 2 negli ambienti di lavoro
- P.E.1 "Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci"
- P.E.2 Adempimenti LEA Sicurezza Alimentare
- P.F.1 Rispetto degli standard di copertura per screening

ASSISTENZA DISTRETTUALE

- D.A.1 Attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale
- D.A.2 Corretto utilizzo della scheda sanitaria informatizzata
- D.C.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: farmaceutica convenzionata
- D.D.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza integrativa
- D.E.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)
- D.E.2 "Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale"
- D.E.3 "Riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di RMN"
- D.F.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari: assistenza protesica
- D.H.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità dell'ADI
- D.H.2 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità delle cure palliative
- D.H.3 Sviluppo di iniziative per il potenziamento dell'assistenza psichiatrica territoriale
- D.T.1 Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili

ASSISTENZA OSPEDALIERA

- O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)
- O.T.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari
- O.T.2 Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
- O.T.3 Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

PROCESSI DI SUPPORTO

- S.A.1 Rispetto della Programmazione delle risorse al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19
- S.A.2 Efficienza finanziaria

- S.A.3 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID- 19
- S.A.5 "Supporto in termini di assistenza infermieristica ai Centri Servizi per anziani non autosufficienti, DGR 306/2021"
- S.A.6 Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management
- S.A.7 Attività propedeutiche all'attuazione del PNRR
- S.B.1 Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- S.B.2 Attività propedeutiche ad avvio SIO
- S.B.3 Prenotazione online (interoperabilità)
- S.B.4 "Rispetto della completezza e tempestività dei flussi che non costituiscono pre-requisito"
- S.E.1 Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza
- S.F.1 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art 4 co.3 L.R. 21/2010)

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

Inoltre si sottolinea che:

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

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

Tabella 48 – Analisi Indicatori correnti rispetto allo storico

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

Di particolare impatto gli obiettivi:

- **con 11 punti su 60:** P.A.1 "Attuazione Nuovo Piano ""Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio- Sanitarie Territoriali"" (DGR 727 del 08/06/2021, DGR 805 del 22/06/2021 e s.m.i.)"

- **con 12 punti su 60:** D.E.1 Attività di recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021) e l'omologo O.B.1 Attività di recupero delle prestazioni di ricovero non erogate a causa dell'emergenza epidemica (DGR 759 del 25 giugno 2021)

3.1.1.2 **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. 543347 del 19/11/2021 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale è stato reso noto che la V Commissione Consigliare, con riferimento all'anno 2021, 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
- D. Attuazione della Programmazione Regionale
- E. Aziende Ospedaliere di Padova e Verona
- F. Azienda Zero
- G. Tempestività nel dare risposta alle richieste della competente commissione consigliere
- H. Gestione Emergenza Covid

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

3.1.2 **Correlazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2022-2024**

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).

Con la determinazione A.N.AC. n. 1064/2019 di aggiornamento al P.N.A. 2019, è stato introdotto un'allegato metodologico al PNA che fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", al fine di favorire attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa per prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

Si legge nel documento che "la mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione dei rischi, accrescendo le conoscenze dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

Allo scopo di non introdurre ulteriori misure di controllo e di razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali, per migliorare la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati diventa strategico promuovere un lavoro di autoanalisi organizzativa.

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, in particolare deve essere posta attenzione 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 sempre allineate agli obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

E' volontà dell'Azienda individuare annualmente azioni in materia di prevenzione della corruzione e della 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 2022 sono i seguenti:

Anticorruzione:

Aggiornare lo studio dei processi. L'Azienda ritiene rilevante perseguire 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 monitorare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione collegati puntualmente ai processi organizzativi. Con l'aiuto della funzione di Internal Audit viene poi completata la valutazione e la 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 negli anni precedenti, è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Nel corso del 2021 è stato completato lo studio dei principali trenta processi aziendali attraverso corsi di formazione e facilitazione alla comprensione del trattamento dei rischi per i processi considerati rilevanti dal punto di vista corruttivo; come previsto dal P.T.P.C.T..

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".

Rimane importante l'attività per automatizzare la raccolta delle informazioni destinate alla pubblicazione compiuta dal RPCT.

3.1.3 Le altre progettualità aziendali

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

In questa prospettiva emergono gli obiettivi relativi a:

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

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

3.2 Le Aree Strategiche

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

Tabella 49 - Aree strategiche e Macro-obiettivi

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

Nel paragrafo 3.3 "Documento delle Direttive 2022" a pagina 73 sono riportati in dettaglio i singoli obiettivi, comprensivi di indicatori e soglie di soddisfazione che definiscono il quadro aziendale. Nelle pagine seguenti invece si presentano in dettaglio gli obiettivi di recente introduzione o che per importanza strategica meritano un approfondimento.

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

L'importante ripresa dei contagi, l'estensione dell'obbligo vaccinale e l'introduzione del Green Pass rappresentano una sfida per l'ULSS che è chiamata ad affrontare contemporaneamente:

1. l'incremento di attività di tamponamento a fronte delle esigenze del green pass e dei casi sospetti e positivi;
2. l'incremento dell'attività di contact tracing a fronte del diffondersi dei contagi, in particolare nelle scuole;
3. la crescente pressione sugli ospedali con riduzione dell'attività ordinaria per dedicare posti letto e personale al crescente numero di persone positive con patologia acuta;
4. l'incremento dell'attività vaccinale con la richiesta di effettuare la terza dose, l'introduzione dell'obbligo vaccinale per numerose categorie di lavoratori e l'estensione alla popolazione infantile.

È ragionevole proiettare l'attuale prospettiva per i prossimi 12 mesi in quanto ci potranno essere ancora delle ricadute locali e stagionali e si dovrà anche fare attenzione all'insorgere di nuove varianti che potrebbero essere in grado di superare l'immunità fornita dai vaccini.

Le dimensioni organizzative ed i volumi di attività dedicati al contrasto del Covid sono riportate per eventuali approfondimenti nelle seguenti sezioni del Piano Performance:

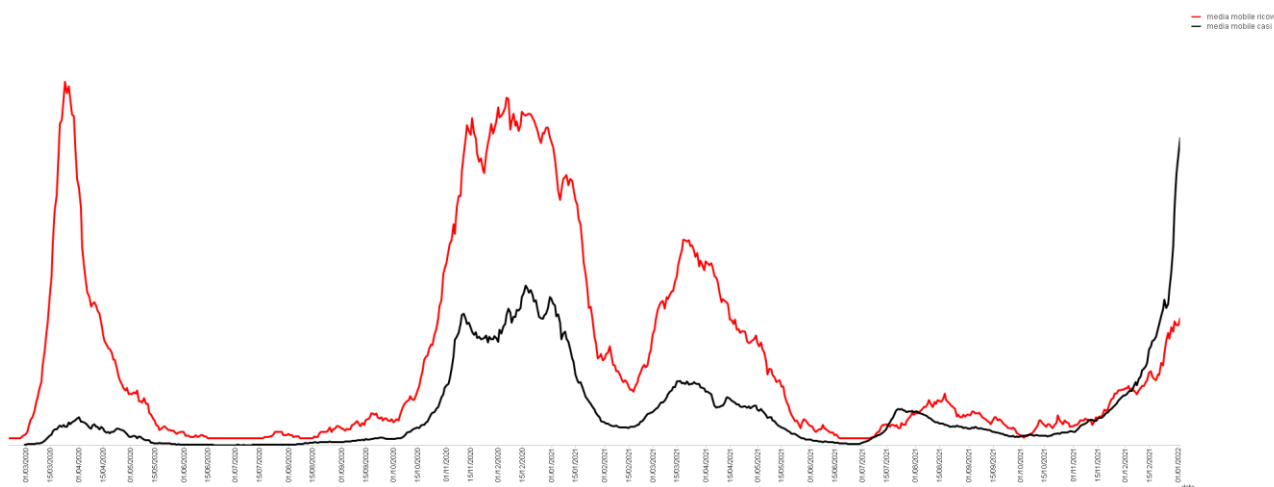
- Riorganizzazione de Posti Letto (Pagina 14);
- Attività di ricovero per casi Covid (Pagina 18);
- Erogazione di Tamponi (Pagina 22)
- Attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA (Pagina 26);
- Contact tracing ed Attività di sorveglianza SARS-COV2 (Pagina 31);
- Somministrazione Vaccini Anti-Covid (Pagina 33)

3.2.1.1 Andamento dell'epidemia nella Provincia di Verona

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

L'andamento della pandemia per la provincia di Verona è illustrata nel grafico sottostante che riporta le medie mobili (su scala differente per permettere il confronto delle curve) del numero di nuovi casi e del numero dei nuovi ricoverati al giorno; è facile evincere che ci sono molteplici picchi di contagio (l'ultimo ancora non raggiunto al momento della stesura di questo testo).

Figura 22 - Andamento casi e ricoveri per Covid-19 al 3 gennaio 2021



Va notato che nel primo picco del 2020 la capacità diagnostica era molto limitata in quanto la disponibilità di tecnologie (tamponi rapidi) e la capacità produttiva dei laboratori non ha permesso di diagnosticare tutti i casi, ma la dimensione del contagio è ben evidenziata dall'andamento dei ricoveri (la linea nera=contagi è molto più bassa della seconda ondata, benché la linea rossa=ricoveri sia paragonabile).

I picchi del 2021 invece mostrano l'effetto benefico della campagna vaccinale con una riduzione sui ricoveri: la linea rossa dei ricoveri cresce molto meno della nera=contagi.

Rispetto lo stesso periodo del 2020, si noti come i contagi diagnosticati dell'ultimo picco sono duplicati (oltre 2.000 nuovi casi al giorno), mentre l'aumento dei ricoveri è ancora sotto i ritmi dei picchi 2020.

3.2.1.2 Piano di Sanità Pubblica della Regione veneto

Con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 la Giunta Regionale ha approvato uno specifico Piano, denominato "Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica", contenente le indicazioni operative in relazione all'emergenza.

Nel corso dei mesi, la D.G.R. n. 344/2020 è stata più volte oggetto di aggiornamento, in considerazione dell'andamento della circolazione del virus SARS-CoV-2.

Gli ultimi aggiornamenti al Piano di Sanità Pubblica della Regione Veneto (DGR 1544 del 11/11/2021), hanno definito le seguenti strategie:

- aggiornamento delle indicazioni sulle tipologie di **test** da utilizzare nei diversi contesti sulla base delle evidenze di letteratura più recenti e delle indicazioni del Coordinamento regionale delle Microbiologie del Veneto;
- rafforzamento dei **programmi di screening** organizzato rivolto a tutti gli operatori delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e agli operatori e ospiti delle RSA e strutture socio-sanitarie territoriali;
- adeguamento delle indicazioni relative all'**accesso** di accompagnatori all'interno di **strutture sanitarie** per tutelare i soggetti fragili che frequentano tali contesti;
- adozione di ulteriori iniziative volte ad incrementare l'adesione alla **vaccinazione**, ed in particolare alla dose booster, per i gruppi target di popolazione che sono a maggior rischio di forme gravi di COVID-19.

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

Secondo gli standard della DGR 850/2021, è obiettivo dell'azienda garantire un numero minimo di tamponi ogni 100.000 abitanti, stimati a giugno 2021 tra i 500 (soglia minima) ed i 600 (soglia ottimale) test al giorno in tutta la provincia, da aggiornare in rapporto allo scenario epidemiologico. Per tutta la Provincia è quindi richiesto di eseguire al minimo 4.611 test/die di cui almeno 1.845 molecolari.

Con il DPCM del 17 giugno 2021 il Governo ha introdotto La Certificazione verde COVID-19 - EU digital COVID certificate, che nasce su proposta della Commissione europea per agevolare la libera circolazione in sicurezza dei cittadini nell'Unione europea durante la pandemia di COVID-19. La Certificazione attesta una delle seguenti condizioni: aver fatto la vaccinazione anti COVID-19, essere negativi al test antigenico rapido nelle ultime 48 ore o al test molecolare nelle ultime 72 ore, essere guariti dal COVID-19 da non più di sei mesi.

Il possesso del cosiddetto Green Pass è divenuto necessario inizialmente per accedere ad esercizi pubblici ed effettuare determinate attività, ma con Decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127 è divenuto necessario anche per poter accedere al posto di lavoro. Questo ha spinto ulteriormente la campagna vaccinale, incentivando la popolazione ad effettuare la 3 dose, e generato un incremento della domanda di tamponi. Il numero di tamponi è infatti fortemente aumentato a partire dall'estate 2021 con la regolamentazione dei tamponi antigenici rapidi effettuati presso le Farmacie Territoriali (DGR 1116/2021), e l'introduzione del Green Pass.

Non è semplice prevedere l'andamento dei tamponi nel prossimo futuro, anche perché nelle fasi di riduzione della circolazione del virus il numero di tamponi scende fisiologicamente. Tendenzialmente però, a parità di diffusione del contagio, si può ipotizzare che la domanda di tamponi sia in crescita e richiederà di predisporre adeguate soluzioni organizzative sufficientemente flessibili da garantire i regimi minimi (che si sono ad esempio registrati nell'estate 2021) ma anche i picchi.

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

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

La soglia regionale non tiene conto dell'impennata di casi registrata a dicembre 2021, con picchi molto superiori al massimo raggiunto nel 2020, a fronte della quale le risorse a disposizione per il contact-tracing si sono rivelate insufficienti. Sarà necessario rivedere le procedure dedicate alla presa in carico dei casi positivi, rendendole flessibili al variare dell'incidenza.

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

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

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

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

Le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o sono dimessi dall'ospedale, per il monitoraggio delle condizioni cliniche, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio, nonché l'esecuzione dei tamponi naso-faringei, in stretta collaborazione con il SISP. Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A. possono 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 9 Unità Speciali di Continuità Assistenziale, attive sette giorni su sette, dalle ore 9:00 alle ore 19:00. Per i pazienti in assistenza domiciliare che abbiano necessità di valutazione da parte dell'USCA, l'accesso viene effettuato con l'infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto.

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

3.2.1.7 **Obiettivo COVID.3.1 Attuazione della Campagna vaccinale anti COVID-19**

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

Disporre di vaccini sicuri ed efficaci anti COVID-19 è il modo migliore per superare la pandemia. La campagna vaccinale, ha preso il via a gennaio 2021 ed ha raggiunto nella popolazione sopra i 12 anni percentuali superiori all'85%.

Tabella 50 - Percentuali di copertura Vaccino anti Covid - aggiornate al 29 dicembre 2021

età	Popolazione Istat Veneto (5+)	Almeno una dose	% copertura Almeno una dose	I Dose	% copertura I Dose	Cicli completi	% copertura Cicli completi
5-11	60.125	4.018	6,7%	3.822	6,4%	196	0,3%
12-19	72.122	56.224	78,0%	3.328	4,6%	52.896	73,3%
20-29	93.212	79.504	85,3%	1.936	2,1%	77.568	83,2%
30-39	106.967	87.308	81,6%	2.075	1,9%	85.233	79,7%
40-49	138.890	113.867	82,0%	1.760	1,3%	112.107	80,7%
50-59	147.689	128.524	87,0%	1.621	1,1%	126.903	85,9%
60-69	109.729	99.284	90,5%	841	0,8%	98.443	89,7%
70-79	89.295	83.215	93,2%	755	0,8%	82.460	92,3%
80+	67.415	67.111	99,5%	790	1,2%	66.321	98,4%
Totale	885.444	719.055	81,2%	16.928	1,9%	702.127	79,3%

All'inizio le strategie si sono concentrate sulla riduzione del numero di decessi e dell'onere gravante sui servizi essenziali per questo sono stati presi in considerazione gruppi prioritari come gli anziani, gli operatori sanitari e le persone il cui stato di salute le rende particolarmente a rischio.

Con l'autunno 2021 la campagna vaccinale ha previsto anche la somministrazione di una terza dose di vaccino, inizialmente a determinate categorie di soggetti e poi, anche alla luce di un quadro epidemiologico in rapido peggioramento, ed al presentarsi di nuove varianti (omicron), a tutta la popolazione. La DGR 1544/2021 in particolare ha porto l'attenzione sulla completa somministrazione delle dosi booster alle popolazione ospite delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, ai soggetti di età ≥ 60 anni (che devono essere soggetti a chiamata attiva)

L'ultimo Piano di Sanità Pubblica indica inoltre che *"E' importante proseguire le attività di vaccinazione contro l'influenza stagionale per tutte le categorie previste dalla Circolare del Ministero della Salute, con particolare attenzione al contesto delle strutture residenziali per anziani. Inoltre, si raccomanda che le Aziende ULSS completino la vaccinazione anti-pneumococcica dei soggetti ospiti delle Strutture residenziali per anziani con la schedula sequenziale, anche definendo una specifica organizzazione per la vaccinazione dei nuovi ospiti."*

Inoltre, in data 1/12/2021 la Commissione tecnico scientifica di Aifa, accogliendo il parere espresso dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema), ha approvato l'estensione di indicazione di utilizzo del vaccino Comirnaty (BioNTech/Pfizer) per la fascia di età 5-11 anni, e di conseguenza a partire dal 16 dicembre è iniziata la campagna vaccinale per i bambini.

età	Dosi aggiuntive / booster	% coperture Dosi aggiuntive / booster	(*) Pop. eleggibile dose aggiuntive / booster	(*) % copertura dosi aggiuntive / booster su pop. eleggibile	Persone non ancora vaccinate	%Persone non ancora vaccinate
5-11	3	0,0%	1	100,0%	56.107	93,3%
12-19	1.444	2,0%	6.455	22,4%	15.898	22,0%
20-29	11.849	12,7%	24.993	47,4%	13.708	14,7%
30-39	14.831	13,9%	28.879	51,4%	19.659	18,4%
40-49	34.040	24,5%	74.788	45,5%	25.023	18,0%
50-59	55.156	37,3%	102.563	53,8%	19.165	13,0%
60-69	56.100	51,1%	85.675	65,5%	10.445	9,5%
70-79	53.250	59,6%	77.539	68,7%	6.080	6,8%
80+	49.852	73,9%	64.756	77,0%	304	0,5%
Totale	276.525	31,2%	465.649	59,4%	166.389	18,8%

Alcune categorie (esercenti professioni sanitarie) sono state soggette ad obbligo vaccinale a partire da aprile 2021 (Decreto-legge 1 aprile 2021 , n. 44). Il Governo ha inoltre esteso la platea dei soggetti sottoposti ad obbligo vaccinale, includendo prima i lavoratori impegnati in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali (decreto legge 10 settembre 2021, n.122) ed infine, dal 15 dicembre, con decreto legge 26 novembre 2021, n. 172, personale amministrativo della sanità, docenti e personale amministrativo della scuola, militari, forze di polizia e personale del soccorso pubblico.

Alla luce della frequente e repentina revisione delle regole alla base della campagna vaccinale, è ragionevole ipotizzare che nel corso del 2022 la pianificazione delle vaccinazioni possa subire ulteriori variazioni di difficile previsione.

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

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

A maggio 2021 è stato in particolare predisposto ed inviato in regione il piano specifico dell'ULSS 9 Scaligera. I lavori si sono conclusi e nei primi mesi del 2022 saranno soggetti a collaudo.

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

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

Per la gestione degli screening per covid-19 l'applicazione (sviluppata a partire dal sistema per la gestione degli screening oncologici) serve per gestire, anche in mobilità, il processo di effettuazione del prelievo, identificazione dei

campioni, integrato con tutti i laboratori analisi e di microbiologia del Veneto, sia per gli esami di microbiologia molecolare, che per esami di sierologia, anche rapidi.

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

Nell'ultimo Piano di Sanità Pubblica si riporta che: *“Per tutti i test effettuati deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria). A tale scopo dovranno essere alimentati tempestivamente, con i dati relativi a tutte le attività di testing, gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel Sistema di Biosorveglianza per Sars-CoV-2.*”

La registrazione puntuale e tempestiva delle somministrazioni della vaccinazione Anti-Covid19 e/o delle eventuali esclusioni attraverso l'applicativo centralizzato denominato SIAVr (web app o interfaccia web), o nel caso dei MMG/PLS attraverso le loro cartelle informatizzate, deve essere garantita al fine di consentire il corretto invio dei flussi che determinano l'adempimento del debito informativo verso il Ministero della Salute e la Struttura Commissariale, nonché la generazione delle Certificazioni Verdi di vaccinazione (Green Pass divaccinazione).”

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

Anche per questo obiettivo, come per l' Obiettivo COVID.1.4: Attuazione di misure per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di Covid-19 (vedi pagina 54), l'impennata dei casi ha evidenziato che servono procedure ed organizzazioni più flessibile per mantenere standard di qualità dei dati anche a fronte di picchi di contagio molto pronunciati.

3.2.2 Area strategica 1: Erogazione dei LEA

PREVENZIONE

3.2.2.1 Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali

L'azienda ha raggiunto le soglie del 95% di copertura previste per esavalente ed MPR (morbillo parotite e rosolia.) in tutti i distretti nel 2019. Questo risultato è stato possibile sia aumentando le ore di sedute vaccinali, attivando strumenti di segnalazione ai Pediatri dei bambini che non risultano vaccinati nei tempi previsti e grazie a campagne informative mirate alla popolazione, attivando tutti i canali di comunicazione, anche social, a disposizione.

Nel corso del 2020 ovviamente i risultati di copertura, pur restando su livelli alti (rispettivamente 95,60% per il ciclo base di esavalente, e 94,90% per la prima dose MPR), hanno risentito degli effetti della pandemia. L'ultima stima riferita al 2021 vede l'azienda assestarsi su percentuali di 95,20% per l'esavalente e 93,80% per MPR. Va evidenziato che il dato 2021 non è direttamente confrontabile con i risultati precedenti, in quanto vi è stata una modifica sostanziale nel metodo di calcolo: laddove fino al 2020 la percentuale era il rapporto tra i vaccinati di una certa coorte e la numerosità della coorte stessa (al netto dei non vaccinabili), ora al numeratore non vengono conteggiati i vaccinati della coorte se hanno ricevuto la dose prevista oltre i 24 mesi dalla nascita. Il SISP ha rivisto l'organizzazione in corso d'anno per poter riallineare il processo di invito a questo nuovo vincolo pertanto gli standard sono raggiunti parzialmente. Le percentuali calcolate con il metodo precedente sarebbero state 96,30% per l'esavalente e 95,93% per MPR, entrambi in aumento rispetto al 2020.

Nel 2022 si prevede di riprendere, non appena possibile, l'elevato il livello dell'offerta per i cicli vaccinali obbligatori e facoltativi con previsione di costi in crescita per l'acquisto di vaccini e raggiungimento degli standard di copertura previsti.

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

3.2.2.2 Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening

Screening oncologici

In merito agli screening oncologici, l'obiettivo resta quello di mantenere o raggiungere le soglie standard del tasso di adesione corretto, che nel 2021 è stato raggiunto solo parzialmente nonostante lo sforzo profuso tramite il Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste d'attesa.

In particolare le soglie previste sono: screening mammografico $\geq 65\%$, screening citologico $\geq 60\%$ screening colon-retto $\geq 60\%$. L'azienda raggiunge la copertura corretta per lo screening del colon-retto, ma risulta sotto-soglia negli altri due.

L'UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute si occupa della programmazione delle campagne e monitora le attività svolte dalle Radiologie, dalle gastroenterologie ospedaliere, dal laboratorio di anatomia patologica e dalle ostetriche dei consultori afferenti alle UOC Infanzia Adolescenza e Famiglia.

Screening PFAS

In merito 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 deve 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 deve garantire in autonomia accertamenti e eventuali interventi di secondo livello del protocollo di screening della popolazione esposta.

L'attività ha subito un rallentamento a causa del Covid, motivo per cui è stata prorogata a tutto il 2022 la convezione che regola i rapporti con Azienda Zero per l'espletamento dell'attività di Screening.

3.2.2.3 Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito dell'Area veterinaria, come da impronta ministeriale (DM 12 marzo 2019), anche la Regione ha assegnato obiettivi per la copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino. In particolare a livello nazionale verrà misurato un indicatore composito per il monitoraggio delle attività di controllo volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso:

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

Per l'anno 2021 in particolare, è stato richiesto di controllare almeno il 3% di aziende bovine totali presenti nella Banca Dati Nazionale - Anagrafe Zootecnica, soglia che ragionevolmente sarà riproposta nel 2022.

Per quanto riguarda specificatamente l'Area Veterinaria però va evidenziata l'**epidemia di Influenza Aviaria** che ha falciato gli allevamenti della provincia sul finire del 2021 e non sembra del tutto sopita, che ha richiesto uno sforzo organizzativo e finanziario molto rilevante.

La programmazione non può non tener conto di un evento eccezionale di questa portata e quindi subirà aggiornamenti alla luce dell'evolversi della situazione.

DISTRETTO

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

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.

Per l'anno 2021 (prorogando la programmazione 2019-2020 sospesa a causa della pandemia) era previsto di raggiungere i seguenti livelli: medici in Medicine di Rete 26%, Medicine di Gruppo 48% e MGI 15% per un totale di 89% medici in associazione; tale obiettivo è stato ritenuto prioritario anche in funzione della gestione della Fase 2 della gestione del Covid-19 (Allegato A DGR 782/2020). L'ultimo dato disponibile rileva 10 medicine di Gruppo Integrate attivate con 91 medici che vi operano (16%) ed un totale di medici in associazione pari all'88%.

L'ambito delle Cure Primarie è peraltro in forte evoluzione con molteplici problematiche dovute alla "gobba pensionistica" dei medici, per i quali si susseguono casi di mancate o tardive sostituzioni ed il presentarsi di aree territoriali che restano scoperte. D'altra parte il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta è stato fondamentale nella gestione della pandemia, con un ruolo significativo nella gestione dei casi sospetti e positivi, ma anche con un contributo nella somministrazione dei test antigenici e soprattutto della somministrazione dei vaccini.

L'implementazione di forme organizzative evolute diventa pertanto un obiettivo centrale per la Medicina di Base.

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

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

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

La misurazione di questo indicatore è peraltro subordinata alla soddisfazione del prerequisito di "corretto invio dei valori dell'IVAQ conseguiti da tutti i MMG", storicamente critico per l'ULSS 9, ovvero che devono essere effettuati

almeno 2 invii del valore da parte di tutti i MMG aderenti all'Accordo regionale di cui alla DGR n. 2172/2017, attraverso il software di cartella di ogni MMG e inviato su apposita piattaforma regionale.

3.2.2.7 Obiettivo 1.2.1: Case della Comunità (PNRR M6C1 – Investimento 1.1.)

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede le cosiddette Case della Comunità o Case della Salute individuando quale luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza socio sanitaria. La Casa della Comunità rappresenta un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso equipe territoriali, come sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Si programma come standard, la presenza di una Casa della Comunità ogni 20.000 abitanti, con le seguenti caratteristiche:

- Superficie di circa 800 mq
- 10-15 ambulatori
- un punto prelievo
- spazi per servizi diagnostici di base (ad esempio ultrasuoni, elettrocardiografia, radiologia, spirometria, ecc.).
- punto di accoglienza, sala d'aspetto
- locali di servizio e spogliatoio del personale

Le strutture deriveranno da ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture già esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire.

Tramite gli stanziamenti di risorse provenienti dal PNRR, secondo la programmazione regionale, l'ULSS 9 Scaligera potrà finanziare l'allestimento di 20 Case della Comunità entro il 2026.

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

Nel 2021 è proseguito l'implementazione del "Piano di attivazione delle strutture di ricovero intermedie" (Ospedali di Comunità, Hospice, Unità Riabilitativa Territoriale) 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:

- a gestione diretta 68 posti letto di Ospedale di Comunità (Isola, Caprino, Nogara, Malcesine), 6 posti letto di Hospice (Bovolone) e 26 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale (Marzana, Bussolengo). Le progettualità sono state presentate nell'ambito del PNRR;
- in strutture private accreditate 24 posti letto di Hospice (O.C.L. Sacro Cuore - Don Calabria, Ipab Istituto Assistenza Anziani) e 20 posti letto di Unità Riabilitativa Territoriale (O.C.L. Sacro Cuore - Don Calabria).

Nel corso del 2020-2021 sono state utilizzate le strutture di Bussolengo come Ospedale di Comunità COVID e di Marzana come riabilitazione post-Covid, nelle more di attuazione della programmazione regionale che prevede l'attivazione degli ODC di Bussolengo (24 Posti letto) e Marzana (12 Posti letto).

La necessità di armonizzare l'utilizzo degli ospedali di comunità di riferimento per gli ospedali di ricovero per acuti è stata confermata anche nel Piano Pandemico -autunno 2021 al fine di potenziare complessivamente l'assistenza. Pertanto, il piano adottato dall'azienda per l'autunno-inverno 2021-2022 individua quali strutture intermedie che possano accogliere precocemente i pazienti post-acuti ma ancora positivi al virus SARS-CoV-2 sono :

-ODC COVID di Bovolone per l'Area est e pianura veronese con afferenza a Legnago;

-ODC COVID di Bussolengo (da riconversione della Medicina) e quota parte ODC Pederzoli per Area Ovest e città afferenza da Ospedale di Villafranca.

3.2.2.9 Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard

La DGR 1075/2017 definisce 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. Nel corso degli ultimi 2 anni è stata perseguita 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 rappresenta inoltre un pilastro nella gestione dei casi positivi al di fuori dell'ambito ospedaliero, ed ha ricevuto ulteriore impulso dalla DGR 782/2020 (Allegato A).

Secondo gli standard di presa in carico (Tasso di pazienti trattati in ADI) stabiliti a livello ministeriale e richiesti a livello regionale, l'Azienda si colloca in una fascia soddisfacente con riferimento ai pazienti che necessitano di un'elevata intensità di cura (4 accessi a settimana) mentre è ad un livello sub ottimale per i pazienti con necessità inferiori.

Si prevedono i seguenti ambiti di sviluppo:

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

OSPEDALE

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

Tra gli obiettivi più rilevanti dell'azienda c'è il recupero delle prestazioni sospese e rinviate durante i picchi pandemici ed il ripristino dei volumi di attività pre-pandemia.

Fino al 15 dicembre 2021 l'Azienda ha perseguito l'obiettivo del Piano operativo aziendale di recupero in tempi congrui, innanzitutto delle liste di attesa sia per i ricoveri ospedalieri che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

Inoltre la regione ha richiesto che, a partire dal mese di luglio 2021, si raggiungessero volumi di prestazioni mensili al pari di quelli garantiti nell'esercizio 2019, o almeno l'evidenza di un trend di crescita costante e con un volume totale di prestazioni del secondo semestre 2021 pari al 90% del volume del secondo semestre 2019.

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

Il Piano, particolarmente sfidante, era sostanzialmente basato sul ripristino dei livelli di attività mensili registrati nell'ultimo esercizio pre-pandemia (2019). L'attuazione del Piano ha previsto l'attivazione di prestazioni aggiuntive, remunerate con risorse finalizzate al recupero delle liste d'attesa, ed il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati.

Dalla seconda metà di dicembre il piano è stato sospeso a seguito della quarta ondata pandemica, pertanto è ragionevole prevedere anche per il 2022 la necessità di rimodulare l'attività programmata in funzione dell'andamento dell'epidemia. La Regione in tal senso ha già provveduto a prorogare a tutto il 2022 il termine entro cui impiegare le risorse dedicate al recupero.

L'andamento del secondo semestre 2022, consolidato fino al mese di ottobre, rileva che per l'attività di ricovero la percentuale di ripristino in termini di valore è del 88% ed in termini di volume 83%, mentre per l'attività specialistica la % di ripristino del valore tariffato è del 98% ed 82% in termini di volumi.

Tabella 51 - Valore Tariffato Ricoveri non urgenti Confronto pre-pandemia

RICOVERI Mese	€				Numero			
	2019	2021	Variazione	Var %	2019	2021	Variazione	Var %
1	2.820.617,46	1.511.561,23	-1.309.056,23	-46%	931	447	-484	-52%
2	3.319.168,36	1.985.142,41	-1.334.025,95	-40%	1.049	585	-464	-44%
3	3.571.100,80	2.548.869,01	-1.022.231,79	-29%	1.126	753	-373	-33%
4	3.319.977,05	2.166.787,04	-1.153.190,01	-35%	1.002	639	-363	-36%
5	3.287.897,64	2.002.777,34	-1.285.120,30	-39%	1.073	659	-414	-39%
6	3.214.231,43	2.805.833,49	-408.397,94	-13%	1.022	865	-157	-15%
7	3.448.612,30	2.837.362,55	-611.249,75	-18%	1.114	866	-248	-22%
8	2.896.629,60	2.709.073,16	-187.556,44	-6%	904	787	-117	-13%
9	3.128.348,99	2.882.519,37	-245.829,62	-8%	1.024	945	-79	-8%
10	3.929.456,40	3.196.365,64	-733.090,76	-19%	1.261	962	-299	-24%

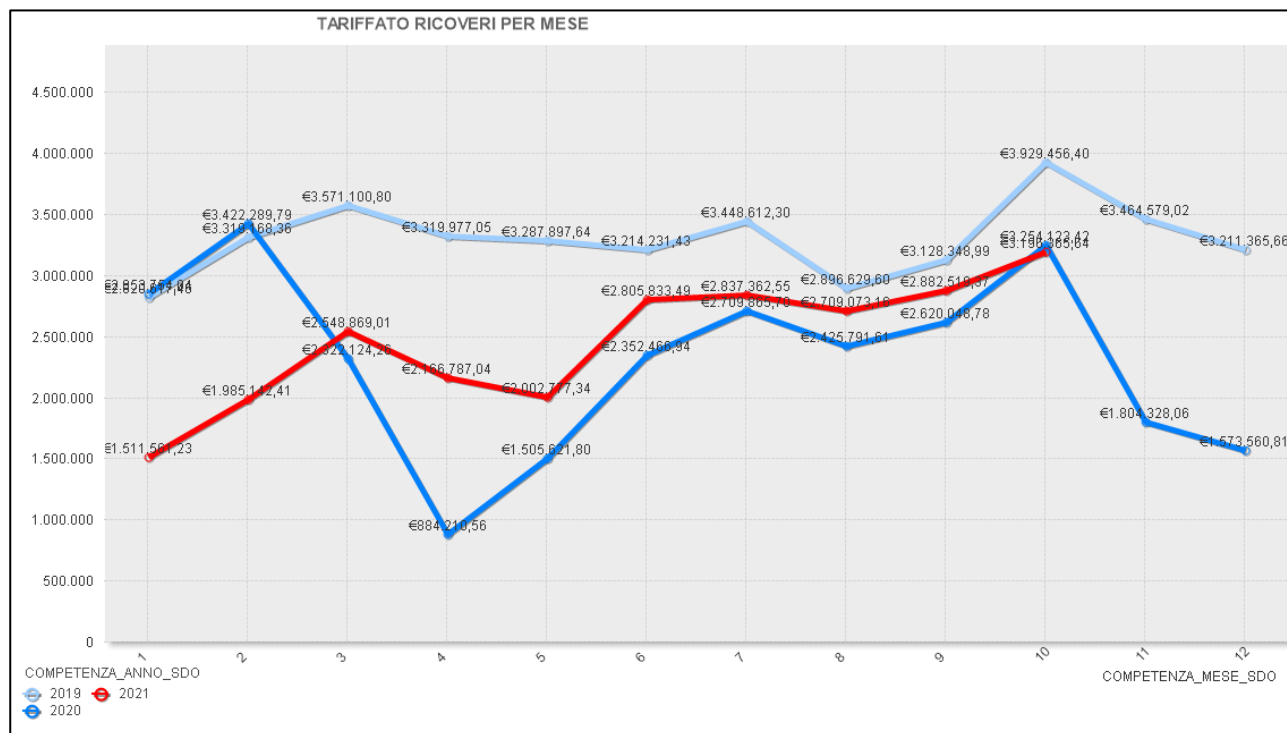
Tabella 52 - Valore Tariffato Prestazioni Ambulatoriali Confronto pre-pandemia

Specialistica	€				Numero			
	Mese	2019	2021	Variazione	Var %	2019	2021	Variazione
1	4.394.236,30	2.735.496,30	-1.658.740,00	-38%	115.227	61.387	-53.840	-47%
2	4.235.281,35	3.384.185,90	-851.095,45	-20%	106.969	74.295	-32.674	-31%
3	4.459.265,60	3.958.988,95	-500.276,65	-11%	111.985	88.082	-23.903	-21%
4	4.155.085,70	3.620.601,45	-534.484,25	-13%	101.749	81.007	-20.742	-20%
5	4.387.510,10	3.738.907,05	-648.603,05	-15%	105.765	79.003	-26.762	-25%
6	4.164.926,45	3.742.399,80	-422.526,65	-10%	98.399	79.306	-19.093	-19%
7	4.256.312,45	3.609.259,75	-647.052,70	-15%	100.856	75.330	-25.526	-25%
8	3.435.565,40	3.978.247,30	542.681,90	16%	84.191	77.796	-6.395	-8%
9	4.280.770,70	4.414.231,40	133.460,70	3%	103.178	90.837	-12.341	-12%
10	4.836.539,30	4.457.210,95	-379.328,35	-8%	117.604	90.494	-27.110	-23%

L'esperienza di gestione delle strutture ospedaliere del biennio 2020-2021 conseguente all'evoluzione dell'andamento pandemico ha innanzitutto evidenziato l'importanza della flessibilità di utilizzo delle stesse in relazione all'emergere dei bisogni sanitari. Alla luce della previsione di sviluppo della curva pandemica per l'autunno inverno 2021-2022 la Regione veneto ha chiesto alle aziende di rimodulare il Piano Pandemico Ospedali per acuti e Ospedali di Comunità già ad agosto 2021. L'azienda ha adottato il piano prevedendo l'attivazione dei posti letto di area critica e di area non critica nei presidi ospedalieri a gestione diretta e privati accreditati. Nel Piano viene rappresentata anche la necessità di mantenere l'erogazione delle prestazioni ordinarie in tutti i presidi ospedalieri provinciali e di ripristinare il volume di attività antecedente la pandemia. Tuttavia l'evoluzione della fase epidemica di dicembre-gennaio 2021-2022 con il rilevante incremento dei casi di infezione da Coronavirus, dei contagi e dei ricoveri impongono tutt'oggi alla regione e alle aziende di riproporre la tempestiva e rigorosa adesione alla pianificazione per fasi subentranti : 5 fasi caratterizzate da interventi di attivazione ed eventuale contestuale riorganizzazione/sospensione dell'attività ordinaria.

Per evidenziare l'impatto che la Pandemia ha avuto sulla normale attività sanitaria, si riportano nei grafici seguenti gli andamenti dell'attività non urgente di ricovero e di specialistica ambulatoriale delle strutture a gestione diretta ULSS, confrontando in termini di valore tariffato gli anni 2019-2020-2021 per mese.

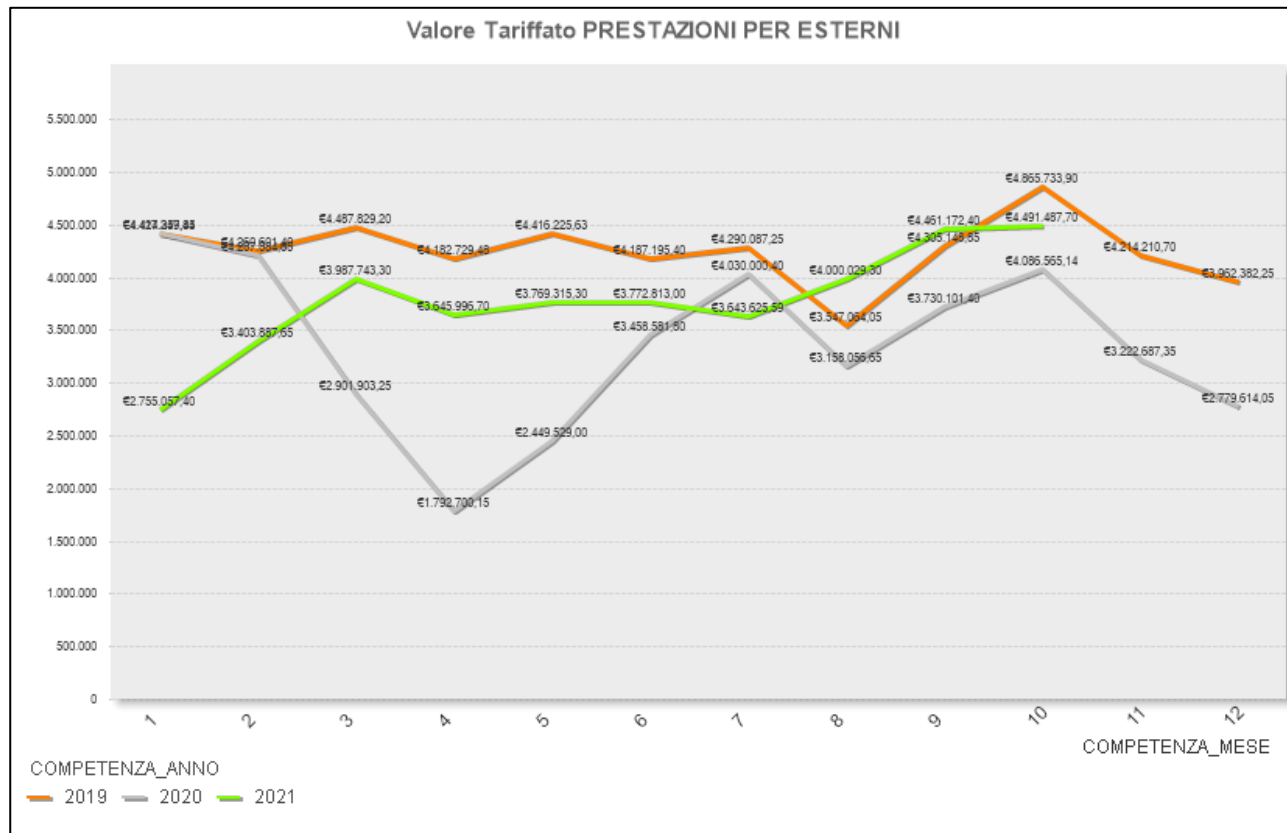
Figura 23 - Andamento mensile valore tariffato ricoveri non urgenti



L'attività erogata in regime di ricovero ha avuto una ripresa marcata a partire dalla primavera 2021 (dopo il picco pandemico di marzo/aprile), senza però riuscire a raggiungere i valori pre-pandemia. Tra le motivazioni di questo andamento vi è principalmente la carenza di anestesisti, che per carenza di offerta è stato impossibile acquisire.

Secondariamente va evidenziato che i lavori di adeguamento strutturale e impiantistico dei reparti di terapia intensiva e sub intensiva per il Covid dell'ospedale di Villafranca hanno consentito il conseguente ripristino del numero dei posti letto e dell'attività di degenza programmata solo a fine ottobre 2021.

Tabella 53- Andamento mensile valore tariffato prestazioni ambulatoriali



Lievemente diverso il discorso per la specialistica ambulatoriale dove a partire da agosto 2021 si sono ripristinati in termini di tariffato i volumi 2019 grazie all'aumento del tariffato per la branche di radioterapia e radiologia, e allo stesso tempo sono diminuite soprattutto le visite di controllo e le prestazioni di riabilitazione, questo spiega il diverso andamento rilevato tra valore del tariffato e volumi di prestazioni erogate.

I mesi di novembre e dicembre elaborati a livello aziendale per la specialistica, confermano il tendenziale recupero nonostante dicembre abbia visto gli ospedali dedicati all'attività covid. Questo andamento si differenzia rispetto all'autunno/inverno 2020/21, l'Azienda dovrà impegnarsi a mantenerlo per mantenere l'attività del primo semestre 2022 in linea con il secondo semestre 2021.

3.2.2.11 Indicatori relativi al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

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

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

L'articolazione e integrazione delle funzioni, delle specialità e dei servizi di diagnosi e cura tra gli ospedali aziendali ha già permesso e permetterà sempre più in futuro di implementare percorsi diagnostico terapeutici finalizzati alla completa presa in carico del paziente evitando così, nel rispetto delle reti tempo dipendenti e 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.

Di seguito si riportano i cosiddetti “Treemap” degli indicatori anno 2019 per i principali ospedali dell’ULSS. La Performance del 2020 è stata influenzata dalla pandemia e risulta peggiore in numerosi indicatori, nella maggior parte dei casi a causa della riduzione della casistica.

Figura 24 - Treemap Ospedale di Legnago (2019)

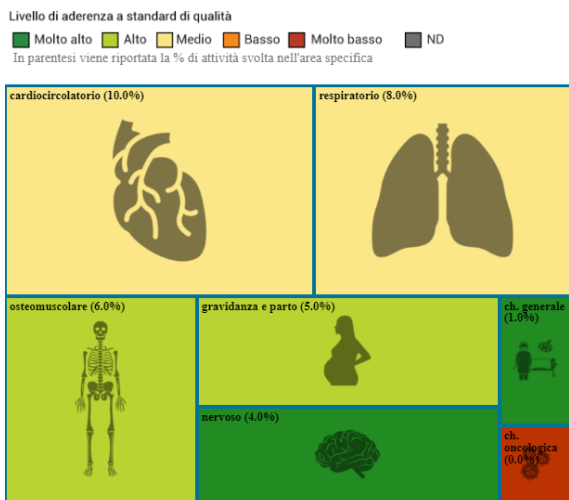


Figura 25 - Treemap Ospedale di San Bonifacio (2019)

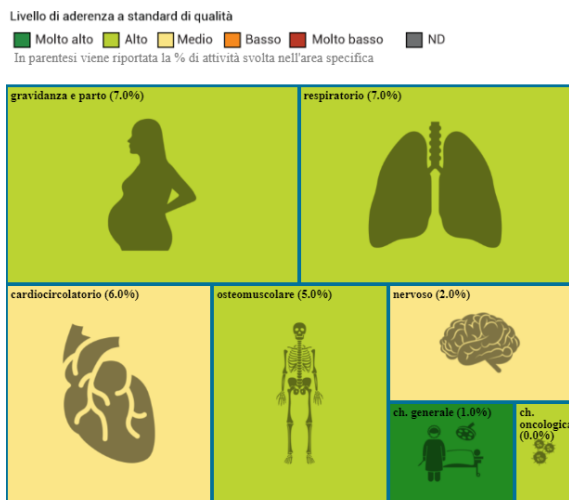
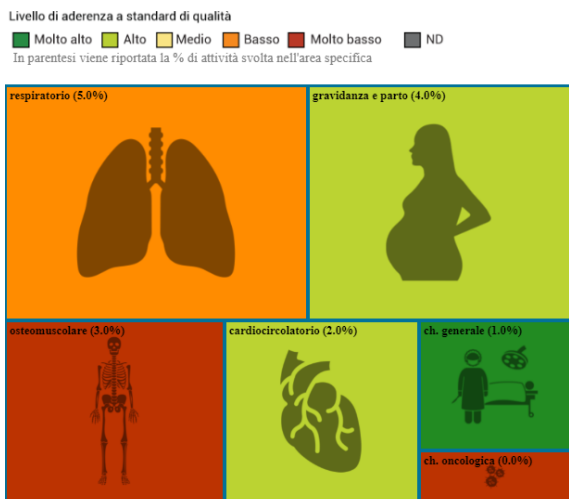


Figura 26 - Treemap Ospedale di Villafranca (2019)



Tra gli indicatori che devono essere migliorati nel 2022 ci sono:

- Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 a Legnago e Villafranca che hanno dovuto ridurre l’attività a causa dei ricoveri covid;
- Pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario a Legnago a causa della carenza di specialisti ortopedici;
- % di parti cesarei primari (strutture con meno di 1000 parti all'anno) a Legnago e Villafranca.

Si confermano invece le buone performance per la percentuale di pazienti con infarto trattati con PTCA entro 2 giorni e la percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore ai 3 giorni.

Di seguito si riportano i dati degli indicatori grezzi nell'ultima stima relativa al 2021.

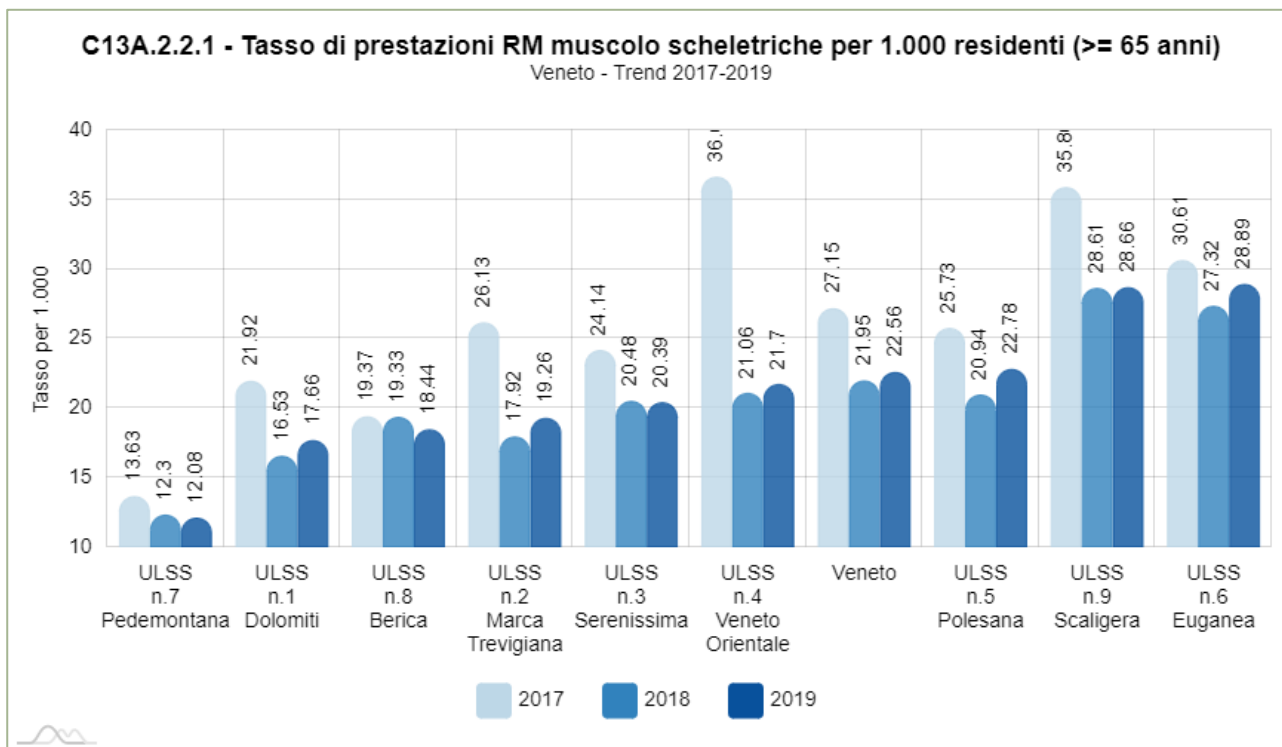
Tabella 54 - Periodo di riferimento: 01/11/2020 - 31/10/2021

Indicatore		05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	N	136	96	12
	Valore	10,3	9,4	41,7
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	N	136	96	12
	Valore	65,4	25	0
Scopenso cardiaco: mortalità a 30 giorni	N	246	206	15
	Valore	7,7	10,2	6,7
Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	N	29		
	Valore	6,9		
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	N	180	70	3
	Valore	7,2	15,7	0
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	N	85	77	52
	Valore	15,3	13	32,7
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	N	115	129	16
	Valore	87,8	89,1	75
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol > 90 casi	N	175	179	27
	Valore	99,4	100	0
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	N	9	8	
	Valore	0	0	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	N	22	16	
	Valore	9,1	6,3	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	N	76	86	20
	Valore	5,3	2,3	5
Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	N	84	130	18
	Valore	9,5	4,6	0
Intervento per TM mammella: % interventi in reparti con vol > 135 casi	N	125	191	21
	Valore	0	90,6	0
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	N	607	1011	150
	Valore	18,6	12,8	16,7
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	N	1077	1894	629
	Valore	0,8	1,2	0,2
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	N	393	455	246
	Valore	0,5	0,7	0,4
Frattura di femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	N	161	180	32
	Valore	29,8	64,4	65,6
Frattura tibia e perone: attesa mediana per intervento chirurgico	N	16	19	7
	Valore	8,5	5	5

Obiettivo 1.4.1: Governo della domanda di Prestazioni Specialistiche

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

Figura 27 - 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.

Servizi Socio-Sanitari

3.2.2.12 Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale

L'area della salute mentale è stata oggetto di notevoli interventi sia a livello di programmazione regionale che di revisione organizzativa aziendale.

Sul piano della programmazione, la DGR 1673/2018 ha definito, sulla base di un fabbisogno stimato per la popolazione residente, le dotazioni di posti letto massime per le ULSS del Veneto e stabilito le tariffe massime applicabili alle differenti tipologie di servizio. La ULSS ha presentato un piano di riorganizzazione che, assieme ai piani delle altre aziende venete, è stato recepito dalla regione con la DGR 1437 del 01.10.2019, con un totale di 364 posti letto suddivisi nelle differenti tipologie di strutture residenziali. Il piano aziendale in particolare prevede,

- l'apertura di una CTRP per giovani affetti da patologie psichiche, in modo da evitare un loro inserimento diretto tra gli adulti dopo il compimento dei 18 anni;
- l'apertura di una CTRP per disturbi "borderline";
- la riorganizzazione delle strutture di Marzana in una Residenza Socio-Sanitaria Psichiatrica (RSSP).

Con DGR 1498/2021 la regione ha deciso di prorogare di ulteriori 18 mesi fino al 30 settembre 2022 il periodo per la completa attuazione della programmazione.

La Regione ha anche individuato degli obiettivi di breve periodo, con la DGR 958/2021 in particolare ha richiesto:

- Definizione di un modello di integrazione dipartimentale aziendale ed interaziendale per l'ottimizzazione della gestione delle guardie attive/reperibilità. In particolare va utilizzato il modello Hub e Spoke in relazione alla casistica dell'utenza ed al potenziale grado di acuzie psicopatologica.

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Graziana Aguzzi

- Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso.

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

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

3.2.2.13 Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani

La Regione con la DGR 306/2021 ha stabilito di supportare in termini di assistenza infermieristica i Centri di Servizi per anziani non autosufficienti. Infatti a fronte della conclusione di diverse selezioni di personale a livello regionale tramite concorso pubblico, una parte rilevante di personale di tali strutture assistenziali sarebbe rapidamente stata assunta dall'ULSS mettendo in crisi il sistema di accoglienza degli anziani. Con DDG n. 1018 del 16/12/2021 sono stati prorogati tutti gli accordi contrattuali con assegnazione del personale infermieristico a tutto il 2022.

Gli obiettivi delle disposizioni regionali sono i seguenti:

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

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

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

3.2.2.14 Obiettivo 1.6.4: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Dipendenze

Con l'obiettivo di implementare una strategia regionale volta a contrastare il fenomeno delle dipendenze nei loro molteplici aspetti, la Regione ha predisposto il documento programmatico denominato "Piano Triennale per le Dipendenze 2020 - 2022". Il Piano si caratterizza come uno strumento d'intervento ad alta operatività volto alla concreta realizzazione, su tutto il territorio regionale ma nel rispetto delle differenze territoriali, di azioni omogenee ed efficaci caratterizzate da elementi di innovatività, costruite ed implementate in sinergia con i diversi Servizi, con un'attenzione specifica a giovani, famiglie e lungo-assistiti.

Nell'ambito dei progetti finanziati dal Piano l'ULSS 9 ha presentato una manifestazione di interesse, per l'Area Trasversale, elaborata dal Dipartimento delle Dipendenze, denominata "R.E.D. – RACCOLTA ED ELABORAZIONE DATI DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE DEL VENETO", in qualità di Azienda Ulss proponente e capofila, prevedendo il coinvolgimento dell'AULSS 2 Marca Trevigiana, dell'AULSS 5 Polesana, Co.Ve.S.T., S.I.R.I.O., ACTI. Il progetto ha l'obiettivo di monitorare in maniera sistematica e costante il fenomeno delle dipendenze nella Regione del Veneto attraverso il Sistema Integrato dei servizi del pubblico e del privato sociale accreditato al fine di fornire un sistema reportistica aggiornato e con massimo grado di attendibilità sull'evoluzione del fenomeno delle dipendenze.

Con la DDC 135 del 19/2/2021 l'ULSS 9 Scaligera ha adottato il proprio Piano composto di 4 differenti progetti denominati:

- "ADOLESCENTI, GIOVANI E FAMIGLIA" con attivazione di servizi innovativi e la ricerca della massima integrazione con le altre articolazioni (IAF, Salute mentale);
- "MARGINALITA' AL CENTRO" con interventi tesi a prevenire la cronicizzazione e la marginalizzazione delle persone interessate da dipendenza;
- "GO-SAFE" con interventi formativi/informativi per agire direttamente nei luoghi di consumo
- "TELEMEDICINA VR.9"; interventi di prevenzione secondaria, diagnosi, cura, riabilitazione e monitoraggio della dipendenza.

3.2.3 Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria

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

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

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

Tabella 55 - Rispetto dei limiti di costo 2020 e stima rispetto nel 2021 con dati relazione agli scostamenti III CECT

Tetto	Rispetto 2020	Ultima Stima rispetto 2021 (relazione scostamenti III CECT)
Costo del Personale	Rispettato	
Costo Acquisto diretto di Farmaci	Rispettato	Rispettato
Costo dei Dispositivi medici (no IDV)	Rispettato	Rispettato
Costo degli IVD	Rispettato	Non Rispettato
Costo Farmaceutica Convenzionata	Non Rispettato	Non Rispettato
Costo Pro-capite pesato diretta classe A-H	Non Rispettato	Non Rispettato
Costo pro-capite Protesica maggiore	Non Rispettato	Non Rispettato
Costo pro-capite Assistenza integrativa	Non Rispettato	Non Rispettato
Costo DPC Farmaci	n.d.	Rispettato
Costo DPC Dispositivi	n.d.	Non Rispettato

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

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

Tabella 56 - Analisi consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale

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

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

Indicatore 1: riduzione >10 % del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale nel 2020 rispetto al 2016

Fonte dati: convenzionata e DDF3

ddd: utilizzata anagrafica Sant'Anna perché per gli antibiotici più aggiornata rispetto a quella ministeriale

Viene di seguito riportata la formulazione dei limiti di costo e dei valori pro-capite dei beni sanitari validi nel 2021 per l'AULSS 9. La Regione non ha ancora definito i tetti per l'anno 2022, ma ove presenti si riportano in tabella i valori indicati per la redazione del BEP; negli altri casi, fino a nuove disposizioni, si ritiene confermato il valore limite per il 2021.

Tabella 57 - Limiti di Costo 2021 Decreto n.80 del 30 luglio 2021 e n.108 del 14 ottobre 2021

TETTO 2021 PREVISIONI 2022 (Allegato A alle istruzioni BEP 2022)

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Graziana Aguzzi

FARMACI ACQUISTI DIRETTI	€ 53.166.186	€ 58.310.352 (inclusivo dei farmaci innovativi e dei costi Covid che non sono inclusi nel tetto)
DISPOSITIVI MEDICI (esclusi IVD)	€ 25.792.558	€ 27.082.186
IVD	€ 7.581.981	€ 7.961.080
FARMACEUTICA Convenzionata	€ 90.167.374	€ 89.334.245
PROTESICA PRO-CAPITE	€ 9,70	
INTEGRATIVA PRO-CAPITE	€ 16,40	
PERSONALE	€ 292.752.971	€ 292.752.971
DPC Farmaci	€ 31.044.116	
DPC Dispositivi Medici	€ 3.022.735	

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

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

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

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

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

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

3.2.4 Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi

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

Gli investimenti nell'area informatica che l'azienda ha individuato come prioritari nel Piano Investimenti 2020-2022 , in parte già autorizzati e finanziati CRITE, riguardano importanti interventi relativi alla ristrutturazione della rete informatica e alla copertura wifi delle strutture ospedaliere e di residenzialità extra ospedaliera, l'acquisizione di carrelli e pc portatili per le unità di degenza e gli ambulatori in quanto adeguamento hardware indispensabile per il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero, l'implementazione del Fascicolo sanitario Elettronico (FSEr).

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

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.

3.2.4.2 Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, 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.

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

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

Superata la fase iniziale e prodromica avviata nel 2020 l'Azienda ha presentato nel 2021 uno specifico piano aziendale di implementazione delle attività previste per l'avvio del SIO, con valutazione del raggiungimento degli obiettivi intermedi previsto al 31/3/2022:

- Acquisizione / adeguamento repository
- Migrazione documenti
- Migrazione dei dati clinici strutturati
- Gestione integrazioni SIO/sistemi aziendali
- Il piano prevede per ogni azione, il responsabile e le date di inizio/fine.

Si sottolinea l'importante impegno aziendale per garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro tematici SIO clinico e architettura nonché ai gruppi tematici aziendali per aree di processo (emergenza urgenza, ricovero, percorso chirurgico, percorso ambulatoriale, percorso clinico/gestione documentale, percorso del farmaco).

3.2.5 Area strategica 4: Organizzazione Aziendale

3.2.5.1 Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line

La progettualità regionale sulle prenotazioni on-line, tesa a permettere di rendere autonomo il cittadino nella gestione delle proprie prenotazioni di prestazioni sanitarie, ha individuato i principali obiettivi già nel biennio 2020-2021, con una valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi nel 2022.

Tra gli aspetti, quasi interamente tecnici, che la Regione valuta per verificare la qualità dei servizi implementati ci sono:

- La Stabilità e performance dei servizi interoperabilità CUP, eliminando o comunque minimizzando gli impatti dei "disservizi", ovvero le situazioni in cui la piattaforma online dia esito negativo ("fatal-error") al tentativo di effettuare una prenotazione, o comunque non risponda per più di 30 secondi (NC).
- Il Monitoraggio di utilizzo transazione MEF-20, ovvero che tutte le transazioni siano correttamente registrate nei sistemi regionali (ovvero la MEF-20 risulta essere stata effettuata)

- Il tempo di ripristino degli eventuali disservizi dovrà essere inferiore a 24 ore e la durata cumulativa dei disservizi registrati dovrà essere inferiore a 48 ore.
- Rispetto dei requisiti minimi di accessibilità relativamente alla documentazione resa disponibile in formato digitale (PDF) dalle Aziende all'assistito che abbia effettuato una prenotazione non a sportello

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

La Regione intende fare un investimento formativo sul tema del Project management, Operations management e Lean management al fine di snellire, rendere più efficienti e mettere in sicurezza i processi aziendali. Pertanto ha chiesto per il 2021 di partecipare a corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzati al recupero liste attese, ed applicarne i principi in un Progetto di miglioramento dell'utilizzo delle sale operatorie. Al fine di implementare un sistema di indicatori regionale risulta fondamentale la misurazione nei gestionali di sala operatoria dei seguenti tempi: Tempo ingresso in blocco; Tempo di induzione anestesia; Tempo di ingresso in sala; Tempo inizio incisione; Tempo di fine sutura; Tempo uscita sala; Tempo uscita blocco.

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

Questa progettualità ha subito nel 2021 una battuta d'arresto in quanto i corsi previsti non sono stati attivati e, soprattutto, l'implementazione nei vecchi gestionali di sala operatoria della rilevazione dei tempi richiesti avrebbe significato un investimento di scarso respiro in quanto con l'avvio di SIO tutti i sistemi saranno rimpiazzati. Ci si può aspettare però che con la fine dell'ultima ondata di contagio e la progressiva adozione del nuovo SIO, anche questo obiettivo torni ad essere centrale e, presumibilmente esteso anche ad altri ambiti assistenziali che possono giovare di una revisione "lean" delle procedure.

3.2.5.3 Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR

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

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi.

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

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

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

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

3.3 Documento delle Direttive 2022

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

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

In tabella sono marcati con sfondo verde gli indicatori derivanti dalla DGR 958/2021 (obiettivi assegnati per l'anno 2021), rispettivamente in giallo ed in arancione quelli della DGR 1406/2020 (Obiettivi 2020) e della DGR 248/2019 (Obiettivi 2019) che si ritiene vadano mantenuti per la verifica della strategia aziendale nel triennio 2022-2024.

LEGENDA

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

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

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Area Strategica COVID: Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid										
Macro-obiettivo COVID.1 Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione	Obiettivo COVID.1.4: Attuazione di misure per interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di Covid-19	DGR 958/2021 P.A.1.1	Garantire un'adeguata attività di test per la ricerca di SARS-CoV-2: rispetto dei volumi ottimali di test giornalieri ogni 100.000 abitanti in rapporto allo scenario epidemiologico	-	540 test/die per 100.000 abitanti di cui 315/die molecolari (media set-dic 2020, dopo avvio impiego antigenici)	1050 (lug-nov 2021)	600 test/die per 100.000 abitanti (di cui 240=40% molecolari)	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.1.2	Rafforzare le azioni di contact tracing	-	33,21% dei casi con data inizio tra il 1/10 ed il 31/12/2020 ha almeno un contatto identificato	32,66%	≥ 70%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
	Obiettivo COVID.1.5: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	DGR 958/2021 P.C.1.1	Controllo e promozione dell'attuazione delle misure di contenimento del virus SARS-CoV-2 nelle attività produttive	-	25% (Fonte SPISAL ULSS 9)	10% a settembre 2021	≥ 15%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SPISAL
Macro-obiettivo COVID.2 Potenziamento dell'assistenza territoriale	Obiettivo COVID.2.1 Efficacia del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale di cui al DL 34/2020 e alla DGR 782/2020 (Assistenza domiciliare, USCA, COT)	DGR 958/2021 D.A.1.1	Presentazione della relazione sulle attività svolte da ciascuna USCA	-	L'Azienda ha presentato tutte le relazioni richieste	100%	Si entro i termini previsti	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione H3	Numero di USCA attivate/USCA Programmate	-	8 su 16 (=50%)	9 su 16 (=56%) al 30/9/21	>50%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione H3	Numero medici USCA incaricati/Fabbisogno	-	48 su 107 (=45%)	55 su 107 (=51%) al 30/9/21	>30%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione H3	Numero di pazienti in carico/Medico USCA	-	42 (media mensile ott-dic 2020)	1.633 pazienti = 30 medi a medico al 30/9/21	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo COVID.2 Potenziamento dell'assistenza territoriale	Obiettivo COVID.3.1 Attuazione della Campagna vaccinale anti COVID-1	DGR 958/2021 P.A.1.4 e V Commissione H4	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione over 60	-	-	80,6%	≥ 80%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.1.5	Efficienza nel processo vaccinale: utilizzo della 7° dose vaccino Comirnaty – BioNTech/Pfizer	-	-	44%	≥ 30%	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOC SISP
Macro-obiettivo COVID.4 Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti	Obiettivo COVID.4.1 Contenimento contagi nelle strutture residenziali	DGR 1406/2020 D.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	Obiettivi 2021 assegnati V Commissione H1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	-	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	100% di quanto previsto dal piano	Coerente con il Piano Pandemico	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione H2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	-	-	82% a ottobre 2021	100%	100%	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 958/2021 S.A.3.1	Stato di avanzamento dei progetti di lavori edilizi e impiantistici per l'attivazione Piano Terapie Intensive e Sub Intensive DL 34	-	Rispetto delle richieste regionali	100%	raggiungimento del livello di attuazione del DL 34 previsto da ciascuna azienda aggiornato al 30 maggio 2021	/	DA	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Macro-obiettivo COVID.7 Sistema informativo COVID-19	Obiettivo COVID.7.1 Sistemi Informativi Covid	DGR 958/2021 P.A.1.3 e V Commissione H6	Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19	-	77% di casi sintomatici con inserimento della data di inizio sintomi	71%	≥ 60%	/	DS	UOC SISP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Area Strategica 1: Erogazione dei LEA										
Macro-obiettivo 1.1 Prevenzione	Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	DGR 958/2021 P.A.3.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,50%	95,60%	95,10%	≥ 95%	tutte ≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.3.2	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95,90%	94,90%	93,70%	≥ 95%	≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.2.1	Copertura vaccinazione anti-influenzale nella popolazione di età ≥ 60 anni	57,02% (copertura ≥ 65 anni)	54,90%	53,30%	≥ 75%	≥ 75%	DS	UOC SISP
		DGR 958/2021 P.A.2.2	Copertura vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari	-	37,50%	-	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOC SISP
	Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening	DGR 958/2021 P.F.1.1	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening mammografico	61%	54%	52%	≥ 65%	≥ 65%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 958/2021 P.F.1.2	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening citologico	53%	33%	56%	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 958/2021 P.F.1.3	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening colon-retto	51%	54%	76%	≥ 60%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 2133/2016 e s.m.i.	Esecuzione delle attività previste dal Piano di sorveglianza sanitaria sulla popolazione esposta ai PFAS	Eseguita	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Riavvio dell'attività	Rispetto della programmazione	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
	Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro	DGR 958/2021 P.B.1.1	REACH: Copertura delle principali attività volte a verificare le garanzie di sicurezza d'uso dei prodotti chimici per i lavoratori, i consumatori e l'ambiente	-	-	100%	≥ 95%	≥ 95%	DS	UOC SPISAL
	Obiettivo 1.1.4: Esecuzione dei Piani di sorveglianza sanitaria e di sicurezza alimentare	DGR 958/2021 P.E.1.1	% aziende bovine controllate per anagrafe	3%	7,39%	2,13% a ottobre 2021	≥ 3% delle aziende	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
DGR 248/2019 P.E.1.2		% aziende ovicaprine controllate per anagrafe	2,20%	5,67%	-	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 3% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)	
DGR 248/2019 P.E.1.3		% capi ovicaprini controllati per anagrafe	9,90%	10,67%	-	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)	
DGR 248/2019 P.E.1.4		% aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	0,80%	1,00%	-	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 90%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)	
DGR 248/2019 P.E.1.5		% aziende equine controllate per anagrafe	3,10%	Assegnazione Sospesa	-	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	≥ 5% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino al 60%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)	
DGR 248/2019 P.E.1.6		% allevamenti apistici controllati per anagrafe	0,40%	0,12%	-	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	≥ 1% delle aziende in BDN (punteggio parziale fino a 70%)	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)	
DGR 958/2021 P.E.2.1		Esecuzione di almeno una verifica di efficacia in tempo reale (supervisione) per i Servizi SIAN e SIAOA	-	-	100%	SI	SI	DS	Direzione Dipartimento di prevenzione	

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"	
Macro-obiettivo 1.2 Assistenza Territoriale	Obiettivo 1.2.1: Esecuzione del Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie	DGR 1406/2020 D.T.1.1	Adeguamento della Centrale Operativa Territoriale (COT) alle disposizioni operative previste dalla DGR n.1103 del 6 giugno 2020	n.d.	Rispetto delle richieste regionali	-	% disposizioni rispettate >90%	Secondo Programmazione Regionale	DS	Direzione della Funzione Territoriale	
		DGR 1406/2020 D.H.4.1	Introduzione progressiva dell'infermiere di famiglia (DGR n. 782/2020, DGR n. 1103/2020)	n.d.	Rispetto delle richieste regionali	-	Secondo Programmazione Regionale	Secondo Programmazione Regionale	DS	Direzione della Funzione Territoriale	
	Obiettivo 1.2.2: Attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate	DGR 958/2021 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		Il parametro è soddisfatto (Fonte: Direzione della Funzione Territoriale)	-	100%	100%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.A.2.1 PRE	% MMG aderenti all'accordo sull'informatizzazione che inviano i valori IVAQ		32%	100%	60%	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 2021 assegnati V Commissione B1	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità		Apertura ODC, San Bonifacio	Apertura ODC di Valeggio	Apertura ODC Le Betulle	Apertura ODC di Isola, Caprino, Nogara, Malcesine	Secondo Programmazione	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione B1	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Hospice		Attivato Hospice Peschiera	-	-	Apertura Hospice di Bovolone, Negrar	Apertura Hospice di IAA	DS/DA	UOC Cure Palliative
	Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 958/2021 D.H.1.1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)		3,41	3,22. (DWH Regionale)	3,40	≥ 4 (punteggio parziale se $\geq 2,6$)	≥ 4 (punteggio parziale se $\geq 2,6$)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.1.2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)		2,28	2,18 (DWH Regionale)	2,20	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$)	$\geq 2,5$ (punteggio parziale se $\geq 1,9$)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.1.3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)		2,52	2,43 (DWH Regionale)	2,40	≥ 2 (punteggio parziale se $\geq 1,5$)	≥ 2 (punteggio parziale se $\geq 1,5$)	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard	DGR 958/2021 D.H.2.1	% deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative		38,20%	48% (DWH Regionale)	48%	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$)	$\geq 55\%$ (punteggio parziale se $\geq 35\%$)	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 248/2019 D.H.3.2	% Malati oncologici deceduti in ospedale		33,60%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	$\leq 20\%$	DS	UOC Cure Palliative

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 1.3 Assistenza Ospedaliera	Obiettivo 1.3.1: Erogazione dell'Attività di Pronto Soccorso secondo gli standard	DGR 248/2019 O.A.1.1	Durata di accesso in Pronto Soccorso	04:50	04:51	05:12 (ad ottobre 2021)	≤ 4 ore	≤ 4 ore	DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso
	Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard	DGR 958/2021 O.T.2.1	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	83,78%	81%	83%	> 90%	> 90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.2.4	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	90,45%	89,6% (DWH Regionale)	92%	>90%	>90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.2.2	% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	62,17%	Villafranca (53,33%) e Legnago (49,40%) sono sotto la soglia (DWH Regionale)	58%	> 80%	> 80%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.2.3.1	% di parti cesarei primari se > 1.000 parti all'anno	Positivo	Tutti gli ospedali entro soglia (DWH Regionale)	20%	≤ 25%	≤ 25%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
			% di parti cesarei primari se < 1.000 parti all'anno		Villafranca (20,14%) unico ospedale sopra la soglia (DWH Regionale)	17%	≤ 20%	≤ 20%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione C2	Attivazioni reti cliniche e tempo dipendenti e loro mantenimento.	Soddisfatto	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	Mantenimento	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
Macro-obiettivo 1.4 Prestazioni Specialistiche	Obiettivo 1.4.1: Governo della domanda di Prestazioni Specialistiche	DGR 958/2021 D.E.3.1	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti con più di 65 anni.	82,25	67,6 (elaborazione CDG)	76,84	valore compreso tra 40‰ e 60‰	valore compreso tra 40‰ e 60‰	DS	UOS Specistica

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	DGR 958/2021 D.E.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali nel rispetto dei tempi di attesa, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	-	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	100% di quanto previsto dal piano	Coerente con eventuale persistenza dell'empidemia	DS	UOS Specistica
		DGR 958/2021 D.E.1.2 e V Commissione H2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	-	-	83% ad ottobre 2021	100%	100%	DS	UOS Specistica
		DGR 958/2021 D.E.2.1 e V Commissione C1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	98%	98%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 958/2021 D.E.2.1	% prestazioni in classe B (su totale traccianti classe B, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	99%	99%	98%	≥ 95%	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.3	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	99%	99%	99%	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.4	% prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*+G2**) con tempo di attesa come da normativa	99%	95%	-	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 248/2019 D.E.1.5	% prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa	98%	100%	99%	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%	98%	-	Recupero prestazioni sospese	≥ 95%	DS	Direzione della Funzione Territoriale
	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 958/2021 O.B.1.1	Attuazione strumenti straordinari per corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni di ricovero ospedaliero nel rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, come da aggiornamento del Piano Operativo Regionale recupero delle liste di attesa	-	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	L'Azienda ha ottemperato alle disposizioni relative al Piano Operativo	100% di quanto previsto dal piano	Coerente con il Piano Pandemico	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
		DGR 958/2021 O.B.1.2 e V Commissione H2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 da luglio 2021	-	-	82% ad ottobre	100%	100%	DS	Direzione della Funzione Ospedaliera

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 248/2019 O.T.2.1	% DRG chirurgici oncologici con rispetto tempo di attesa	94%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥90%	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
		DGR 248/2019 O.T.2.2 (19)	% DRG chirurgici non oncologici con rispetto tempo di attesa	82%	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	Assegnazione Sospesa	≥85% primo semestre; ≥90% secondo semestre	DS	Direzioni Mediche Ospedaliere
Macro-obiettivo 1.6 Attività Sociosanitaria e Sociale	Obiettivo 1.6.1: Attività Sociale	Piani di Zona	Rispetto degli impegni assunti tramite la sottoscrizione dei Piani di Zona	Si	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Approvazione "Piano di Zona Straordinario" Entro il 28/2/2021	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Ripianificazione e rispetto dei Piani	DSS	UOC Sociale
	Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale	DGR 958/2021 D.T.1.1	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria	5,16	9,8 (dato grezzo Fonte:CDG)	4,45%	< 4	< 4	DSS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 958/2021 D.H.3.1	Attuazione di strumenti di integrazione dipartimentale, aziendale ed interaziendale, in particolare per quanto concerne le reperibilità e/o le guardie attive dei medici specialisti	-	-	-	Si, relazione nei termini previsti	Si, relazione nei termini previsti	DSS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 958/2021 D.H.3.2	Promozione della telemedicina per televisite e teleconsulti, in particolare per prestazioni urgenti, in stretta collaborazione con le Direzioni Mediche ed i Pronto Soccorso	-	-	-	Si, relazione nei termini previsti	Si, relazione nei termini previsti	DSS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
	Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani	DGR 958/2021 S.A.5.1	Rispettare la programmazione CRITE relativa alle assegnazione di risorse alle RSA di competenza territoriale	-	-	100%	100%	100%	DA/DSS	UOC Risorse Umane
Macro-obiettivo 1.7 Aspetti relazionali con gli utenti	Obiettivo 1.7.1: Corretta rappresentazione delle informazioni per l'utenza sul sito aziendale	Obiettivo Aziendale	Costante aggiornamento del sito aziendale	Si	Si	-	Si	Si	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing
		Obiettivo Aziendale	Aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi di ciascuna Unità Operativa	-	-	-	Almeno semestralmente	Almeno semestralmente	DS/DSS/DA	UOS URP Comunicazione e Marketing
Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 958/2021 O.T.3.1	Relazione di monitoraggio dei microrganismi sentinella inviati alla Regione	Positivo	Inoltrata la relazione richiesta	-	Si entro i termini previsti nel Vademecum	Si	DS	UOS Risk management

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione E2	Numero di audit clinici in risposta a richieste di attivazione delle procedure di sinistro	n.d.	Almeno 5 audit su eventi significativi segnalati	-	Almeno 5 audit su eventi significativi segnalati	Sì	DS/DA	UOS Risk management
					Realizzazione del sito Rischio Clinico per i cittadini	-	Realizzazione del sito Rischio Clinico per i cittadini			
Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria										
Macro-obiettivo 2.1 Equilibrio Economico	Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio	DGR 958/2021 S.A.1.1	Rispetto del vincolo di bilancio programmato al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19	-	Rispetto del vincolo al netto dei costi per COVID	-	Soglia come da delibera di assegnazione risorse LEA	Sì	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.2: Mantenimento dei costi entro l'obiettivo prefissato	DGR 248/2019 S.A.1.1 (19)	Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	-	≤ 0 (al netto dei maggiori costi connessi all'emergenza Covid-19)	-	≤ 0 (al netto dei maggiori costi connessi all'emergenza Covid-19)	≤ 0	DA/DS/DSS	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.5: Ottimizzazione ciclo attivo e Recupero Crediti	Obiettivo Aziendale	Riscossione Pagamenti tramite il sistema PagoPA	-	Attivazione sistema dei Pagamenti tramite PagoPA	-	Aumento utilizzo	Utilizzo al 100%	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Macro-obiettivo 2.2 Limiti di Costo	Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari	DGR 958/2021 O.T.1.1	Limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti (esclusi farmaci innovativi)	+2,3% rispetto alla soglia	Rispetto del tetto semestrale al netto dei costi per COVID	53.166.186,00 €	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale (valore BEP 2022, inclusi innovativi €58.310.352)	≤ soglia regionale	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.1.2	Limite di Costo Dispositivi Medici (esclusi costi COVID)	Soglia rispettata	Rispetto del tetto semestrale al netto dei costi per COVID	€ 25.792.558	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale (valore BEP 2022, inclusi costi Covid €27.082.186)	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 2.2.3: Rispetto dei limiti di costo regionali sull'assistenza territoriale	DGR 958/2021 O.T.1.3	Limite di Costo IVD2022 (esclusi costi COVID)	Soglia rispettata	Rispetto del tetto semestrale al netto dei costi per COVID	€ 7.581.981	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale (valore BEP 2022, inclusi costi Covid € 7.961.080)	≤ soglia regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 958/2021 D.C.1.1	Costo Farmaceutica Convenzionata	+2,8% rispetto alla soglia	+0,74% rispetto alla soglia	90.167.374,00 €	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale € 89.334.245	≤ soglia regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 958/2021 D.C.1.2	Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	-	-	7,9 per mille	Soglia definita nel Vademecum	Soglia definita nel Vademecum	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 958/2021 O.T.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC 2022	-	-	€30.047.287 farmaci €2.379.703 dispositivi	BEP 2022 €32.053.617,48 farmaci €4.209.155,13 dispositivi	≤ soglia assegnata con provvedimento regionale	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 958/2021 D.D.1.1	Costo pro-capite Assistenza Integrativa	€ 18,70	9,7€ nel II semestre	19,30 €	≤ 15 €	≤ 15 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale
		DGR 958/2021 D.F.1.1	Costo pro capite pesato per Assistenza Protesica	€ 10,43	4,31€ nel II semestre	10,30 €	≤ 9,5 €	≤ 9,5 €	DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo 2.3 Gestione delle risorse finanziarie	Obiettivo 2.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento: tempestività dei pagamenti ai sensi dell' art 41 D.L. n. 66/2014	DGR 958/2021 S.A.2.1	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)	-15,55	-27,65	- 29,83	≤ 0 gg	≤ 0 gg	DA	UOC Contabilità e Bilancio
		DGR 958/2021 S.A.2.2	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	12,35%	Nel secondo semestre 2020 la percentuale è pari al 3,41% (elaborazione UOC Bilancio)	2,92%	≤ 0 %	≤ 0 (previsto raggiungimento parziale)	DA	UOC Contabilità e Bilancio
Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi										
Macro-obiettivo 3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico	Obiettivo 3.1.1: Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del	DGR 958/2021 S.B.1.1 e V Commissione D2	Indice Qualità Indicizzazione (iQI) per tutte le tipologie documentali indicizzate nell'infrastruttura FSEr e in tutti i regimi di erogazione	97,17%	-	-	≥ 98% ; ≥ 95% a seconda della tipologia (v. Vademecum)	≥ 98% per il mantenimento	DS/DA	UOS Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	consenso FSEr									
Macro-obiettivo 3.2 Qualità e Completezza dei Flussi Informativi	Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informativi	DGR 958/2021 S.B.4.1	% indicatori di completezza e qualità dei flussi rispettati	-	Mancato rispetto di alcuni indicatori relativi ai flussi dei beni sanitari	3 indicatori su 36 non soddisfacenti	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 958/2021 D.F.1.1 PRE	Spesa inviata nel flusso Assistenza Protesica / Spesa inviata nel Cruscotto Regionale per l'Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa (per gli ausili monouso)	90,80%	95,50%	82,70%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	Direzione Amministrativa Territoriale
		DGR 958/2021 D.H.1.1 PRE.1	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: Nr. nuovi eventi inviati con data fuori periodo di competenza calendario	0,52%	0,55%	0,61%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.1.1 PRE.2	Rispetto della completezza e tempestività del flusso ADI: PIC con errore bloccante sul totale delle PIC inviate nell'ultimo invio effettuato entro calendario	1,05%	0,35%	1,72%	< 10%	< 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 958/2021 D.H.2.1 PRE	Flusso ADI: % Pic Oncologiche errate presenti nell'ultimo invio effettuato entro calendario (ogni trimestre a fine periodo previsto per la correzione dei dati) : PIC con Flag Tipo Cura Palliativa errata (3,4,5,9) / su totale pic con Flag Tipo Cura Palliativa (1 - 9)	8,08%	4,91%	7%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	< 20% in ciascun trimestre, a fine anno per adempimento < 10%	DA/DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 248/2019 D.T.1.2 (19)	Rispetto della completezza e tempestività del Flusso SISM: % indicatori rispettati	100%	100%	-	100%	100%	DA/DS	Direzione Dipartimento di Salute Mentale
		DGR 248/2019 O.A.1.1 (19)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso EMUR-PS: % indicatori rispettati	5 su 6 indicatori soddisfatti	100% (non considerato indicatore di coerenza con 2019)	-	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Pronto Soccorso

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Graziana Aguzzi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 958/2021 O.T.1.1 (req)	Rispetto della completezza e tempestività dei flussi FAROSP, DDF3 e altri: % indicatori rispettati	75%	86% (6/7 indicatori)	86%(6/7)	100%	100%	DA/DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		DGR 958/2021 O.T.1.2 (req)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso DM: % indicatori rispettati	67%	83% (5/6 indicatori)	66% (4/6)	100%	100%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 958/2021 O.T.1.3.PRE.1	Rispetto della completezza del flusso DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3)	100%	97,90%	95,30%	≥ 95%	≥ 95%	DA/DS	UOC Controllo di Gestione
		DGR 248/2019 O.T.2.1 (19)	Rispetto della completezza e tempestività del flusso SDO: % indicatori rispettati	Positivo	100%	100%	100%	100%	DA/DS	Direzione della Funzione Ospedaliera
	Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi (SIO - Sistema Informativo Ospedaliero)	DGR 958/2021 S.B.2.2	Presentazione dei piani aziendali per l'avvio delle attività	-	Rispetto delle richieste regionali	-	Si Secondo cronoprogramma	Si Secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
		DGR 958/2021 S.B.2.1	Partecipazione ai gruppi di lavoro: a) tematici del SIO; b) aziendali	-	Rispetto delle richieste regionali	Rispetto delle richieste regionali	≥ 90% items	≥ 90% items	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
		DGR 958/2021 S.B.2.3	Adeguamento repository: superamento dei test (Valutazione dell'indicatore iQR e dei test di carico). I test verranno programmati secondo cronoprogramma di avvio del SIO.	-	-	-	Soglia definita in vademecum	Soglia definita in vademecum	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
		DGR 958/2021 S.B.2.4	Implementazione secondo cronoprogramma: a) Dataset configurazione SIO b) Dati e documenti clinici c) Dati transazionali	-	-	-	SI secondo cronoprogramma	SI secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
		DGR 958/2021 S.B.2.5	Adeguate compilazione dell'assessment per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale nonché il rispetto delle tempistiche stabilite	-	-	100%	Si Secondo cronoprogramma	Si Secondo cronoprogramma	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi*
	Area strategica 4: Organizzazione Aziendale									
Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Omogeneizzazione delle procedure e dei processi amministrativi	DGR 958/2021 S.F.1.1	Tempestività nel dare risposta alle richieste della Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza (art. 4 co. 3 ter L.R. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	-	100%	-	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2021 assegnati V Commissione G	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	Si	Si	-	Si	Si	DA/DS/DSS	UOC Affari Generali
	Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line	DGR 958/2021 S.B.3.1	Stabilità e performance dei servizi di interoperabilità CUP	-	-	-	<5% disservizio	<5% disservizio	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi
DGR 958/2021 S.B.3.1		≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s				≥ 95% transazioni con tempo medio di risposta <5s				
DGR 958/2021 S.B.3.2		Monitoraggio di utilizzo della transazione MEF-20	-	-	-	100%	100%	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi	
DGR 958/2021 S.B.3.3		Accordo sui Livelli di Servizio (SLA) assistenza secondo livello	-	-	-	Tempo di ripristino <24h	Tempo di ripristino <24h	DA/DS/DSS	UOS Sistemi Informativi	
DGR 958/2021 S.B.3.4		Garanzia di accessibilità dei promemoria di prenotazione e modulistica di preparazione agli esami	-	Gli aspetti tecnici sono stati garantiti per l'accesso ai documenti	100%	Si secondo cronoprogramma	Si	DA/DS/DSS	UOS Specialistica	
	Obiettivo 4.1.4: Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	DGR 958/2021 S.A.6.1	Partecipare ai corsi organizzati da Regione con FSSP finalizzato al recupero liste attese	-	-	-	SI	SI	DA/DS/DSS	UOS Formazione
DGR 958/2021 S.A.6.2		Attivazione sistema di misurazione di un set di indicatori previsti (Utilizzo Sale Operatorie)	-	-	-	SI	SI	DA/DS/DSS	UOSD Integrazione percorsi ospedalieri	
Macro-obiettivo 4.2 Organizzazione del Lavoro	Obiettivo 4.2.1: Attuazione dell'atto aziendale	Obiettivi 2021 assegnati V Commissione A1	Organizzazione dei distretti conformemente agli atti aziendali approvati	Si	Si	-	Si	Si	DSS/DS	Direzione della Funzione Territoriale
Macro-obiettivo 4.3 Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici	Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR	DGR 958/2021 S.A.7.1 e V Commissione A2	Rispettare i tempi delle richieste regionali previste dal PNRR	-	-	100%	100%	100%	DA/DS/DSS	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2019	2020	2021	2022	2023-2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 4.4 Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza	Obiettivo 4.4.1: Rispetto normativa Anticorruzione - Applicazione del PTPCT	Disposizioni nazionali Anticorruzione	Svolgimento della formazione specifica del personale come previsto nel PTPCT	Rispettato il Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	Rispetto del Piano formativo	DA/DS/DSS	UOC Trasparenza ed Anticorruzione
		Disposizioni nazionali Anticorruzione	Effettuazione delle analisi del rischio Attività di controllo e misure di prevenzione	Nuovi processi critici sono stati oggetti di analisi	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	Attività secondo il Piano triennale	DA/DS/DSS	UOC Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti	DGR 958/2021 S.E.1.1	Soddisfazione degli obblighi relativi alla pubblicazione	83%	Soddisfazione di tutti i requisiti richiesti	100%	SI	SI	DA/DS/DSS	UOC Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.3: Percorso Attuativo della Certificabilità	DGR 248/2019 S.A.4.1	Esecuzione delle attività previste nel piano di audit e invio relazioni periodiche e di fine periodo	Positivo	Assegnazione Sospesa	-	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	Nei tempi previsti nel piano e/o indicati da Azienda Zero	DA/DS/DSS	UOC Internal Auditing
	Obiettivo 4.4.5: Garantire il rispetto delle disposizioni normative nell'ambito della privacy	Obiettivo Aziendale	Adeguamento organizzativo ed applicazione nuovi regolamenti aziendali	Esecuzione delle attività propedeutiche	Rispetto delle procedure	-	Codice di condotta per l'utilizzo di dati sulla salute a fini didattici e di pubblicazione scientifica,	Rispetto delle procedure	DA	UOC Affari Generali

4 IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

4.1 Misurazione e valutazione della performance

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

Obiettivo	L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori.
Indicatore	L'indicatore è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali: <ul style="list-style-type: none"> - 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.
Infrastruttura di supporto	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della U.O.C. Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.
Processo	Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'O.I.V. secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono: <ul style="list-style-type: none"> - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; - collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse; - monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; - misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale; - utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; - rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.
Gli strumenti di programmazione e valutazione	Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto: <ul style="list-style-type: none"> - il Piano triennale delle Performance; - Documento delle direttive per l'anno di riferimento; - Metodologia aziendale del processo di budget; - sistema di misurazione e valutazione individuale; - la Relazione annuale sulla Performance.
Pubblicità	Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti: <ul style="list-style-type: none"> - il Piano della performance – Documento delle Direttive; - la Relazione sulla performance; - tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti; - i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

4.2 Valutazione della performance organizzativa

4.2.1 Programmazione

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

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

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

4.2.2 Formulazione del Budget

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

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

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

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

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

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

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

Gli accordi sono sintetizzati in una scheda, che rappresenta il supporto operativo al processo, che viene sottoscritta congiuntamente dal Direttore di area o come suo delegato il Direttore di Funzione, il Direttore di Dipartimento o Distretto di 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 degli ultimi 2 anni ha tuttavia evidenziato che, essendo necessario affrontare quotidianamente la gestione dell'emergenza, non è possibile garantire la regolarità del processo di negoziazione e sottoscrizione del budget secondo le modalità in uso; pertanto corre obbligo precisare che, pur garantendo la continuità della

programmazione, sarà necessario valutare nel corso del 2021 la possibilità di rispettare la sequenza delle attività sopra riportate a seguito del perdurare della emergenza COVID 19.

4.3 Valutazione della performance individuale

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

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

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

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

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

Tabella 58 - Raccordo tra performance organizzativa e quota erogabile

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

4.3.1 Valutazione del personale Dirigenziale

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

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

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

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

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

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

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale adottato con DDG 843 del 28 dicembre 2018 e DDG 638 del 04/10/2018 , 446 del 25/07/2019 e DDG 758 del 07/10/2021.

La scheda di valutazione per i direttori di dipartimento, di UOC, ed i responsabili di UOSD per la Dirigenza Sanitaria e anche UOS per la dirigenza PTA prevede un giudizio su 8 item, per i dirigenti con incarichi professionali (e anche di UOS per l'area Sanitaria) , 7 item, su una scala da 1 a 5.

Tabella 59 - Valutazione numerica Item della scheda

Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e UOS (solo area PTA)	Insufficiente	Appena sufficiente	Sufficiente	Buono	Molto Buono
	1	2	3	4	5
Altri dirigenti e Incarichi (e UOS solo per area Sanitaria)	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) a un massimo di 35 punti (40 per Direttori di UOC e UOSD)

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 60 - 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.

4.3.2 Valutazione del personale del Comparto

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

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

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

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

Tabella 61 - 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.

E' in corso modifica della modalità di attribuzione dei punteggi previsti che sarà proposta alle oo.ss.

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 62 - Quota della retribuzione di risultato erogata Comparto

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

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

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

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

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

4.4 Timing del processo

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

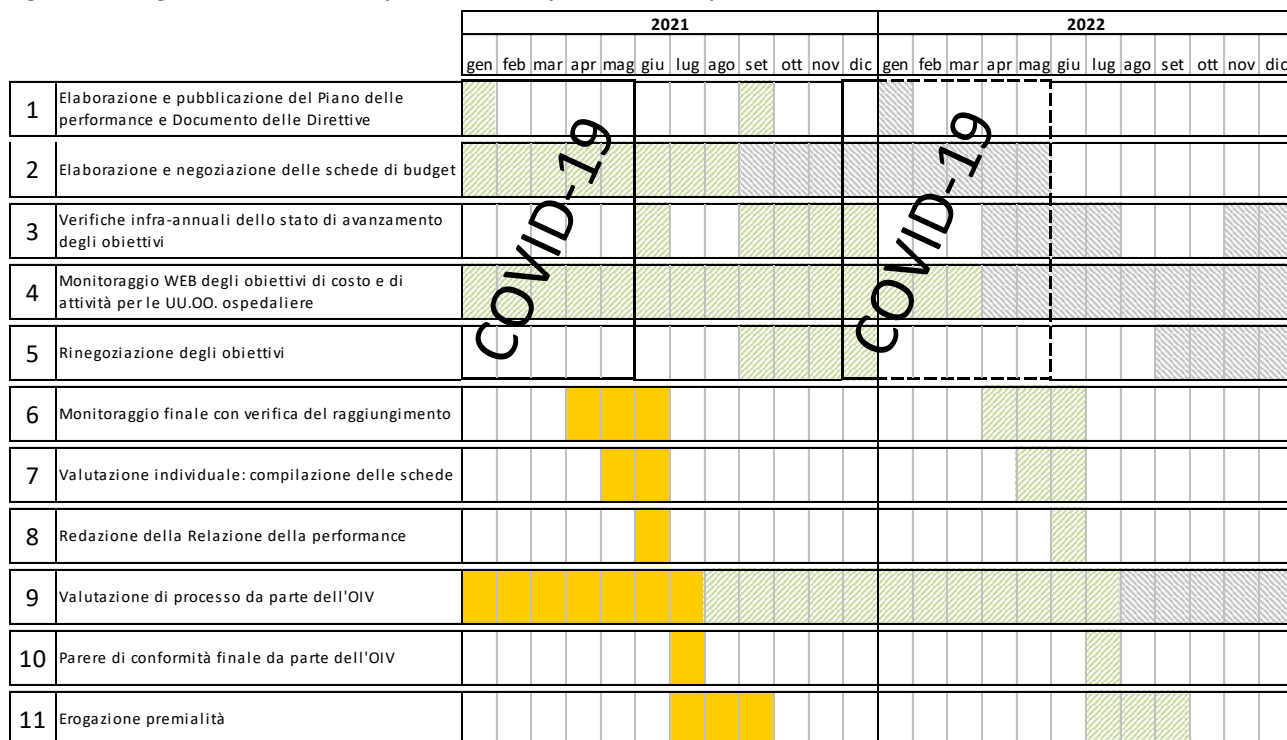
Va rilevato che la sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (giugno 2020/dicembre 2021) ha permesso di anticipare e dare continuità al ciclo di budget previsto per l'anno solare. Per tale motivo si propone di proseguire con tale modalità, ed anche in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

Tabella 63 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP (anno 2022)	dicembre
Definizione Piano delle Performance (anno 2022)	gennaio
Aggiornamento Piano Performance e Documento delle Direttive (anno 2022)	Tempestivo a seguito di emanazione DGR obiettivi DG
Negoziazione/Rinegoziazione Budget (anno 2022)	Aprile-maggio
Delibera approvazione schede di Budget (anno 2022)	giugno
Predisposizione schede di valutazione (anno 2021)	maggio
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2021)	giugno
Valutazione obiettivi individuali (anno 2021)	giugno
Relazione sulla Performance (anno 2021)	giugno
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2021)	luglio
Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2021)	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 28 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale



■ ciclo della performance anno 2020
 ■ ciclo della performance anno 2022
 ■ ciclo della performance anno 2021

5 CONCLUSIONI

Il Presente documento rappresenta il Piano Performance 2022-2024 adottato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente e nelle more dell'adozione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (P.I.A.O) e dell'emanazione da parte della Regione Veneto degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022.

Il P.I.A.O. ha l'obiettivo di assorbire molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, superando la molteplicità e conseguente frammentazione degli strumenti di programmazione oggi in uso, ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa, e dovrà essere adottato entro il 30 aprile 2022.

La fase emergenziale causata dalla pandemia da COVID-19 che ha attraversato, e sta tuttora interessando, il nostro paese ha costretto l'azienda a riorganizzare rapidamente le proprie attività e, finché non vedrà termine, ridefinirà le priorità strategiche aziendali, riorganizzando le attività e in particolare quelle assistenziali che sono prioritariamente finalizzate a fronteggiare l'emergenza COVID-19 e la gestione del piano vaccinale.

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

Il piano quindi prevede 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 344/2020 e ss.mm.ii, attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto Legge n.34/2020 denominato "Decreto Rilancio" ed in attuazione del Piano vaccinale Anti-Covid previsto dalla DGR 1801/2020 ss.mm.ii. nell'ambito del piano vaccinale stabilito a livello europeo.

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

F.to IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Pietro Girardi

APPENDICI

Appendice I Normativa di Riferimento

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

Appendice I.1 Disposizioni inerenti all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

- **D.L. 24 dicembre 2021 n. 221** "Proroga dello stato di emergenza nazionale e ulteriori misure per il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19";
- **DGRV n. 1785 del 15 dicembre 2021** "Assegnazione agli enti del SSR dei finanziamenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Covid-19";
- **DGRV n. 1735 del 09 dicembre 2021** "Linee di indirizzo alle aziende ed enti del SSR per la remunerazione del personale del Comparto e della Dirigenza dell'Area Sanità impegnato nell'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2. Articolo 1 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla L.24 aprile 2020, n. 27";
- **D.L. 26 novembre 2021 n. 172** "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali";
- **DGRV n. 1544 del 11 novembre 2021** "Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica "Test e screening per SARS-CoV-2 e rafforzamento della campagna vaccinale COVID-19" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii.";
- **DGRV n. 1343 del 05 ottobre 2021** "Piano per il monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie della Regione Veneto (anno scolastico 2021/2022)";
- **D.L. 21 settembre 2021 n. 127** "Misure urgenti per assicurare lo svolgimento in sicurezza del lavoro pubblico e privato mediante l'estensione dell'ambito applicativo della certificazione verde COVID-19 e il rafforzamento del sistema di screening";
- **DGRV n. 1117 del 09 agosto 2021** "Aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica di cui alla D.G.R. n. 727 del 8 giugno 2021 e alla D.G.R. n. 805 del 22 giugno 2021";
- **DGRV n. 1116 del 09 agosto 2021** "Recepimento del Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19, Federfarma, Assofarm e Farmacieunite ai sensi dell'art. 5 del decreto legge 23 luglio 2021, n.105. Sospensione parziale del Protocollo d'Intesa regionale per l'esecuzione di test antigenici rapidi in farmacia per la sorveglianza COVID-19, approvato con DGRV n. 1864 del 29.12.2021 e s.m.i.";
- **D.L. 06 agosto 2021 n. 111** "Misure urgenti per l'esercizio in sicurezza delle attività scolastiche, universitarie, sociali e in materia di trasporti";
- **D.L. 23 luglio 2021 n. 105**, "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche" – Green Pass";
- **DGRV n. 992 del 20 luglio 2021** "Approvazione del documento recante "Strategia per il rafforzamento dell'offerta vaccinale nel contesto dei focolai causati da "Variant of Concern" (VOC) di SARS-CoV-2".;
- **D.G.R. n. 805 del 22 giugno 2021** è stato approvato il documento per il "Rafforzamento delle attività di testing e di decentramento per la sorveglianza ed il monitoraggio della circolazione virale e delle varianti di SARS-CoV-2";
- **DPCM del 17/06/2021** "Disposizioni attuative dell'articolo 9, comma 10, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, recante «Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19";
- **DGRV n. 728 del 08 giugno 2021** "Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 28/04/2021 relativo alla "Partecipazione dei medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni alla campagna vaccinale SARS-COV-2";
- **DGRV n. 727 del 08 giugno 2021** "Approvazione del nuovo Piano "Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii. e della D.G.R. n. 308 del 18/03/2021";
- **D.L. 25 maggio 2021 n. 73** "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali. (21G00084) ([GU Serie Generale n.123 del 25-05-2021](#))";
- **DGRV n. 579 del 04 maggio 2021** "Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 16/04/2021 relativo alla "Partecipazione dei pediatri di libera scelta alla campagna vaccinale SARS-COV-2";
- **DGRV n. 556 del 27 aprile 2021** "Recepimento Accordo Quadro nazionale per la somministrazione di vaccini anti SARS-CoV-2 presso le farmacie convenzionate, approvazione dello Schema del relativo Protocollo d'Intesa Integrativo regionale e aggiornamento del Protocollo d'Intesa per l'effettuazione in farmacia di test rapidi antigenici -giusta DGR n. 1864/2020";
- **DGRV n. 538 del 27 aprile 2021** "Definizione di un modello per la presa in carico e la gestione dei pazienti con patologie post-acute, correlate alla pandemia COVID-19. Istituzione di una "Piattaforma per la presa in carico riabilitativa e per l'erogazione di interventi di Teleriabilitazione e di un Centro Regionale per le Tecnologie della Teleriabilitazione e il Termalismo (CRTTT)";
- **DDR del Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR n. 33 del 26 aprile 2021** "Determinazione del limite di spesa per la remunerazione di prestazioni aggiuntive al personale medico, al personale infermieristico e agli assistenti sanitari per la somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 (COVID 19)"

- **D.L. 22 aprile 2021 n. 52**, convertito con modificazioni dalla legge 17 giugno 2021, n. 8;
- **D.L. 01 aprile 2021 n. 44** "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici";
- **DGRV n. 308 del 18 marzo 2021** "Approvazione del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", a modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e del documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020";
- **DGRV n. 281 del 12 marzo 2021** "Recepimento dell'accordo integrativo Regionale sottoscritto in data 11/03/2021 relativo alla "Partecipazione dei Medici di Medicina Generale alla Campagna Vaccinale SARS-CoV-2";
- **DGRV n. 1081 del 22 dicembre 2020**, integrata con successiva DGR n. 239 del 02/03/2021, sono state approvate le "Linee di indirizzo per l'organizzazione del Piano di Vaccinazione anti COVID-19";
- **DGRV n. 1589 del 17 novembre 2020** "Emergenza COVID-19. Disposizioni per la gestione dell'emergenza epidemiologica nelle Strutture residenziali per "anziani non autosufficienti.";
- **DGRV n. 1474 del 03 ottobre 2020** "Costituzione del "Comitato di crisi Coronavirus" in relazione alla gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19";
- **DM 28 ottobre 2020** "Classificazione della Malattia da SARS-CoV-2 (Covid 19) e sue manifestazioni cliniche e linee guida di codifica della SDO";
- **DGRV n. 1422 del 21 ottobre 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";
- **DGRV n. 1421 del 21 ottobre 2020** "Emergenza epidemiologica COVID-19: riconoscimento dell'incremento tariffario e della remunerazione della funzione assistenziale nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati individuati dal Piano emergenziale ospedaliero di cui alla deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020. Art. 4 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77";
- **DGRV n. 1524 del 10 ottobre 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";
- **DGRV n. 1523 del 10 ottobre 2020** "Approvazione delle linee di indirizzo "Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19";
- **DGRV n. 1407 del 16 settembre 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.";
- 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";
- **D.L. 14 agosto 2020, n. 104** "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia";
- **DGRV n. 1104 del 06 agosto 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";
- **DGRV n. 1103 del 06 agosto 2020** "Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020";
- **DGRV n. 782 del 16 giugno 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";
- **DGRV n. 715 del 04 giugno 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";
- **DDG n.446 del 29 maggio 2020** "Approvazione piano di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica azienda ULSS 9 Scaligera";
- **DGRV 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";
- **D.L. 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 da COVID-19";
- **DGRV n. 595 del 12 maggio 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";
- **DGRV n. 568 del 05 maggio 2020** "Attivazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza: Telemedicina";
- **DGRV n. 567 del 05 maggio 2020** "Disposizioni relative alla prescrizione di tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria";
- **DGRV n. 552 del 05 maggio 2020** "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici";
- 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";
- **DGRV n. 444 del 07 aprile 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";

- **DGRV n. 429 del 06 aprile 2020** “ Emergenza Covid-19. Ulteriori misure straordinarie di sostegno ai Centri di Servizi accreditati in relazione agli effetti negativi dovuti alle restrizioni ed alle maggiori spese sostenute per l'assistenza connesse all'emergenza sanitaria”;
- **DGRV n. 428 del 06 aprile 2020** “ Emergenza Covid-19. Attuazione DGR n. 1308/2020 e DGR n. 1565/2020”;
- **DGRV n. 344 del 17 marzo 2020** “Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica”;
- **D.L. 09/03/2020 n. 14** “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza 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”.

Appendice I.2 Ambito programmazione

- **Decreto Legge 30 dicembre 2021, n. 228** “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”;
- **DDG n. 1050 del 23/12/2021:** “Approvazione del piano organizzativo del lavoro agile (pola) - Aulss 9 "Scaligera”;
- **Decreto Funzione Pubblica 01/12/2021** “Piano Integrato di attività e di organizzazione” (PIAO);
- **DDG n. 936 del 30/11/2021:** “Revisione piano triennale dei fabbisogni di personale 2021- 2023 e adozione piano triennale dei fabbisogni 2022 – 2024”;
- **DGRV n. 1553 del 11 novembre 2021** “Proroga validità Piani di zona straordinari dei servizi sociali e socio-sanitari al 31 dicembre 2022 (DGRV n. 426 del 09 aprile 2019 e DGRV n. 1252 del 01 settembre 2020)”;
- **DGRV n. 1498 del 2 novembre 2021** “Determinazioni relative alla programmazione residenziale extraospedaliera area salute mentale e all'accreditamento istituzionale ex DGR 522/2020”;
- **DGRV n. 1390 del 12 ottobre 2021** “Ricognizione dei livelli aggiuntivi di assistenza erogati nella Regione del Veneto nel 2020”;
- **DM 8 ottobre 2021** “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni”;
- **DPCM del 23 settembre 2021** “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni”;
- **DGR 1293 del 21 settembre 2021** “DGR 759/2021. Modalità di finanziamento dei Piani per il recupero delle prestazioni sanitarie sospese per l'esercizio 2021”;
- **DGRV n. 1129 del 17 agosto 2021** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2021”;
- **Legge 6 agosto 2021, n. 113** conversione in legge, con modificazioni del D.L. 9 giugno 2021, n. 80 recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia;
- **DGRV n. 1061 del 03 agosto 2021** “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73”;
- **DGRV n. 958 del 13 luglio 2021** “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021”;
- **DGRV n. 928 del 05 luglio 2021** “Definizione sistemi e procedure di coordinamento tra Area Sanità e Sociale e Azienda Zero. L.R. 25 ottobre 2016, n.19”;
- **DGRV n. 759 del 15 giugno 2021** “Disposizioni in merito all'aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73”;
- **Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80** “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”;
- **DGRV n. 730 del 08 giugno 2021** “Legge 112 del 2016. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze del 21 dicembre 2020, recante riparto del "Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" per l'annualità 2020. DGR n. 2141/2017, DGR n. 154/2018”;
- **(PNRR) Piano Nazionale di ripresa e resilienza - #NextgenerationItalia** del 29 aprile 2021;
- “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale” (**PanFlu**) **2021-2023**;
- **DGRV n. 534 del 27/04/2021** “Ricostituzione del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria - LEA dell'Area Sanità e Sociale e ulteriori disposizioni”;
- **DGRV 426 del 06 aprile 2021** “Modifica delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, approvate con DGRV n. 1805 del 08 novembre 2011 e s.m.i.”;
- **DGRV n. 258 del 09 marzo 2021** “Disposizioni per l'anno 2021 in materia di personale del SSR e di specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e articolo 14, comma 1, della L.R. 28 dicembre, n. 48. D.G.R. n. 8/CR del 9 febbraio 2021”;
- **DGRV n. 222 del 2 marzo 2021** “Recepimento degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.118/CSR del 27 luglio 2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38" (Rep. Atti n.119/CSR del 27 luglio 2020)”;
- **DDG n. 1127 del 31/12/2020**; “Approvazione Atto Aziendale ULSS9 Scaligera – Decreto 150 del 22/12/2020 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale della Regione Veneto”;

- **DGRV n. 1866 del 29 dicembre 2020** "Recepimento dell'Intesa del 6 agosto 2020 (repertorio atti n.127/CSR) ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della Legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 - 2025";
- **Decreto Ministro PA 9 dicembre 2020:** "Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance";
- **DGRV n. 1664 del 1 dicembre 2020** "Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anno 2020. Deliberazione nr. 119/CR/2020";
- **DGRV n. 1529 del 17 novembre 2020** "Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) 408 final.";
- **DGRV n. 1406 del 16 settembre 2020** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2020";
- **DGRV n. 1329 del 08 settembre 2020** "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104";
- **DDG 698 del 03/09/2020** "Presa 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. 1245 del 01 settembre 2020** "Attività di vigilanza prevista dall'art. 125 del Reg. (CE) 18.12.2006 n. 1907 in materia di REACH (Registrazione, Valutazione, Autorizzazione, e Restrizione, delle sostanze Chimiche). Approvazione del "Piano Regionale Controlli REACH - Anno 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. 911 del 09 luglio 2020** "Approvazione del Piano Triennale per le Dipendenze 2020 – 2022";
- **DGRV n. 864 del 30 giugno 2020** "DPCM 12 gennaio 2017: ridefinizione di percorsi prescrittivi e autorizzativi per l'erogazione di trattamenti indispensabili e insostituibili riconducibili ai livelli essenziali di assistenza";
- **Patto per la Salute 2019-2021** tra Stato-Regioni (Intesa Stato-Regioni 18 Dicembre 2019);
- **DGRV n. 1494 del 15/10/2019** "Azioni regionali conseguenti alla relazione finale trasmessa dall'Istituto Superiore di Sanità avente ad oggetto "Valutazione dell'esposizione alimentare e caratterizzazione del rischio - Contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche in Veneto";
- **DGRV n. 1437 del 01/10/2019** "Approvazione posti letto strutture residenziali extraospedaliere area salute mentale relativi ai piani di massima delle Aziende Ulss. DGRV 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 08 marzo 2019** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019";
- **L.R. n. 48 del 19/12/2018** "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023";
- **DGRV n. 1673 del 12/11/2018** "Programmazione del sistema di offerta residenziale extra-ospedaliera per la salute mentale. Deliberazione n. 59/CR del 28 maggio 2018";
- **DGRV n. 1231 del 14/8/2018** "Approvazione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le aziende ULSS e i Centri di Servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17, comma 3 della LR n. 22 del 2002 e dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. n. 502 del 1992";
- **DGRV n. 1978 del 6/12/2017** "Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". Disposizioni applicative in ordine all'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (art. 33)."
- **DGRV 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 dicembre 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 dicembre 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".

Appendice I.3 Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa

- **DGRV n. 1791 del 15 dicembre 2021** "Assegnazione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie della Regione per attività e servizi socio-sanitari - Anno 2021. Legge regionale 13 aprile 2001 n. 11, art. 133 e Legge regionale n. 30 del 18 dicembre 2009";
- **DGRV n. 1788 del 15 dicembre 2021** "DGR 1293/2021. Finanziamento delle attività delle Aziende ed Enti del SSR per l'esercizio 2021";
- **DGRV n. 1784 del 15 dicembre 2021** "Ripartizione del finanziamento finalizzato all'erogazione dei servizi sanitari aggiuntivi correlati alla stagione turistica 2021 nei confronti delle Aziende Ulss 3 Serenissima, 4 Veneto Orientale e 9 Scaligera";
- **DGR n. 1608 del 19 novembre 2021** "Programmazione e attribuzione alle aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza - anno 2021. Deliberazione nr. 118/CR/2021";
- **DGRV n. 1237 del 14 settembre 2021** "Assegnazione agli Enti del SSR della Regione del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2021";
- **DGRV n. 1224 del 07 settembre 2021** "Piano regionale per la non autosufficienza 2019-2021 di cui al D.P.C.M. 21 novembre 2019 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019-2021. Aggiornamento programmazione risorse annualità 2021";
- **DGRV n. 1036 del 28 luglio 2021** "Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per il sostegno dei trattamenti riabilitativi territoriali svolti dalle equipe di cura delle strutture residenziali estensive extra ospedaliere (DGR n. 1673/2018 e DGR n. 1437/2019). Esercizio 2021";
- **DGRV n. 693 del 31 maggio 2021** "Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021 di cui al D.P.C.M. 21 novembre 2019 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019 - 2021. Aggiornamento programmazione risorse annualità 2020";
- **DGRV n. 318 del 18 marzo 2021** "Definizione dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale - parte corrente - destinato al processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e valorizzazione tariffa della Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) ex art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9 (DGR 1966/2016)";
- **DGRV n. 317 del 18 marzo 2021** "Assegnazione di budget per l'attività di riabilitazione extraospedaliera, per il triennio 2021-2023, nei confronti dei Centri e dei Presidi privati accreditati di riabilitazione funzionale (CPRF) dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - ed ulteriori disposizioni";
- **DDR del Direttore Area Sanità e Sociale n. 30 del 23 marzo 2021** "Programmazione degli interventi e dei relativi finanziamenti GSA per l'esercizio 2021 in esecuzione della DGR 102/2021";
- **DGRV n. 69 del 26 gennaio 2021** "Attribuzione alle Aziende ULSS del Veneto delle risorse, di cui alla D.G.R. n. 1046 del 28/07/2020, previste a titolo indistinto per il concorso a rimborso della spesa per acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo Piano Nazionale Vaccini (NPNV) (art. 1, comma 408 della L. n. 232/2016). Esercizio 2020: riparto definitivo";
- **DGR n. 1664 del 01.12.2020** "Programmazione e attribuzione alle Aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali e statali per la Non Autosufficienza – Anno 2020. Deliberazione n. 119/CR/2020";
- **DGR n. 1046 del 28 luglio 2020** "Assegnazione agli Enti del SSR della Regione del Veneto delle risorse per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per l'anno 2020";
- **DGRV n. 670 del 26 maggio 2020** "Approvazione del "Piano regionale per la non autosufficienza 2019 - 2021" di cui al D.P.C.M. 21 novembre 2019 per l'utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze del triennio 2019 - 2021";
- **DGRV n. 468 del 14 aprile 2020** "Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per il sostegno dei trattamenti residenziali socio-riabilitativi. Esercizio 2020";
- **DGRV n. 2027 del 30 dicembre 2019** "Riparto ed assegnazione a favore delle Aziende ULSS del Veneto, delle risorse per l'assistenza socio sanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali. Anno 2019";
- Art. 5, co. 1 della **L.R. 18/12/2009, n. 30**. D.G.R. n. 126/CR del 12 novembre 2019";
- **L.R. n.42 del 18/10/2019** "Seconda variazione generale al bilancio di previsione 2019-2021 della Regione del Veneto." Nel Comma 4, art.1 della che prevede l'abrogazione dell'art.19 della legge regionale 14 dicembre 2018, n.43 con effetto dall'inizio dell'esercizio finanziario 2020. Ciò comporta l'applicazione dei Lea nazionali in materia di salute mentale nella percentuale di 60% a carico del bilancio sociale e del 40% a carico del bilancio sanitario";
- **DM 24 maggio 2019** "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale";
- **DGRV n. 333 del 26 marzo 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";
- **DGRV n. 246 del 8 marzo 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 dicembre 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 dicembre 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 settembre 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 luglio 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. 108 del 14.10.2021** “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari l’anno 2021. Modifica delle disposizioni”;
- **DDR Area Sanità e Sociale n. 80 del 30.07.2021** “Disposizioni per l’anno 2021 in materia di personale del SSR – obiettivi di costo anno 2021”;
- **DDR Area Sanità e Sociale n. 30 del 23.03.2021** “Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari l’anno 2021”.

Programmazione Privati Accreditati

- **DGRV n. 1668 del 29 novembre 2021** “Determinazioni relative all’accreditamento istituzionale di soggetti accreditati erogatori di prestazioni sanitarie e disposizioni relative al budget ed all’extrabudget. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002”;
- **DGRV n. 1091 del 9 agosto 2021** “Determinazioni riferite all’accreditamento istituzionale di soggetti accreditati erogatori di prestazioni sanitarie e disposizioni relative al budget. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002”;
- **DGRV n. 925 del 05 luglio 2021** “Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per il triennio 2021-2023 per l’assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini sia residenti nel Veneto che non residenti nel Veneto”;
- **DGRV n. 317 del 18 marzo 2021** “Assegnazione di budget per l’attività di riabilitazione extraospedaliera, per il triennio 2021-2023, nei confronti dei Centri e dei Presidi privati accreditati di riabilitazione funzionale (CPRF) dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali - ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 - ed ulteriori disposizioni”;
- **DGRV n. 1778 del 22 dicembre 2020** “Budgettazione alle Aziende ULSS per il pagamento LEA per persone con dipendenze patologiche (tossico/alcol dipendenze), riparto anno 2021, con decorrenza dal 1/1/2021;
- **DGRV n. 2166 del 29 dicembre 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”;
- **DGRV 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”;
- **DGRV 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)”.

Appendice I.4 Ambito Performance e Anticorruzione

- **DDG 758 del 7 ottobre 2021** “Approvazione regolamento “sistema di misurazione e valutazione della performance attribuzione della retribuzione di risultato - graduazione degli incarichi dirigenziali - valutazione dei dirigenti al termine dell’incarico, ai fini dell’indennità di esclusività e dei dirigenti neoassunti al termine del primo quinquennio”. personale area dirigenza sanità”;
- **Delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021** “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e attività di vigilanza dell’Autorità”;
- **Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019** “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- **Delibera ANAC n. 330 del 29/03/2017** “Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione.”;
- **Delibera ANAC n. 329 del 29/03/2017** “Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33.”;
- **DGRV n. 140 del 16 febbraio 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)”;
- **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 novembre 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. 97/2016** (modifica della legge n. 190/2012 Anticorruzione e del D.Lgs. 33/2013 Trasparenza)
- **Legge 6 novembre 2012, n. 190** "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- **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".

Appendice I.5 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>);

Appendice II Deliberazione N. 1050/2021 – Approvazione Del Piano Organizzativo Del Lavoro Agile (Pola) – Aulss 9 Scaligera

Appendice II.1 Livello di attuazione e sviluppo

L'Azienda ULSS9 Scaligera, con deliberazione n. 880 del 31/12/2019 ha approvato il "REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITA' LAVORO AGILE (SMART WORKING)" nell'ambito delle iniziative relative all'attuazione del Piano Triennale per il Benessere Organizzativo. Il regolamento è stato approvato limitatamente all'ambito del comparto al fine di testare e sperimentare la fattibilità del lavoro agile in Azienda così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81 con l'obiettivo di estenderne, successivamente, l'applicazione anche alla Dirigenza. Tale modalità di svolgimento della attività lavorativa è andata, di fatto, a sostituire, inglobandole, anche le attività telelavorabili, già in uso nella sola Azienda Ulss 20 di Verona.

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

Con l'emergenza sanitaria da Coronavirus, è diventato obbligatorio per la Pubblica Amministrazione e quindi anche per l'Azienda Ulss 9 adottare misure organizzative per il ricorso allo smart working. L'Azienda Ulss 9 di fatto disponeva già degli strumenti necessari per attivare, unitamente alle altre misure individuate, progetti di lavoro agile per il personale dipendente del comparto. Tali strumenti organizzativi sono stati estesi anche alla Dirigenza.

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

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

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

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

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

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

L'Azienda ha pertanto fatto rientrare in presenza il personale dipendente e, dopo attenta verifica dei requisiti e della fattibilità, ha provveduto a prorogare per il periodo pandemico, n. 23 progetti di lavoratori fragili modificati ed integrati alle nuove disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 08/10/2021 e sottoscritto con le parti di uno specifico accordo.

Il 29 novembre 2021 sono state emanate da parte del Ministro per la Pubblica Amministrazione delle linee guida sullo Smart Working che hanno dettato delle disposizioni "ponte" in attesa della regolamentazione dell'istituto nell'ambito della contrattazione nazionale.

Con deliberazione n. 1050 del 23 dicembre 2021 l'Amministrazione ha provveduto ad approvare, nelle more della definizione a livello di contrattazione collettiva nazionale della regolamentazione di tale istituto, in aderenza alle Linee Guida definite tra la Funzione Pubblica e le organizzazioni sindacali in data 30 novembre 2021 il cui testo ha ricevuto parere positivo da parte della Conferenza Unificata in data 16/12/2021, il Piano di Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) mediante il quale sono stati aggiornati i regolamenti relativi allo Smart Working ed al Telelavoro.

Il POLA aziendale confluirà nel PIAO che dovrà essere approvato entro il 30/04/2022.

Appendice II.2 Programma di sviluppo del lavoro agile

L'Azienda nel POLA riconosce alle modalità alternative al lavoro in presenza grande valenza strategica e prevede a regime un coinvolgimento di un numero elevato di dipendenti che non potrà in ogni caso superare il 10% del personale presente in azienda, salvo limiti diversi fissati a livello di normativa nazionale.

Appendice II.3 Modalità attuative

Il POLA approvato con deliberazione 1050/2021 comprende le seguenti modalità di resa della prestazione lavorativa:

- Lavoro agile
- Telelavoro
- Co-working
- Lavoro da remoto in postazioni lavorative diverse da quelle nella sede di assegnazione

e si applica nelle more della definizione da parte della contrattazione nazionale, delle linee guida per l'applicazione del lavoro agile nella Pubblica Amministrazione. Tiene conto, tuttavia, dei requisiti minimi previsti dal DM 08/10/2021 che, in ogni caso, devono essere applicati, fino a definizione di nuovi.

Appendice II.4 Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro

Al fine di organizzare il passaggio da lavoro agile "emergenziale" a lavoro agile strutturato secondo le nuove direttive emanate dal Ministro della Pubblica Amministrazione è stata effettuata una revisione del regolamento per lo svolgimento del lavoro agile e del regolamento per il telelavoro. Entrambi i documenti rappresentano il cuore del POLA e ne costituiscono parte integrante. Sono stati previsti nel POLA i criteri di priorità nell'assegnazione delle postazioni di smart working o telelavoro nelle more della definizione dei contingenti ammissibili e della fornitura di hardware e linee aziendali.

Appendice II.5 Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione

Come sopra ricordato, nel POLA è stato previsto un ventaglio di possibilità volte ad agevolare e differenziare la modalità attraverso la quale la prestazione viene resa. Per il lavoratore autorizzato a svolgere la prestazione lavorativa in smart working, quella di utilizzare, nelle giornate di lavoro da remoto, la propria postazione lavorativa presso la sede di assegnazione oppure altra postazione lavorativa disponibile in sedi diverse da quella di assegnazione previa prenotazione della stessa. E' stata prevista inoltre, per il lavoratore, la possibilità di effettuare la prestazione lavorativa in presenza ma presso una sede diversa da quella di assegnazione e previa prenotazione delle posizioni disponibili.

Appendice II.6 Formazione

La formazione svolge un ruolo fondamentale nella corretta realizzazione del progetto di lavoro agile e di telelavoro e per cogliere le fondamentali differenze dell'uno rispetto all'altro. Il POLA prevede quindi la programmazione di eventi formativi sia per i Dirigenti che dovranno gestire con modalità innovative rispetto a quanto avvenuto durante la pandemia i collaboratori impegnati in attività lavorative agili sia imparare a quantificare e programmare le attività per legarle a precisi obiettivi e sistemi di misurazione. La formazione dovrà essere estesa anche ai dipendenti interessati per addestrarli all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione, nonché per diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni. La

formazione dovrà inoltre riguardare gli specifici profili relativi alla salute e sicurezza per lo svolgimento delle prestazioni lavorative al di fuori dell'ambiente di lavoro. La formazione dovrà riguardare anche gli addetti ai sistemi informativi al fine di potenziare le capacità relative alla creazione di nuovi strumenti per rendere maggiormente efficiente la modalità di lavoro agile e di telelavoro.

Appendice II.7 Soggetti Aziendali coinvolti

L'attuazione del Pola in Azienda comporterà necessariamente il coinvolgimento di numerosi soggetti, in primis le organizzazioni sindacali ma anche il C.U.G., l'O.I.V., l'Organismo Paritetico per l'Innovazione presente per la Dirigenza area Sanità.

Si inseriscono, di seguito, alcuni grafici che illustrano l'andamento dell'utilizzo del lavoro agile nel periodo gennaio-ottobre 2021.

Figura 29 - Suddivisione per genere degli accordi di smart working gennaio-ottobre 2021

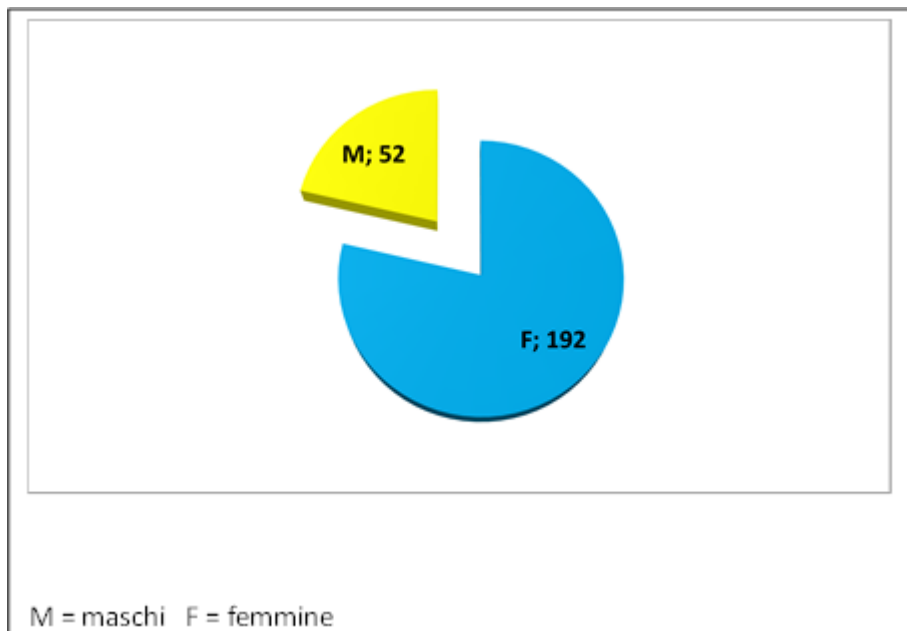


Figura 30 - Suddivisione per genere delle giornate di smart working usufruite gennaio-ottobre 2021

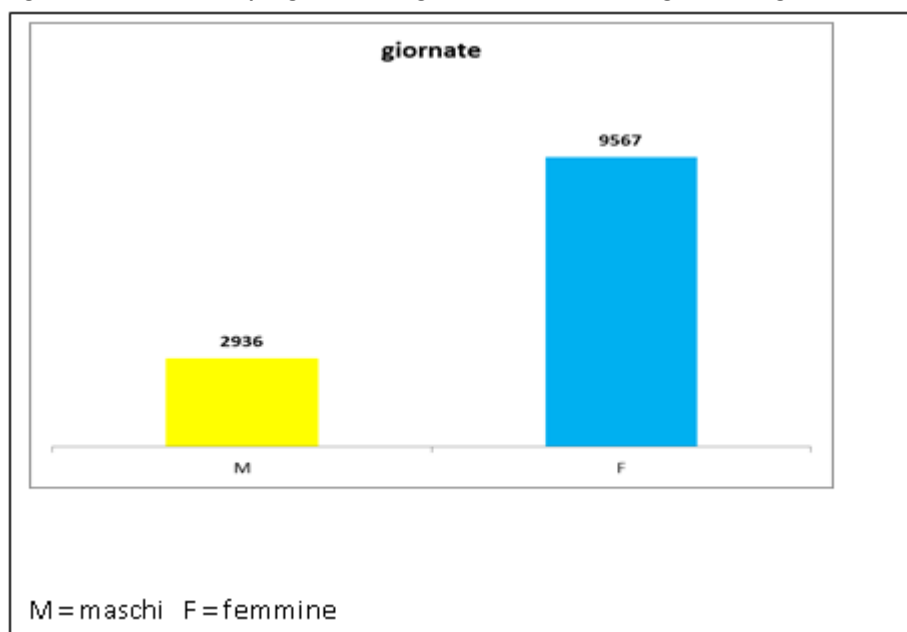
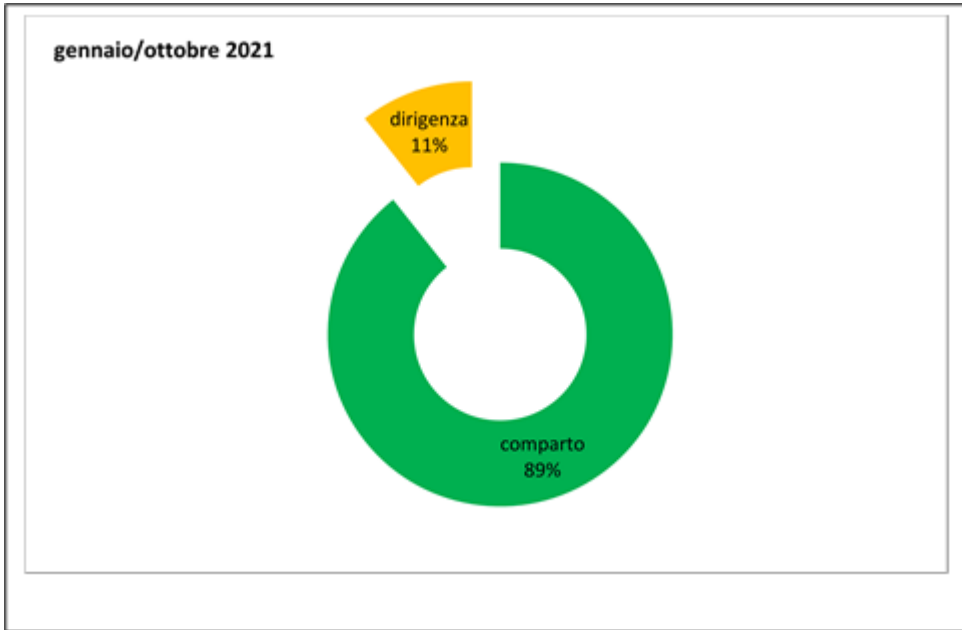


Figura 31 - Suddivisione per Dirigenza/Comparto degli accordi di smart working gennaio-ottobre 2021



Appendice III Indice delle Figure e delle Tabelle

Figura 1 - Piramide Demografica al 01/01/2021. Fonte: www.tuttitalia.it	6
Figura 2 - indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio dati ISTAT.....	7
Figura 3 - saldo naturale e migratorio ulss9	8
Figura 4 - 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	9
Figura 5 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato mensile	11
Figura 6 - Tasso standardizzato di consumo prestazioni specialistiche mensile	11
Figura 7 - Numero accessi in PS ogni 1.000 abitanti mensile	12
Figura 8 – ADI Numero di accessi solo MMG/PLS ed Infermiere per 1.000 abitanti mensile (Nostra elaborazione su dati Datawarehouse regionale)	12
Figura 9 - Consumo procapite "pesato" in Euro della farmaceutica convenzionata (Fonte: UOC Farmaceutica Convenzionata)	13
Figura 10 - Analisi Tasso ospedalizzazione standardizzato	13
Figura 11 - Analisi Tasso standardizzato di consumo di prestazioni ambulatoriali (esclusa mobilità extraregionale)	14
Figura 12 – Analisi Dimissioni residenti	17
Figura 13 - Confronto 2021-2020 ricoveri covid (Fonte SIAVR).....	20
Figura 14 - Percentuale di accessi per codice di dimissione sugli accessi totali per ciascun codice di gravità in entrata	21
Figura 15 – Trend Mensile 2021 N. Tamponi ULSS 9 Scaligera.....	23
Figura 16 - Organigramma Dipartimento Prevenzione.....	30
Figura 17 - Andamento Casi positivi presi in carico e numero medio di contatti per ciascuno.....	33
Figura 18 - Andamento Campagna Vaccinale	34
Figura 19 – Analisi dipendenti a tempo indeterminato.....	40
Figura 20 - Classi di anzianità di servizio	41
Figura 21 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR	47
Figura 22 - Andamento casi e ricoveri per Covid-19 al 3 gennaio 2021	53
Figura 23 - Andamento mensile valore tariffato ricoveri non urgenti	62
Figura 24 - Treemap Ospedale di Legnago (2019)	64
Figura 25 - Treemap Ospedale di San Bonifacio (2019).....	64
Figura 26 - Treemap Ospedale di Villafranca (2019).....	64
Figura 27 - Indicatore C13a.2.2.1 Network Sant'Anna.....	66
Figura 28 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale.....	94
Figura 29 - Suddivisione per genere degli accordi di smart working gennaio-ottobre 2021	X
Figura 30 - Suddivisione per genere delle giornate di smart working usufruite gennaio-ottobre 2021	X
Figura 31 - Suddivisione per Dirigenza/Comparto degli accordi di smart working gennaio-ottobre 2021	XI
Tabella 1- Popolazione al 01/01/2020. Fonte: anagrafi comunali. Popolazione al 01/01/2021. Fonte: <i>Fonte: Istat (dati.istat.it)</i>	6
Tabella 2 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 suddivisi per distretto <i>Fonte: Istat (dati.istat.it) 01/01/2021</i>	7
Tabella 3 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per genere – anno 2020	8
Tabella 4 - Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2019	8

Tabella 5 - Rete di offerta assistenza ospedaliera: posti letto medi rilevati nel mese di settembre 2020-2021.....	15
Tabella 6 - Ricoveri erogati per ospedale	15
Tabella 7 - Domanda espressa dal territorio (esclusa mobilità passiva extraregionale) per specialità di dimissione: 2021 (* 2021 rolling: ricoveri da dicembre 2020 a novembre 2021) e scostamento rispetto al 2020 e al 2019	16
Tabella 8 - mobilità passiva dei ricoveri per Azienda di dimissione.....	18
Tabella 9 Fasi del Piano.....	19
Tabella 10 - Dati relativi ai ricoveri COVID per Ospedale di ammissione (Fonte SIAVR)	19
Tabella 11 - Ricoveri Covid per ospedale di ammissione ospedali ULSS 9 (1/10/2021-24/1/2022*)(Fonte SIAVR).....	20
Tabella 12- Accessi in PS	20
Tabella 13- Gravità Accessi in PS in entrata ed in dimissione (stima 2021).....	21
Tabella 14- Specialistica erogata stima 2021 (dic20-nov21).....	22
Tabella 15 - Prestazioni erogate in strutture a gestione diretta.....	22
Tabella 16 Tamponi (Molecolari ed Antigenici rapidi)	23
Tabella 17 - Strutture a gestione diretta attive nel 2021.....	23
Tabella 18 - Strutture in convenzione attive nel 2021	24
Tabella 19 - Istituti e centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L.833/78 – posti letto 2021	24
Tabella 20- Ospedali di Comunità: posti letto previsti e attivati	24
Tabella 21 - Ospedali di Comunità COVID nel Piano pandemico Autunno 2021	25
Tabella 22- Hospice: decorrenza attivazione e posti letto.....	25
Tabella 23 - Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta convenzionati con l'ULSS 9 al 31/12/2020-2021....	25
Tabella 24 – Numero di Associazioni e Medici aderenti per Medicine di Rete, Medicine di Gruppo e Medicine di Gruppo Integrate (fonte UOS Medicina Convenzionata).....	26
Tabella 25- Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA) – anno 2021	27
Tabella 26 - Utenti in ADI e tipologia di figura che effettua l'accesso	27
Tabella 27 - Numero utenti e valore del contributo ICD erogato	28
Tabella 28- Assistenza Residenziale (fonte STS24)	28
Tabella 29- Assistenza Semi-Residenziale (fonte STS24)	29
Tabella 30 - Elenco centri prelievi tamponi a gennaio 2022.....	32
Tabella 31 - Numero di tamponi eseguiti per Screening Covid	33
Tabella 32 –SISP	35
Tabella 33 –Attività di Screening	35
Tabella 34 - Bio monitoraggio PFAS I livello.....	36
Tabella 35 - Monitoraggio PFAS II livello- rischio cardiovascolare.....	36
Tabella 36 - Attività SPISAL	37
Tabella 37 – SIAN	37
Tabella 38 - Servizio Veterinario Sanità Animale	38
Tabella 39 - Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	38
Tabella 40 -Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produz. Zootecniche e igiene Urbana Animale.....	38
Tabella 41 - Personale dipendente in servizio al 31/12/2021 (Fonte UOC Gestione Risorse Umane ULSS 9)	40
Tabella 42 - Cessati ed assunti a tempo indeterminato nel 2020.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
Tabella 43 - Andamento assenze medie pro capite 2020	42

Tabella 44 - Personale convenzionato al 31/12	42
Tabella 45 - Conto Economico Consuntivo 2020	43
Tabella 46 - Confronto CE consuntivo 2020 e BEP 2022 area sanitaria	44
Tabella 47 – Indicatore di tempestività dei pagamenti da sito Amministrazione trasparente in data 21/1/2022.....	44
Tabella 48 – Analisi Indicatori correnti rispetto allo storico	49
Tabella 49 - Aree strategiche e Macro-obiettivi	52
Tabella 50 - Percentuali di copertura Vaccino anti Covid - aggiornate al 29 dicembre 2021	55
Tabella 51 - Valore Tariffato Ricoveri non urgenti Confronto pre-pandemia.....	61
Tabella 52 - Valore Tariffato Prestazioni Ambulatoriali Confronto pre-pandemia.....	62
Tabella 53- Andamento mensile valore tariffato prestazioni ambulatoriali.....	63
Tabella 54 - Periodo di riferimento: 01/11/2020 - 31/10/2021	65
Tabella 55 - Rispetto dei limiti di costo 2020 e stima rispetto nel 2021 con dati relazione agli scostamenti III CECT	68
Tabella 56 - Analisi consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale	68
Tabella 57 - Limiti di Costo 2021 Decreto n.80 del 30 luglio 2021 e n.108 del 14 ottobre 2021	68
Tabella 58 - Raccordo tra performance organizzativa e quota erogabile.....	91
Tabella 59 - Valutazione numerica Item della scheda	92
Tabella 60 - Quota della retribuzione di risultato erogata Dirigenza	92
Tabella 61 - Valutazione numerica item della scheda	93
Tabella 62 - Quota della retribuzione di risultato erogata Comparto	93
Tabella 63 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016.....	94



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITÀ

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, lì

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

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC Controllo di Gestione

TRASMESSA PER CONOSCENZA A: