



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE 2019

Deliberazione del Commissario n.682 del 30 giugno 2020
Allegato A

Indice

1. Presentazione	pag	3
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder esterni	pag	6
2.1 La normativa di riferimento	pag	7
2.2 L'AOUI in cifre	pag	8
2.2.1 Attività assistenziale	pag	8
2.2.2 Personale dipendente	pag	9
2.2.3 Bilancio di genere	pag	11
2.2.4 Sintesi dei risultati economici	pag	12
3. Risultati raggiunti e scostamenti	pag	13
3.1 L'attività assistenziale	pag	13
3.2 Didattica, Formazione e Ricerca	pag	18
3.3 Gli studi clinici	pag	21
3.4 L'innovazione	pag	21
3.4.1 Stewardship Antibiotica VErona (SAVE)	pag	22
3.4.2 I progetti innovativi	pag	24
3.5 La qualità della vita in Ospedale	pag	26
3.5.1 Le azioni volte al miglioramento del livello di umanizzazione	pag	26
3.5.2 L'approccio integrato nell'area della sicurezza	pag	31
3.5.3 La Farmacovigilanza	pag	34
3.5.4 Il PAP ed il Comitato Unico di Garanzia	pag	36
3.5.5 Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	pag	39
3.5.6 Internal Auditing	pag	41
3.6 Il giudizio dei "Valutatori terzi"	pag	43
3.6.1 Il Progetto Bersaglio	pag	43
3.6.2 Il Programma Nazionale Esiti	pag	46
3.6.3 La valutazione della Regione Veneto	pag	48
3.6.4 Gli obiettivi operativi 2019	pag	48
3.7 Performance 2019: analisi degli scostamenti ed osservazioni	pag	56
3.8 Sintesi dei punteggi	pag	64
4. Risorse, efficienza ed economicità	pag	67
4.1 Risultati d'esercizio	pag	67
4.2 Il Bilancio	pag	69
4.3 I tempi di pagamento ai Fornitori	pag	70
5. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance	pag	71
Allegato 1. Il quadro normativo di riferimento	pag	72

1. Presentazione

Il Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 prevede che le Amministrazioni Pubbliche redigano, entro il 30 giugno di ogni anno, la *Relazione sulla Performance*, il documento volto ad evidenziare, a consuntivo e con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

L'obbligatorietà dell'adozione di questo strumento è stata ribadita anche dalla Regione Veneto, che con la DGR n 140/2016¹ ha fornito precise linee-guida in materia di performance alle aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale.

Un elemento fondamentale nell'ambito del Ciclo della Performance è quello rappresentato dalla necessità di integrare lo stesso con i processi relativi alla qualità dei servizi resi, alla trasparenza, all'integrità ed alle misure volte alla prevenzione della corruzione.

Il collegamento tra il *Piano della Performance* ed il *Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza*² viene realizzato attraverso l'inserimento di obiettivi specifici ripresi nei documenti programmatori aziendali; esso costituisce un elemento di garanzia che consente alle pubbliche amministrazioni di operare in modo eticamente corretto, perseguendo obiettivi di efficacia e di efficienza, facilitando il rapporto con i cittadini.

L'adozione della Relazione sulla Performance anno 2019 conclude il Ciclo della Performance dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (d'ora in poi: AOUI), che ha preso avvio con la pubblicazione del *Piano della Performance 2019*³, l'atto programmatico attraverso il quale l'AOUI ha individuato i propri **grandi obiettivi strategici**:

garantire elevati livelli di **eccellenza**, potenziando il proprio ruolo di centro *hub* nel contesto provinciale, regionale e nazionale attraverso:

- il mantenimento dell'attività di ricerca e lo sviluppo della sperimentazione clinica
- il potenziamento dell'attività trapiantologica (fegato, rene, cuore, midollo) e di procurement
- l'attivazione del *Liver and Biliary Center*
- il miglioramento della performance dei Centri di Riferimento Regionali
- la presa in carico dei pazienti oncologici, anche attraverso il miglioramento delle performance dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)
- la continua implementazione delle reti cliniche, con particolare riferimento alle reti tempo-dipendenti (IMA, Ictus, Trauma, trasporto neonatale)
- lo sviluppo di aree specialistiche pediatriche: cardiologia, cardiologia interventistica, cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillo facciale, oculistica, ortopedia, ORL
- il mantenimento delle performance registrate nel panel di indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE), del Progetto Bersaglio (Network Regioni-MeS), e del Progetto ONDA.

¹ DGR n 140 del 16.02.2016: Organismi Indipendenti di Valutazione 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 (LR 22/2011, art 1, comma 2).

² Deliberazione del Direttore Generale n 70 del 31.01.2019: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021

³ Deliberazione del Direttore Generale n 71 del 31/01/2019: Piano della Performance 2019 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

aumentare **efficacia ed efficienza** del proprio sistema attraverso:

- l'attuazione del nuovo Atto Aziendale, anche attraverso la riorganizzazione dei processi amministrativi di supporto
- il contenimento dei tempi di attesa ambulatoriali e di ricovero, con particolare attenzione alla chirurgia oncologica, alla cardiocirurgia e all'ortopedia
- la riorganizzazione del sistema emergenza-urgenza, attraverso la realizzazione del coordinamento trasporti SUEM 118 su base provinciale
- la revisione dei protocolli di accesso e di triage avanzato nei Servizi di Pronto Soccorso, anche al fine della riduzione dei tempi di attesa
- la riorganizzazione dei percorsi in urgenza/emergenza
- la riorganizzazione dell'area medica presso l'ospedale di Borgo Roma
- il consolidamento delle performance chirurgiche
- la riduzione della degenza media dei ricoveri in alcune aree
- il potenziamento dei percorsi di cura, dei percorsi di presa in carico e dei percorsi di dimissione per le principali patologie cronico-degenerative (pazienti diabetici, continuità riabilitativa ortopedica, trattamento dell'ictus), anche attraverso il miglioramento delle performance dei Gruppi Interdisciplinari
- l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale

migliorare la **qualità della vita in ospedale**, per i pazienti ed i loro familiari e per il personale, attraverso:

- il miglioramento di tutti gli aspetti legati all'accoglienza dei pazienti e dei loro familiari
- l'implementazione dell'approccio integrato nell'area della sicurezza
- la garanzia di efficaci azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati
- l'implementazione delle Cure Palliative
- la promozione di interventi atti a migliorare il clima organizzativo interno ed il benessere dei dipendenti
- il consolidamento della cultura aziendale relativa agli aspetti legati alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione
- il completamento dell'organizzazione: a Borgo Trento dell'Ospedale Donna e Bambino, a Borgo Roma dell'Edificio Nord
- la realizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di riqualificazione dell'ospedale di Borgo Roma

Gli indirizzi strategici individuati nel *Piano della Performance* sono stati declinati in obiettivi operativi, integrati con le indicazioni pervenute dalla Regione Veneto⁴, condivisi con il Collegio di Direzione, presentati all'Organo di Indirizzo ed all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOUI e successivamente formalizzati, a conclusione degli incontri di negoziazione, a tutte le strutture aziendali per mezzo della Scheda Obiettivi 2019.

Gli obiettivi sono stati descritti, motivati e corredati da analisi di approfondimento nel Documento di Direttive – Linee Operative per il Budget 2019, trasmesso unitamente alla Scheda Obiettivi a tutte le Unità Operative aziendali.

L'adozione formale del processo di Budget 2019 è stata oggetto di Deliberazione del Direttore Generale n 607 del 10/06/2019, mentre il suo stato di avanzamento, monitorato trimestralmente, è stato periodicamente presentato all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOUI.

⁴ DGRV n 248 del 08/03/2019: Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.

Al momento della stesura della presente Relazione non è ancora pervenuta la valutazione definitiva da parte della Regione Veneto, che tuttavia nel corso del 2019 ha costantemente attenzionato l'andamento della gestione attraverso incontri periodici coi referenti regionali, invio di documentazione e la pubblicazione dello status degli indicatori sul Datawarehouse regionale.

La *Relazione sulla Performance* si configura, in quanto documento con funzione di comunicazione verso l'esterno, come un atto ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti.

Resa pubblica e scaricabile *on line* nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'AOUI Verona (<http://www.aovr.veneto.it>), la *Relazione* verrà sottoposta per la validazione (atto prodromico all'erogazione economica di quanto correlato agli obiettivi), all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona entro i tempi previsti dalla normativa vigente, e successivamente inviata alla competente V Commissione Consiliare della Regione Veneto e al Dipartimento Funzione Pubblica.

Il Commissario
Dott. Francesco Cobello

2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholder esterni

L'azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (AOUI):

- è stata costituita con DGRV n. 3345/2009 ed attivata a far data dal 01.01.2010. Ha sede legale in Verona, Piazzale Stefani 1, Partita I.V.A./CF 03901420236. È dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, finanziaria e tecnica.
- La sua Direzione è costituita dal Direttore Generale⁵ e da Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario che lo coadiuvano, ciascuno secondo l'ambito di propria competenza, nell'esercizio delle funzioni che gli sono attribuite.
- Opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni tra le Aziende del SSR.
- Costituisce, per l'Università degli Studi di Verona, il punto di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica, formazione e ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia. Nel rispetto delle prerogative di autonomia in materia di programmazione, la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona e AOUI realizzano il confronto e l'integrazione della programmazione universitaria con quella aziendale.
- La sua missione istituzionale è rappresentata dal raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, in un processo che include in modo inscindibile la didattica, intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione, e la ricerca volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche, biomediche ed organizzative.
- Si articola in due sedi ospedaliere: l'ospedale di Borgo Trento (già ospedale Civile Maggiore), collocato nella zona nord della città, e l'Ospedale di Borgo Roma (già Ospedale Policlinico) nella zona sud di Verona. Nell'area dell'ospedale di Borgo Trento, originariamente organizzato a padiglioni, insiste un monoblocco denominato Polo Chirurgico "Confortini", ed è ormai a pieno regime il nuovo Ospedale della Donna e del Bambino, ultimato nel 2017. Contestualmente nell'ospedale di Borgo Roma è stato attivato il nuovo "Edificio Nord", destinato all'erogazione di prestazioni diurne, che affianca l'originale struttura a monoblocco per la quale sono in fase di ultimazione importanti interventi di riqualificazione edilizia.
- Nel contesto della rete ospedaliera l'Azienda costituisce uno dei due Centri Hub a valenza regionale presenti in Veneto, centro di eccellenza a livello nazionale nonché centro di riferimento per alcune funzioni (es. chirurgia oncologica, emergenza neonatale, ustioni, trapianti).

⁵ Per l'anno 2020 il Presidente della Regione Veneto ha nominato il Commissario con i poteri di Direttore Generale (Decreto n. 55 del 17.12.2019), ai sensi dell'Art. 13 comma 8 duodecies della LRV n. 56/94 e dell'Art. 29 della LRV 19/2016, e ciò al fine di "...allineare la scadenza dell'incarico alle scadenze degli altri direttori generali delle aziende sanitarie della Regione e consentire il perseguimento delle progettualità programmatiche in essere...".

- In AOUI operano oltre 5.000 dipendenti tra medici ospedalieri ed universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale ed amministrativo. Inoltre, contribuiscono all'attività dell'Azienda oltre 1.700 collaboratori "atipici" (medici in formazione specialistica, borse di studio e ricerca, contratti libero-professionali).
- Certificata dal 2002 con Certificazione ISO 9001:2008, anche per il biennio 2018-2019 ha ottenuto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (Onda) tre bollini rosa per la qualità delle cure. I bollini rosa vengono assegnati alle strutture ospedaliere impegnate nella promozione della medicina di genere e che si distinguono per l'offerta dei servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie femminili.

L'AOUI fa propri i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici del proprio modello di funzionamento: la pratica professionale e clinica devono essere guidate dalle più aggiornate tecniche e procedure, per le quali si disponga di provata evidenza, per assicurare gli standard più elevati secondo criteri di appropriatezza, nel rispetto del principio della corretta gestione delle risorse a disposizione. L'Organigramma aziendale, pubblicato sul sito istituzionale nell'area "Amministrazione Trasparente" (<http://www.aovr.veneto.it>) definisce l'assetto organizzativo complessivo dell'AOUI.

2.1 La normativa di riferimento

Per l'anno 2019 il quadro normativo principale di riferimento per l'operatività dell'AOUI è ancora quello delineato dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, approvato con Legge Regionale n. 23 del 29.06.2012 e modificato con Legge Regionale n. 46 del 3.12.2012. L'attuazione del Piano è stata realizzata tramite le *Schede di programmazione ospedaliere e territoriali*, approvate con DGRV n. 2122 del 19.11.2013, che per ciascuna Azienda indicavano: numero e organizzazione dei presidi, specialità, reparti, posti letto, day hospital, strutture intermedie e servizi ambulatoriali. L'adeguamento dell'organizzazione aziendale, secondo gli indirizzi previsti dal provvedimento sopracitato, è invece contenuta nell'Atto Aziendale.

Si ricorda inoltre l'istituzione di Azienda Zero, (Legge Regionale n. 19 del 25.10.2016), il nuovo organismo regionale "per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale".

Le ulteriori principali disposizioni nazionali e regionali che costituiscono il quadro normativo di riferimento sono riportate in Allegato 1.

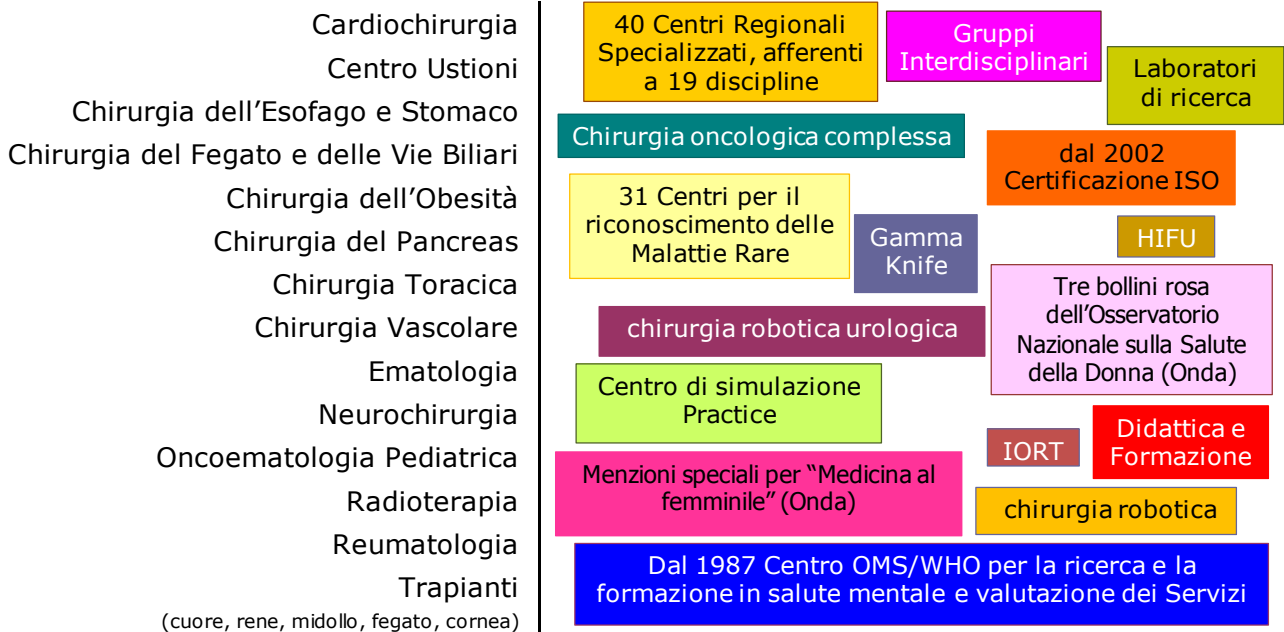
2.2. L'AOUI in cifre

2.2.1 Attività assistenziale

Strutture	Ospedale Borgo Roma Ospedale Borgo Trento	Attività giornaliera	1.050 pazienti ricoverati
Posti letto	Ricovero Ordinario: 1.215 Ricovero Diurno: 124		140 accessi in Day Hospital
Unità Operative	Unità Operative Complesse sanitarie: 70 Unità Semplici a valenza Dipartimentale: 17 Strutture in staff alle Direzioni (Generale, Sanitaria, Amministrativa): 18		150 interventi chirurgici 370 accessi in Pronto Soccorso 4.100 pazienti ambulatoriali 9 parti

Nel contesto della rete ospedaliera l'AOUI costituisce uno dei due **Centri Hub di eccellenza di rilievo regionale** presenti nella Regione Veneto e struttura di riferimento per alcune funzioni (es. chirurgia oncologica, emergenza neonatale, ustioni, trapianti). L'AOUI vede riconosciuti nei 40 Centri Regionali Specializzati, afferenti a 19 specialità cliniche, e 31 Centri per il riconoscimento delle malattie rare. È inoltre Polo Oncologico di riferimento all'interno della Rete Oncologica del Veneto (ROV).

Alte Specialità ed attività di eccellenza



2.2.2 Personale dipendente

In AOUI operano circa 5.000 dipendenti tra medici ospedalieri ed universitari, infermieri, operatori sanitari, personale tecnico/professionale ed amministrativo. Inoltre, contribuiscono all'attività dell'Azienda oltre 1.700 collaboratori "atipici" (medici in formazione specialistica, borse di studio e ricerca, contratti libero-professionali...). La tabella sintetizza la consistenza del personale dipendente alla data del 31 dicembre 2019:

	Personale Ospedaliero	Personale Universitario in convenzione
Dirigenti	782	195
Personale non dirigente	3.996	35
totale	4.778	230

Di seguito il trend di raffronto con gli anni precedenti

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Unità effettive (teste al 31.12.2019)	5.097	5.103	5.127	5.081	4.954	5.008
Unità equivalenti*	4.795	4.770	4.831	4.809	4.735	4.733

Ai fini dell'elaborazione il tempo-lavoro del personale universitario è ovviamente considerato al 50%, per tener conto dell'obbligo istituzionale legato alle attività di didattica e di ricerca proprie del ruolo.

La tabella a seguire dettaglia invece il trend della consistenza del personale AOUI espressa in termini "Full Time Equivalent" (FTE), parametro che descrive il numero di dipendenti equivalenti a tempo pieno, misurati in relazione al periodo di presenza effettiva nell'anno ed alle varie tipologie contrattuali (part time, forme contrattuali con meno ore giornaliere rispetto al full time, etc).

	Unità Equivalenti (FTE)	2017			2018			2019		
		Pers. Ospedaliero	Pers. Universitario	Totale	Pers. Ospedaliero	Pers. Universitario	Totale	Pers. Ospedaliero	Pers. Universitario	Totale
area Dirigenza	Dirigenti Medici	698,5	88,2	786,7	705,8	83,7	789,5	699,9	86,0	785,9
	Dirigenti Sanitari	62,2	9,5	71,7	58,1	9,6	67,7	60,1	10,4	70,5
	Dirigenti PTA (Professionali, Tecnici, Amministrativi)	20,6	-	20,6	18,9	-	18,9	16,0	-	16,0
area Comparto	Infermieri	2.041,0	0,1	2.041,1	2.033,5	-	2.033,5	2.055,0	-	2.055,0
	Tecnici Sanitari	474,4	12,2	486,6	463,2	12,2	475,4	468,2	11,8	480,0
	Amministrativi	552,7	4,1	556,8	529,8	3,5	533,3	525,0	3,3	528,3
	Tecnici non Sanitari (esclusi OTAA/OSS)	263,3	2,5	267,8	244,5	2,5	247,0	224,6	2,4	227,0
	OTAA/OSS	576,5	-	576,5	569,5	-	569,5	570,0	-	570,0
Totale complessivo		4.691,2	116,6	4.807,8	4.623,3	111,5	4.734,8	4.618,8	113,9	4.732,7

Solo l'1,2% dei Dirigenti ha un rapporto di **lavoro part-time**, quota che sale al 12,3% per il personale afferente all'area del Comparto.

Complessivamente **l'età media** del personale è in crescita costante: nel 2011 era pari a 44,7 anni, mentre nel 2019 si è attestato su un valore di 48,8 anni.

Categoria	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	>55 anni
Dirigenti Medici	50,0	50,5	50,9	50,9	51,1	51,0	50,7	39%
Dirigenti Sanitari	52,0	51,8	52,0	51,9	52,2	53,3	54,4	52%
Dirigenti PTA	50,3	51,9	52,7	53,5	54,5	55,6	54,6	72%
Infermieri	42,6	43,3	44,0	44,2	44,6	45,1	45,5	16%
Tecnici Sanitari	45,9	46,8	46,9	46,8	47,1	47,3	47,6	30%
Amministrativi	50,4	51,1	51,7	52,2	52,7	53,2	53,5	52%
Tecnici non Sanitari	48,6	49,5	50,3	50,7	51,4	52,0	52,4	42%
OTAA OSS	48,5	49,4	50,2	50,7	51,4	52,0	52,4	42%
AQUI Verona	46,4	47,1	47,7	47,9	48,3	48,7	48,8	31%

L'ultima colonna della tabella riporta la percentuale di dipendenti che nel 2019 risultavano avere un'età superiore ai 55 anni, fascia che comprende la metà dei dirigenti sanitari e del personale amministrativo. Solo ¼ dei dirigenti amministrativi è al di sotto dei 55 anni; complessivamente la quota di dipendenti con età uguale o maggiore a 55 anni rappresenta quasi 1/3 del totale del personale in attività.

Il fenomeno dell'invecchiamento del personale sta notoriamente accomunando tutte le Pubbliche Amministrazioni in Italia, ma nel settore sanitario il suo impatto risulta sicuramente maggiore rispetto ad altre aree. Se si considera che una quota sempre crescente di dipendenti presenta prescrizioni/limitazioni all'attività lavorativa - ad esempio rispetto a movimentazione e carichi dei pazienti, ai vincoli sull'effettuazione dei turni di servizio in fascia notturna, alla sempre maggiore difficoltà di adattamento a carichi di lavoro e allo stress da lavoro legato alla fatica fisica e mentale, ai turni di guardia, alle costrittività organizzative - o comunque condizioni di inidoneità ad alcune mansioni, appare evidente come l'invecchiamento della popolazione lavorativa abbia conseguenze importanti in termini organizzativi e gestionali.

L'evidenza è stata sottolineata anche dall'ultimo Piano Socio Sanitario Regionale della Regione Veneto, che dedica un intero paragrafo (pag 171) alla trasformazione della geografia delle professioni sanitarie e degli altri operatori:

*"... un fenomeno che ha caratterizzato gli anni recenti è l'allungamento della vita lavorativa del personale che ha indotto un rilevante cambiamento demografico e la conseguente necessità di realizzare **politiche di age management**, che tengano in considerazione il progressivo aumento dell'età media dei lavoratori. Contestualmente si rende necessario introdurre politiche proattive di gestione del personale che considerino l'intero arco della vita lavorativa, favorendone il benessere e il mantenimento all'interno del contesto di lavoro. Tali interventi dovranno essere tra di loro coordinati ed integrati e dovranno riguardare sia gli aspetti organizzativi ed ergonomici del lavoro sia la promozione della salute."*

2.2.3 Bilancio di genere

La tabella a seguire riporta i dati⁶ relativi all'analisi quali-quantitativa delle risorse umane, in base a quanto previsto dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione (delibera 112/2010) per quanto riguarda il bilancio di genere.

**Autorità Nazionale Anti Corruzione, Delibera 112/2010, Scheda n 2:
Analisi quali-quantitativa delle risorse umane**

	Indicatori	2019
Analisi caratteri quali- quantitativi	Età media dei dirigenti (anni)	53,62
	Tasso crescita unità di personale negli anni	0,91
	% di dipendenti in possesso di laurea	43,33%
	% di dirigenti in possesso di laurea	100,00%
	Ore di formazione (media per dipendente)	33,66
	Turnover del personale	135,79%
	Costi di formazione/spese del personale	381.070
Analisi del Benessere Organizzativo	Tasso di assenze	5,94%
	Tasso di dimissioni premature	N.D.
	Tasso di richieste di trasferimento	N.D.
	Tasso di infortuni	1,89%
	Stipendio medio annuo lordo percepito dai dipendenti	37.200
	% di personale assunto a tempo indeterminato	98,72%
Analisi di genere	% di dirigenti donna	47,52%
	% di donne rispetto al totale del personale	73,84%
	Stipendio medio percepito dal personale donna (distinto per personale dirigente e non)	77.000 – 27.700
	% di personale donna assunto a tempo indeterminato	74,00%
	Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non)	D 51,28 – non D 51,46
	% di personale donna laureato rispetto al totale personale femminile	38%
Ore di formazione femminile (media per dipendente di genere femminile)	28,19	

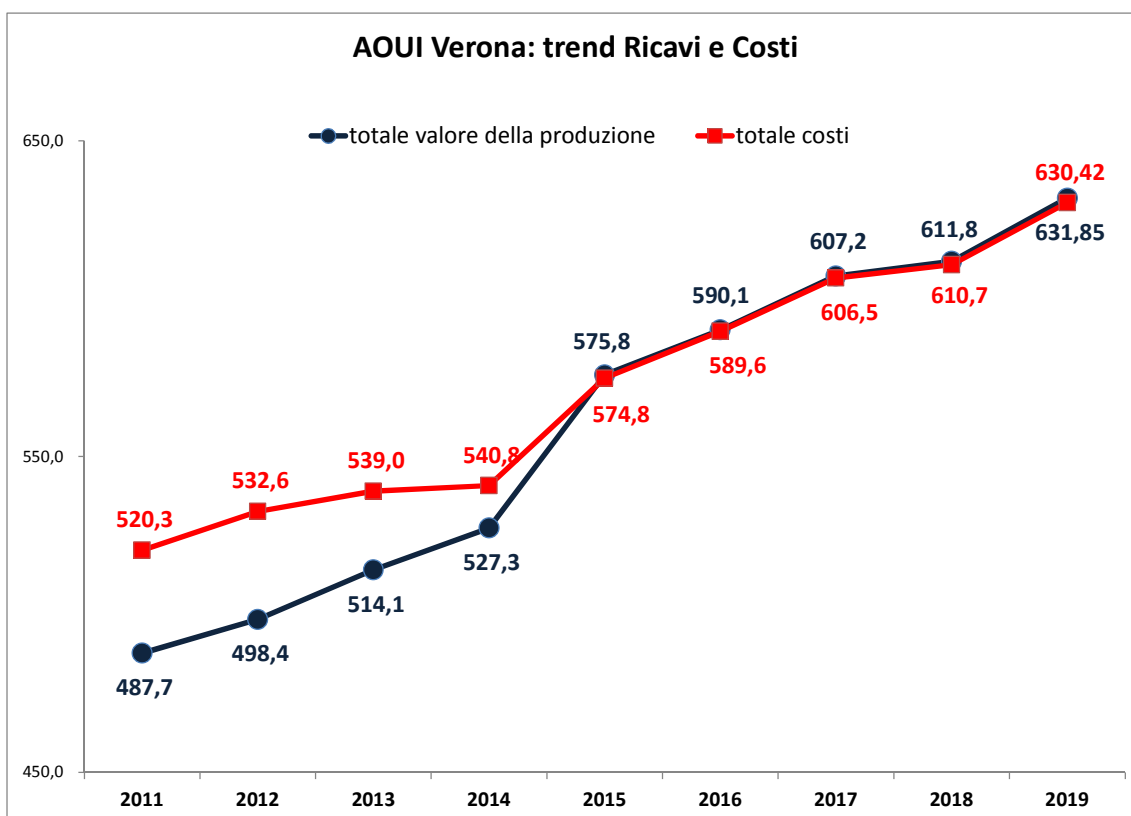
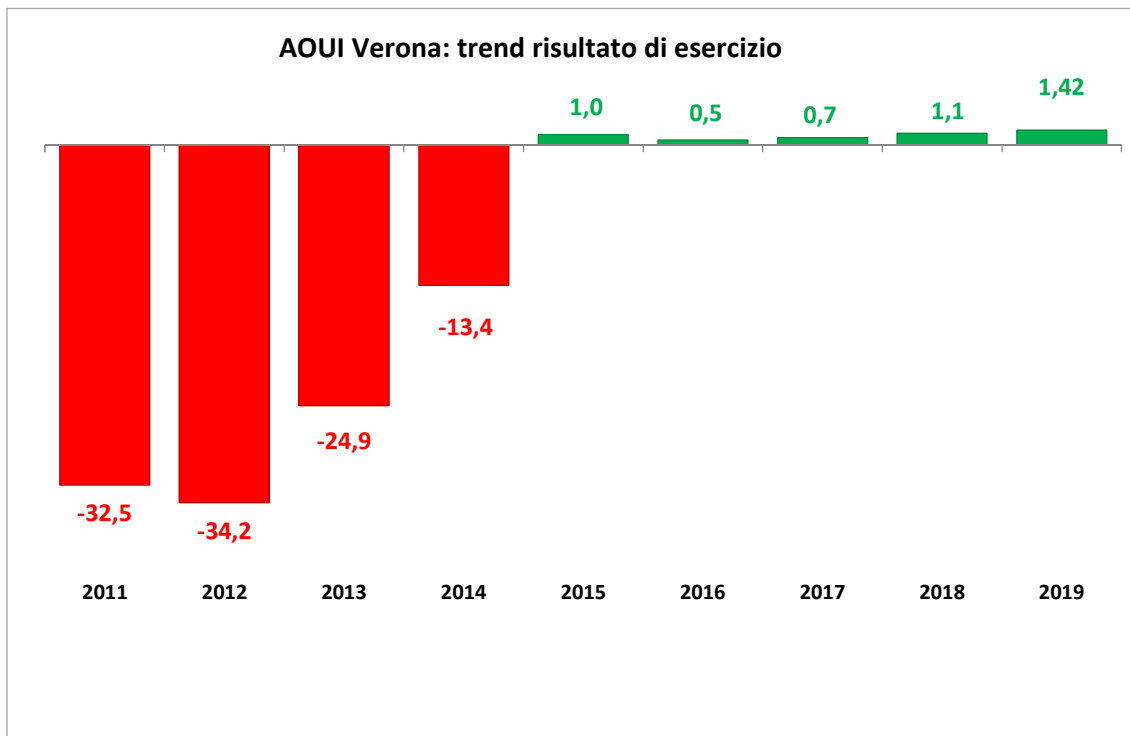
La prevalenza di dipendenti di genere femminile è netta (74%), la maggior parte delle quali con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Si precisa come la rilevante quota di "dirigenti donna" (47,52%) sia dovuta all'inquadramento del personale medico nella categoria dirigenziale, così come previsto dai contratti vigenti.

⁶ Dati forniti da UOC Gestione Risorse Umane, personale universitario in convenzione e rapporti con l'Università

2.2.4 Sintesi dei risultati economici

I grafici illustrano il trend che ha portato al positivo risultato di equilibrio economico-finanziario, raggiunto per il quinto anno consecutivo:



3. Risultati raggiunti e scostamenti

3.1 L'attività assistenziale

La tabella che segue mostra sinteticamente i principali risultati raggiunti in AOUI in termini di attività nel quinquennio 2015-2019.

Attività	Consuntivo 2015	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019	Delta % 2019-2018
N. ricoveri ordinari (RO)	46.399	47.980	49.497	49.265	49.009	-0,5%
Degenza Media (RO)	8,5	8,2	7,8	7,8	7,9	+1,3%
Valore Medio per caso trattato (RO)	€ 5.098	€ 5.112	€ 5.111	€ 5.135	€ 5.215	+1,6%
N. DRG di alta complessità (RO+DH)	7.145	7.380	7.576	7.455	7.575	+1,6%
Valore Medio DRG di alta complessità (ricovero ordinario)	€ 15.852	€ 16.049	€ 16.040	€ 16.344	€ 16.263	-0,5%
N. Interventi chirurgici	36.944	37.963	38.342	37.911	36.912	-2,6%
N. Day Hospital	16.512	16.531	15.232	14.847	14.924	+0,5%
% pazienti provenienti da altre Regioni	15,1%	15,9%	16,3%	16,3%	16,7%	+2,5%
N. DRG di alta complessità extra Regione	1.759	1.889	2.039	2.010	2.067	+2,8%
Valore Medio DRG di alta complessità extra Regione	€ 16.475	€ 16.622	€ 17.382	€ 17.031	€ 16.846	-1,1%
N. prestazioni di specialistica ambulat.	4.854.205	4.822.424	4.993.781	5.266.831	5.337.961	+1,4%
N. accessi in Pronto Soccorso	132.803	131.611	133.498	133.486	136.097	+2,0%

Dopo anni di crescita costante del numero di ricovero ordinario, nell'ultimo biennio l'attività è risultata sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente: la lieve flessione (-0,5%) è riconducibile ai casi con DRG medico (-0,9%).

La contrazione registrata a carico del numero di interventi chirurgici (-2,6%) era in qualche modo attesa, in quanto determinata dal fenomeno della nota carenza di medici anestesisti verificatasi a partire dagli ultimi mesi del 2018 e proseguita per tutto il 2019.

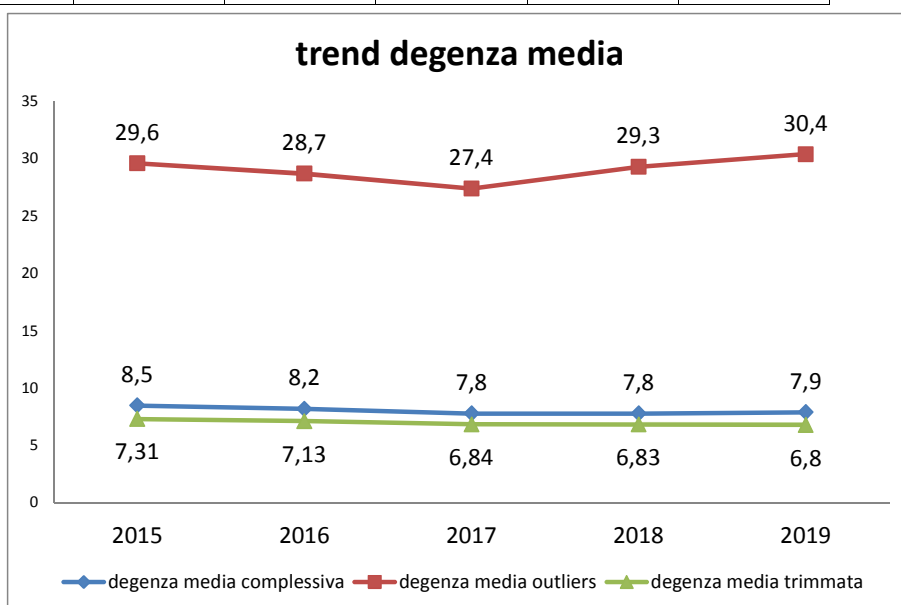
Dopo un biennio di relativa stabilità il valore della degenza media registra un lieve aumento (+1,3%), ma va sottolineato come, a partire dal 2014, la degenza si sia ridotta di quasi 1 giornata pur a fronte di un tendenziale aumento della complessità dei casi trattati, deducibile indirettamente dall'aumento del valore medio per caso trattato (+1,6%).

Non va dimenticato l'impatto esercitato sulla degenza media complessiva dai cosiddetti casi outliers, coi quali si identificano quegli episodi di ricovero la cui durata di degenza si discosta in maniera statisticamente significativa da quella dell'insieme degli altri pazienti attribuiti allo stesso DRG (per ciascun DRG il sistema vigente definisce una soglia di durata di degenza oltre la quale il ricovero

viene considerato anomalo). In AOUI la percentuale di questi casi si è ridotta dal 5,5% del 2015 al 4,6% nel 2019 - valore che si ritiene non ulteriormente aggredibile in quanto *fisiologico* per un'azienda ospedaliera - mentre la loro degenza media si è assestata su un valore pari a 30,4 giornate.

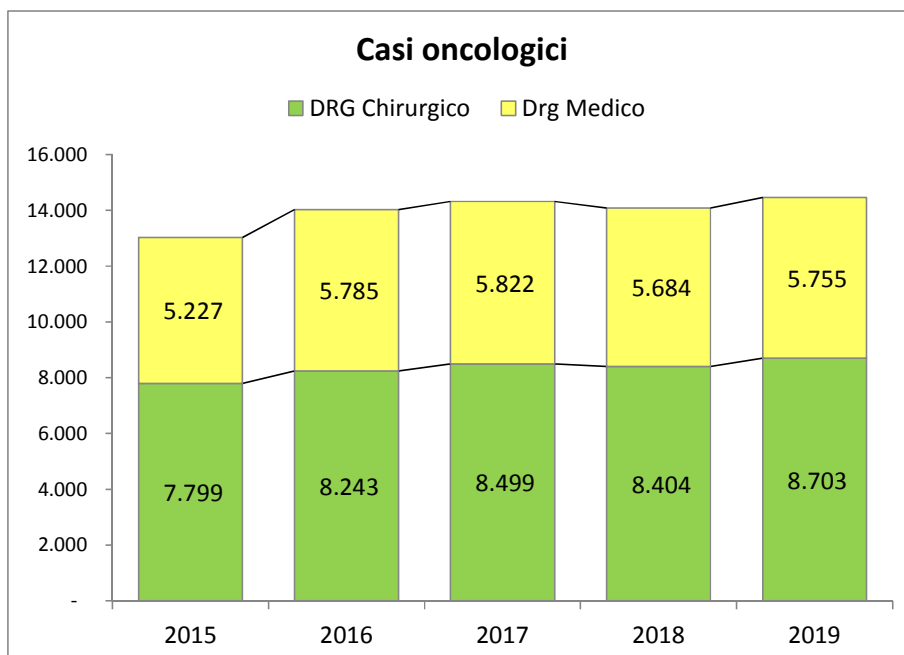
	2015	2016	2017	2018	2019
N. ricoveri outliers	2.559	2.370	2.399	2.192	2.259
% outliers sul totale dei ricoveri	5,5%	4,9%	4,9%	4,5%	4,6%
Degenza Media casi outliers	29,6	28,7	27,4	29,3	30,4

Al netto dei casi outliers la **degenza media** dell'AOUI nel 2019 registra un valore di 6,8 giornate.



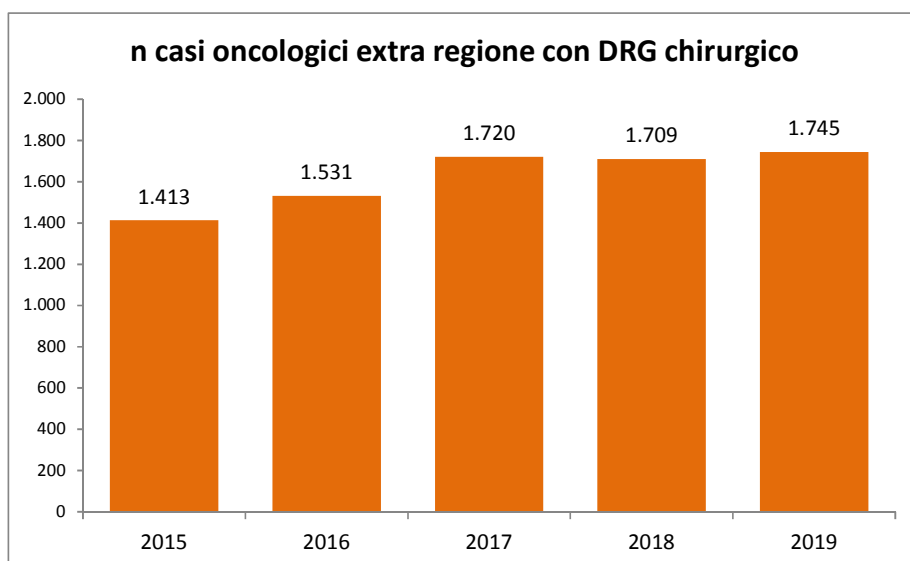
La vocazione oncologica di AOUI resta uno degli elementi di forte caratterizzazione dell'attività svolta.

Nel 2019 il 23% dei pazienti trattati in ricovero presentava almeno una diagnosi oncologica: il grafico illustra il trend dei **casi oncologici** trattati in regime di ricovero negli ultimi 5 anni, ai quali andrebbe ovviamente sommata la quota di pazienti ambulatoriali.



L'AOUI si conferma quale Ospedale di riferimento anche per pazienti provenienti da fuori regione registrando uno dei migliori risultati a livello nazionale tra le Aziende Ospedaliere: l'incidenza percentuale di tali pazienti risulta pari al 16,7%, valore in crescita costante a partire dal 2014.

Di estremo rilievo la capacità di attrazione esercitata dalla chirurgia oncologica effettuata in AOUI, che si conferma in costante crescita.

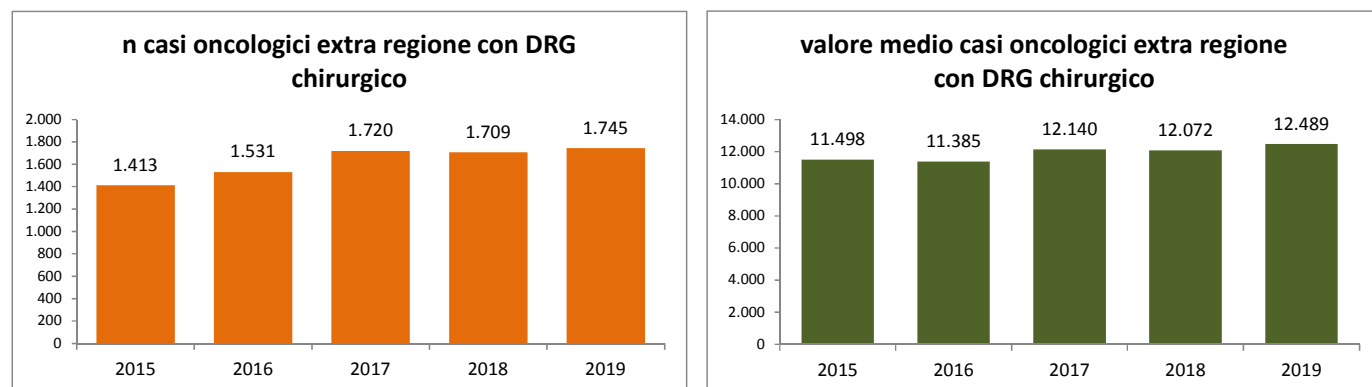


Se in alcuni casi può essere motivata dalla prossimità geografica, come sembra plausibile per i pazienti provenienti da regioni del nord limitrofe al Veneto, appare estremamente significativo il trend di Campania, Puglia e Sicilia, che nel 2019 hanno rappresentato il 25% di tutti i casi oncologici chirurgici provenienti da extra regione:

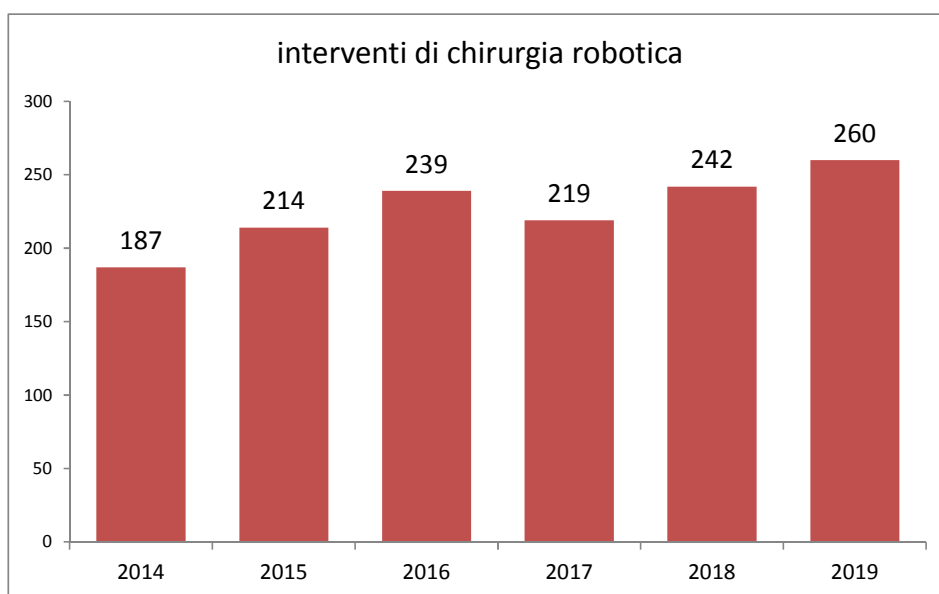
Trend pazienti oncologici provenienti da extra regione con DRG chirurgico

	2015	2016	2017	2018	2019
PIEMONTE	30	34	40	27	35
VALLE D'AOSTA	4	3	3	2	-
LOMBARDIA	292	314	349	352	413
P.A. BOLZANO	32	47	42	44	46
P.A. TRENTO	123	139	148	127	131
FRIULI V.G.	53	64	73	84	72
LIGURIA	32	34	37	36	30
Nord	566	635	692	672	727
EMILIA ROMAGNA	151	140	153	153	135
TOSCANA	61	44	39	55	68
UMBRIA	10	12	13	20	28
MARCHE	39	34	38	49	39
LAZIO	54	69	74	70	72
Centro	315	299	317	347	342
ABRUZZO	26	23	32	19	25
MOLISE	2	3	7	12	14
CAMPANIA	83	97	128	116	118
PUGLIA	101	113	122	125	115
BASILICATA	6	12	11	12	11
CALABRIA	67	79	73	86	92
SICILIA	165	165	212	196	211
SARDEGNA	52	62	76	82	59
Sud	502	554	661	648	645
altro	30	43	50	42	31
totale	1.413	1.531	1.720	1.709	1.745

La complessità dei casi oncologici extra regione trattati con chirurgia è desumibile dal valore medio dei rispettivi DRG chirurgici prodotti:



Di pari passo l'utilizzo della chirurgia robotica evidenzia un costante trend di crescita; avviata in ambito urologico, tale attività si sta progressivamente estendendo alla chirurgia addominale ed alle chirurgie specialistiche.



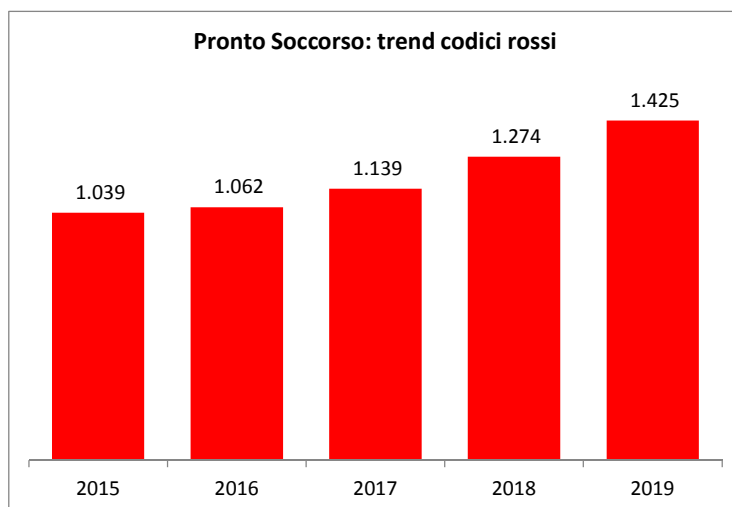
Anche l'attività specialistica ambulatoriale ha fornito un forte segnale di miglioramento nel corso degli anni, che si è confermato determinante anche per il 2019 con un incremento del +1,5% delle prestazioni erogate.

Da ultimo va invece evidenziato un preoccupante aumento dell'attività di Pronto Soccorso, con oltre 136.000 accessi annui, per una media giornaliera di 365 presenze. Il 16% degli accessi ha dato origine ad un ricovero ospedaliero.

Il dato appare di particolare rilevanza se si considera che la quota di ricoveri urgenti in AOUI è stabilmente collocata oltre il 50%, un valore elevato per un'azienda ospedaliera che dovrebbe – per status – trattare prevalentemente pazienti in elezione. Va evidenziato come la collocazione delle due sedi ospedaliere dell'AOUI nel contesto urbano della città di Verona fa sì che esse siano considerate, anche per ragioni storiche, gli "ospedali della città", ai quali la cittadinanza si rivolge in caso di

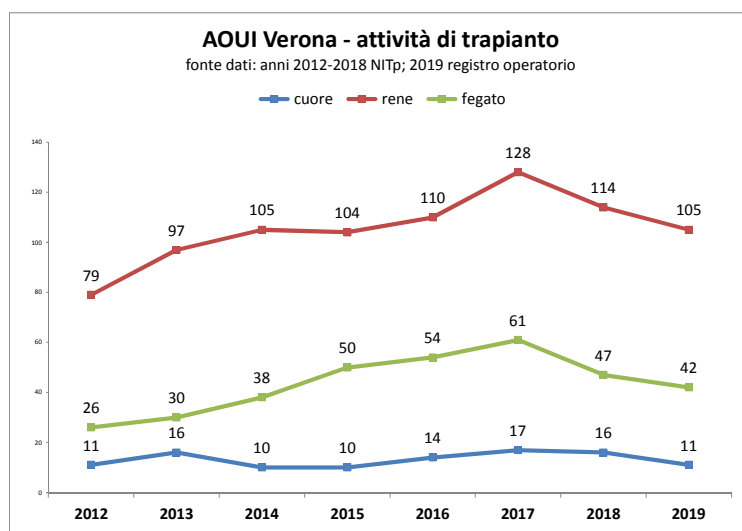
necessità. AOUI continua a ricoprire il ruolo di unico ospedale urbano, come testimoniato dalle migliaia di accessi registrati dai suoi due Pronto Soccorso confrontati con le altre realtà ospedaliere della provincia di Verona.

Da segnalare, con preoccupazione, anche come il livello di **gravità** degli accessi in Pronto Soccorso risulti in costante aumento, con una media giornaliera di 4 accessi in codice rosso a fronte di una sostanziale stabilità dei codici bianchi e verdi.



In AOUI il programma di **trapianti** d'organo ha raggiunto livelli considerevoli.

La flessione evidenziata a partire dal 2018 trova motivazione nella variazione registrata a livello nazionale del numero di trapianti, determinata dall'introduzione di liste uniche per la priorità di accesso al trapianto



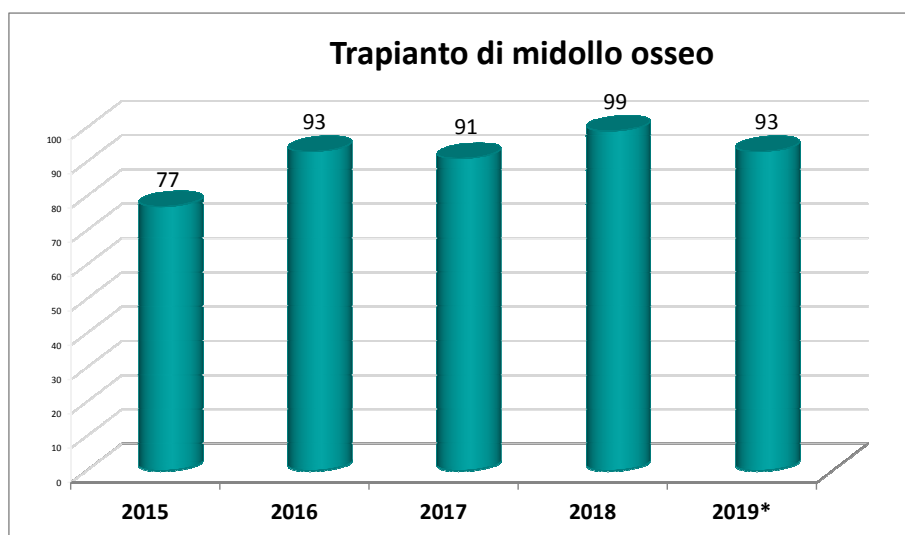
Per il trapianto di rene è infatti andata consolidandosi l'attribuzione dei trapianti in modo *indipendente* dal singolo Centro Trapianti, con l'istituzione di una lista unica sovra-regionale nell'ambito del Nord Italian Transplant (NITp), mentre per il trapianto di fegato la Regione Veneto ha introdotto una lista unica regionale con assegnazione di un tetto di attività diversificato per i singoli Centri Trapianto⁷.

Nel panorama nazionale del 2019 il Centro Trapianti Renali dell'AOUI è risultato il 4° centro in Italia per volume di attività, con 105 complessivi trapianti di rene, e 2° centro per attività nell'ambito del Nord Italia Transplant. Il risultato ottenuto è determinato dalla variegata tipologia di offerta: in AOUI vengono infatti eseguiti trapianti di rene singolo e doppio (tutti e due i reni vengono trapiantati in un unico ricevente) da donatore deceduto, trapianti da donatore vivente, compresi i trapianti definiti "difficili" sul piano immunologico, i riceventi pediatrici ed i trapianti da donatore vivente gruppo

⁷ Nota del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 296896/2018

sanguigno ABO compatibile ed incompatibile. La % di soddisfazione lista è tra le più alte in Italia (> 20%) e questo si traduce in un tempo medio d'attesa inferiore alla media nazionale (Dati ISS/CNT).

L'AOUI è inoltre sede di un Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche che coinvolge, in maniera congiunta, tutte le unità cliniche e di raccolta/processazione, afferenti alle Unità Operative di Ematologia, Oncoematologia Pediatrica e Medicina Trasfusionale, che negli anni hanno consolidato anche l'attività di trapianto di midollo osseo, volta sia a pazienti adulti che pediatrici.



3.2 Didattica, Formazione e Ricerca⁸

In AOUI le funzioni relative a Formazione e Didattica, oltre a quelle espletate attraverso i percorsi istituzionali legati alla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Verona, sono garantite dalle attività programmate nel Piano Aziendale della Formazione e da quelle realizzate presso il Centro di Simulazione Practice Verona. Dal 2015 l'AOUI di Verona è stata accreditata Provider ECM standard a seguito di verifica del possesso dei requisiti effettuata dalla Regione Veneto. L'AOUI di Verona per il 2019 nel suo **piano formativo** aveva previsto e inserito nel portale regionale ECM 206 eventi formativi con richiesta di accreditamento ECM. Di questi ne sono stati concretamente realizzati 104 pari al 50,49% del totale. Questi eventi hanno visto la partecipazione sia di personale dipendente che di personale esterno.

In aggiunta a quanto sopra, il Provider ha gestito/accreditato ulteriori 66 eventi ECM, non compresi inizialmente nel Piano formativo presentato in Regione e dei quali la Direzione Strategica, i Dipartimenti e le UOC avevano manifestato la necessità in relazione a situazioni contingenti non prevedibili in fase di programmazione e legate ad eventi improvvisi occorsi in ospedale o sul territorio.

Complessivamente quindi il Provider ha rendicontato 170 eventi ; se si considerano le riedizioni

⁸ Capitolo redatto dal Direttore dell'UOC Servizio per lo sviluppo della Professionalità e Innovazione

del medesimo evento i corsi accreditati sono stati 437. Infine, il Provider ha accreditato percorsi di formazione che nel 96,03% dei casi rientrano tra gli obiettivi formativi posti dalla Regione Veneto e dal Ministero della salute.

Complessivamente hanno partecipato ai corsi 9.877 soggetti, 7.042 dei quali hanno ricevuto crediti ECM, mentre 2835 hanno partecipato a corsi non accreditati. Le professioni che hanno acquisito crediti sono state 31.

In tutti i corsi accreditati sono stati regolarmente somministrati i questionari di gradimento, dai quali si evidenzia la totale assenza di segnalazioni negative: questo dato è sorprendente e segnala come la sola somministrazione del questionario forse non intercetta eventuali deficit organizzativi o formativi. In relazione a tale evidenza sono stati proposti, soprattutto per i corsi di durata e di impegno più rilevante, audit e focus group interni al corso: questi approcci valutativi, proposti dal Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione come metodologia di analisi sistematica di criticità e punti di forza, rappresentano uno degli elementi di innovazione, proposti inizialmente in via sperimentale e successivamente adottati dall'Azienda.

Dall'analisi dei risultati emersi sino ad ora dall'applicazione di tali strumenti, delle criticità collegate e delle possibili azioni di miglioramento si è evidenziata la necessità di: a) un più accurato utilizzo della comunicazione interna; b) un miglioramento nell'utilizzo dei laboratori di simulazione; c) di sfruttare meglio l'opportunità di registrazione audio-video di alcuni eventi per la successiva revisione critica sugli aspetti tecnici e metodologici affrontati. Comunque anche considerando i focus group, dai report acquisiti agli atti risulta che il 90% dei discenti esprime una valutazione positiva in merito al percorso formativo e agli strumenti messi a disposizione.

Per gli aspetti economico-gestionali, nel 2019 l'AOUI di Verona ha speso per le attività di formazione accreditate ECM € 267.874,38. Nello stesso periodo dalle quote di iscrizione sono stati ricavati € 92.480,29. La rimanente frazione di spesa è stata coperta attraverso sponsorizzazioni, che non sono state versate all'AOUI, ma hanno coperto direttamente spese vive legate alla organizzazione/gestione dei corsi e gestite direttamente dalle segreterie organizzative dei corsi stessi.

Per quanto attiene **l'attività di ricerca**, l'AOUI ne riconosce il valore fondamentale sia per il personale universitario che ospedaliero, garantendo ogni sforzo per assicurarne lo sviluppo presso le proprie articolazioni organizzative. I risultati ottenuti godono di riconoscimenti esterni importanti, l'ultimo dei quali è desumibile dall'ultima valutazione del Network Regioni⁹, che certifica l'elevato livello di attività scientifica svolta in AOUI Verona posizionatasi al primo posto tra le strutture pubbliche non IRCSS valutate.

Nel corso del 2018 è stato autonomamente avviato un processo di valutazione dell'attività di ricerca dell'AOUI, seguendo il metodo dell'analisi della pubblicistica dei suoi dipendenti e degli universitari in

⁹ Scuola Superiore S. Anna di Pisa – Laboratorio Management e Sanità (MeS): Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali: i risultati delle Aziende Ospedaliero-Universitarie a confronto. Anno 2018

convenzione attraverso l'utilizzo di database correnti per la valutazione degli indici bibliometrici di un ricercatore (vedere relazione anno 2018).

Nell'analisi fu preso in considerazione il triennio 2016-2018 con l'obiettivo di costituire una valutazione di base per eventuali futuri sviluppi in termini di mantenimento o miglioramento delle attuali performances, utilizzata anche per definire gli obiettivi di budget 2019. L'analisi si basa sulla composizione delle Unità Operative comunicata dal Controllo di Gestione.

Come già a suo tempo chiaramente espresso, l'analisi non ha lo scopo di mettere in competizione tra loro le diverse strutture aziendali, né di costruire graduatorie di merito per le stesse, ma di fare una sintesi del complesso lavoro di ricerca e diffusione delle conoscenze attivo in Azienda.

Per l'anno 2019 è stata condotta la medesima analisi e sono stati confrontati i dati con il triennio precedente (vedi tabella allegata). Dalla tabella emerge chiaramente come la ricerca si confermi in AOUI elemento portante delle attività nel loro complesso: nel 2019 sono stati pubblicati complessivamente 3018 lavori scientifici, numero superiore a quello medio per anno nel triennio precedente (circa 2560 lavori/anno); parallelamente le citazioni sono state 107778 (80000 circa per anno nel triennio 2016-2018) e l'indice di Hirsch totale pari a 744 (644 per anno nel triennio precedente) a dimostrazione della elevata qualità dei prodotti e di un impatto rilevantissimo sulla letteratura scientifica mondiale.

Produzione scientifica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona:
confronto fra il triennio 2016-2018 e l'anno 2019.

	totale triennio 2016-2018	media annua triennio 2016-2018	anno 2019
H-Index	1963	654	744
Documenti	7686	2562	3018
Citazioni	240246	80082	107778

In media ciascun dirigente di primo o secondo livello ha pubblicato 3 lavori su riviste scientifiche indicizzate ed è stato citato 106 volte: da considerare che il numero di citazioni è cumulativo e comprende anche lavori che, pubblicati negli anni precedenti, sono stati citati nel 2019.

Il valore medio annuo di h-index (media=0,7) è conferma del rilievo delle pubblicazioni nella letteratura scientifica medica/assistenziale: oltre il 25% delle pubblicazioni del 2019 è stato citato più di 1 volta; oltre la metà dei ricercatori è citato più di 13 e il 25% più di 79 volte.

3.3 Gli studi clinici

Per quanto riguarda gli studi clinici, si riportano alcuni risultati recentemente trasmessi da Azienda Zero, relativi al periodo gennaio-dicembre 2019 ed estratti dal Registro Regionale della la Ricerca Clinica (CRSM), che evidenziano il buon livello di performance raggiunto da AOUI in quest'ambito.

Tabella 4. Studi interventistici con farmaco o dispositivo medico valutati per la prima volta nel 2019, per Azienda Sanitaria.



Azienda Sanitaria	n.	var ass vs 2018
Ulss-1 Dolomiti	2	-5
Ulss-2 Marca Trevigiana	7	-8
Ulss-3 Serenissima	14	-4
Ulss-4 Veneto Orientale	1	-1
Ulss-5 Polesana		
Ulss-6 Euganea	7	3
Ulss-7 Pedemontana		
Ulss-8 Berica	19	-16
Ulss-9 Scaligera	6	-8
AO Padova	35	-62
AOUI Verona	88	8
IOV	57	-10
Regione Veneto	245	-83

Tabella 5. Tempistica media di avvio per gli studi interventistici con farmaco o dispositivo medico con esito positivo nel 2019, per Azienda Sanitaria.



Azienda Sanitaria	gg. lavorativi	var % vs 2018
Ulss-1 Dolomiti	26	-16%
Ulss-2 Marca Trevigiana	30	-44%
Ulss-3 Serenissima	37	28%
Ulss-4 Veneto Orientale	43	0%
Ulss-5 Polesana	43	0%
Ulss-6 Euganea	51	-32%
Ulss-7 Pedemontana		
Ulss-8 Berica	42	-7%
Ulss-9 Scaligera	40	-18%
AO Padova	51	28%
AOUI Verona	23	-30%
IOV	57	-12%
Regione Veneto	41	-11%

3.4 L'innovazione

E' purtroppo noto come per le strutture sanitarie pubbliche la capacità di realizzare innovazione rappresenti ormai una sfida: i serrati vincoli economici ed il pesante apparato normativo ai quali è

necessario far riferimento – solo per citare due tra i molteplici fattori che concorrono ad ingessare il sistema pubblico – limitano molto le prospettive di azione e lo scenario delle possibilità di sviluppo. Ciononostante, in ogni organizzazione la spinta al miglioramento continuo dovrebbe essere salvaguardata, unitamente alla motivazione del proprio Personale, e riconosciuta come elemento in grado di garantire valore aggiunto alle prassi quotidiane e all’operatività.

Tale necessità diventa imperativa per un’azienda ospedaliera come l’AOUI: partendo da questo presupposto, a partire dal 2018 nel processo di budget è stata inserita l’area dell’innovatività, volta ad evidenziare alcuni processi di sviluppo elaborati autonomamente dalle Unità Operative, dei quali si riportano alcuni esempi.

3.4.1 Stewardship Antibiotica VERona (SAVE)¹⁰

La prescrizione di antibiotico si distingue da quella di altri farmaci per l’impatto esercitato non solo sul singolo paziente, ma anche sulla flora ospedaliera, e quindi sugli altri degenti: la stretta correlazione tra l’impiego di un antibiotico ed i livelli di resistenza è infatti dimostrata.

In Italia la resistenza è un fenomeno molto più grave che nella maggior parte degli altri paesi europei, verosimilmente in relazione ad un uso eccessivo e spesso non appropriato di antibiotici, soprattutto ad ampio spettro e di ultima generazione, ad un ingiustificato protrarsi della profilassi pre-operatoria ed ad un insufficiente applicazione delle norme igieniche, principalmente il lavaggio delle mani. Ciò è tanto più preoccupante se si considera che da oltre vent’anni la ricerca in quest’ambito ha prodotto una quantità di molecole sempre minore e che all’orizzonte non si intravedono importanti novità. La crescita del fenomeno delle resistenze impatta a vari livelli: dalla prolungata ospedalizzazione all’aumento della mortalità ospedaliera, dalla diminuzione dell’efficacia della profilassi chirurgica alla riduzione dell’efficacia di chemioterapie, dall’aumento dei ricoveri in terapia intensiva a quello dei costi. Diventa pertanto impellente attuare politiche volte a migliorare ed ottimizzare l’utilizzo della terapia antibiotica: questo è il fine dei programmi di antibiotic stewardship, che designano un complesso di interventi diretti al monitoraggio e all’orientamento dell’utilizzo degli antibiotici in ospedale, in linea con quanto stabilito dal Piano Nazionale per la lotta all’antibiotico-resistenza (PNCAR) che per il triennio 2017-2020 riconosce i seguenti obiettivi: almeno 5% di riduzione nel consumo di antibiotici per uso sistemico (dal 2016 al 2020); almeno riduzione del 10% del consumo di fluorochinoloni (dal 2016 al 2020); almeno riduzione del 10% della prevalenza di MRSA e di CRE (dal 2016 al 2020).

Il progetto Stewardship Antibiotica VERona (SAVE) è stato fortemente voluto dalla Direzione aziendale, che ne ha affidato il Coordinamento all’UOC Malattie Infettive. Il Core team di SAVE è costituito dalla Direzione Medica Ospedaliera (Igiene), dal Servizio Farmacia, dall’UOC Microbiologia e dall’USD Psicologia Clinica di Borgo Roma. Il progetto mira in generale ad una riduzione del consumo degli antibiotici e ad un miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva. Il programma di stewardship è strutturato con una fase intensiva di osservazione ed educazione con elaborazione di

¹⁰ Capitolo redatto con il supporto dell’UOC Malattie Infettive

linee guida condivise per la terapia empirica e la profilassi chirurgica (2-3 mesi) e ad un periodo di follow-up di 9-12 mesi in cui viene misurata periodicamente l'appropriatezza prescrittiva.

Nel
2018

- 7 Unità Operative dell'AOUI hanno aderito al progetto SAVE e completato la fase di osservazione intensiva: Medicina Generale per lo studio ed il trattamento della Malattia Ipertensiva, Medicina Generale ad indirizzo Immunoematologico ed Emocoagulativo, Geriatria A, Geriatria B, Chirurgia Generale ed Epato-Biliare, Urologia, Ortopedia B.
- I quattro reparti internistici (Medicina Generale per lo studio ed il trattamento della Malattia Ipertensiva, Medicina Generale ad indirizzo Immuno-Ematologico ed Emo-Coagulativo, Geriatria A e Geriatria B) hanno concluso la procedura di verifica e validazione delle linee guida dedicate tra il mese di luglio ed il mese di settembre.
- Inoltre, le stesse unità hanno partecipato all'evento educativo (3-4 ottobre 2018) per l'ottenimento della Certificazione SAVE, che è stata conseguita con successo da due medici afferenti a ciascuna UOC a cui è seguito l'inizio del periodo di follow-up con audit e feedback periodici, in corso al termine dell'anno.
- Chirurgia Generale ed EpatoBiliare, Urologia, Ortopedia B e Cardiochirurgia, col coordinamento del team SAVE hanno redatto e validato 4 documenti per la prescrizione empirica e la profilassi antibiotica in chirurgia
- Nove medici afferenti alle UO di Urologia, Ortopedia e Chirurgia EpatoBiliare hanno partecipato all'evento educativo tenutosi a marzo 2019 e conseguito la certificazione per la prescrizione antibiotica.

Nel
2019

- Due reparti di area medica (Cardiologia e Pneumologia) e il Pronto Soccorso di Borgo Trento hanno completato la fase di osservazione intensiva ed è iniziata la stesura e/o l'aggiornamento delle linee guida di terapia empirica per gli ambiti di loro interesse.
- Cardiochirurgia e Terapia Intensiva Cardiochirurgica, la Chirurgia Toracica e la Chirurgia Vascolare hanno terminato la fase di osservazione intensiva e i due referenti per il progetto SAVE parteciperanno al corso di formazione in tema di antibiotici ad inizio febbraio 2020.
- Negli ultimi mesi 2019 è iniziata la fase di osservazione intensiva nei tre reparti di Chirurgia Generale di Borgo Trento.

A livello complessivo rispetto al 2018 si sono osservate riduzioni importanti nel consumo complessivo di antibiotici per uso sistemico e di fluorochinoloni, in linea con quanto richiesto dal Piano Nazionale per la lotta all'antibiotico-resistenza. In particolare:

- il consumo complessivo di antibiotici in termini di Dosi Definite Giornaliere (DDD) per 1000 giornate di degenza è passato da 783,82 a 714,62 (-8,8%);
- per i fluorochinoloni la riduzione nel 2019 rispetto al 2018 è stata del -43,2%, dato che conferma il trend di riduzione avviato nel 2018 (-19,7%);
- in riduzione appaiono inoltre il consumo di carbapenemi (-9,2%) e di cefalosporine di III generazione (-20,1%).

Le Unità Operative coinvolte hanno contribuito in modo sostanziale a tali risultati: nei 12 mesi di osservazione post-intervento, il consumo complessivo di antibiotici per uso sistemico si è ridotto in media del 20%, il consumo di fluorochinoloni del 70% e quello di carbapenemi del 24%. Gli audit sulla prescrizione antibiotica hanno parallelamente mostrato un progressivo miglioramento della appropriatezza prescrittiva, con buona aderenza alle indicazioni fornite nelle linee guida introdotte dal progetto.

Anche il consumo di gel alcolico, indicatore di aderenza alle procedure di lavaggio delle mani, ha registrato nel 2019 un ulteriore incremento rispetto agli anni precedenti, passando da 11,57 a 14,95 e 21,33 litri per 1000 giornate di degenza negli anni 2017, 2018 e 2019 rispettivamente (+43% al confronto 2019/2018). La performance dei reparti coinvolti nel progetto SAVE anche in questo caso ha avuto un impatto non trascurabile, con un aumento medio del consumo pari al 58%.

Consumo complessivo in AOUI	2017	2018	2019	Var 2017/2018	Var 2018/2019
Antibiotici per uso sistemico (ATC J01) (DDD per 1000 giorni degenza)	752,84	783,82	714,62	4,1%	-8,8%
Fluorochinoloni (DDD per 1000 giorni degenza)	95,262	76,489	43,469	-19,7%	-43,2%
Cefalosporine di III generazione (DDD per 1000 giorni degenza)	74,996	90,331	72,140	20,4%	-20,1%
Carbapenemi (DDD per 1000 giorni degenza)	72,275	55,334	50,247	-23,4%	-9,2%
gel alcolico (litri per 1000 giorni degenza)	11,57	14,95	21,33	+ 29,2%	+42,7%

3.4.2 I progetti innovativi

A partire dal 2018 alcune Unità Operative hanno avviato una serie di progetti innovativi, sintetizzati di seguito, che hanno visto la loro implementazione nel corso del 2019. Si tratta di attività particolari o specifiche, alcune trasversali a più Unità Operative o interdipartimentali, che certamente contribuiranno allo sviluppo di AOUI.

UOC coinvolte	Progetti innovativi trasversali
Chirurgia Generale ed EpatoBiliare USD Liver Unit Medicina Generale per lo studio e il trattamento della malattia ipertensiva Oncologia	Sviluppo/potenziamento dell'attività assistenziale e di ricerca nel settore delle patologie del fegato ed implementazione di nuovi modelli di gestione dei pazienti.
Chirurgia Generale ed EpatoBiliare USD Liver Unit Radiologia BR	Implementazione del Centro di terapie loco-regionali epato-biliari
Radioterapia Fisica Sanitaria	Estensione dell'implementazione clinica di un nuovo sistema di pianificazione del trattamento multi-criterio al nuovo acceleratore lineare Varian True Beam
Anestesia e Rianimazione A Anestesia e Rianimazione B USD Anestesia e TI in Chirurgia Cardiaca e Toracica USD Rianimazione e TI Polivalente	Stesura ed adozione di due protocolli condivisi: 1. formazione di un gruppo di medici anestesisti prevalentemente e funzionalmente dedicato alla gestione dell'anestesia pediatrica; 2. revisione del protocollo pre-operatorio attualmente in uso in AOUI.
Terapia del dolore Anestesia e Rianimazione B	Presentazione dei risultati dell'indagine su "Azioni di contrasto al dolore nei pazienti ricoverati, valutazione e trattamento del dolore" e individuazione di azioni di miglioramento.
Terapia del dolore Anestesia e Rianimazione B	Definizione di protocolli trasversali sulla gestione del dolore post-operatorio e post-traumatico, sul modello Acute Pain Service
Pronto Soccorso BR Pronto Soccorso BT Medicina Legale	Messa a punto di protocollo relativo ad omicidio stradale
Pronto Soccorso BR Pronto Soccorso BT Medicina Generale ad indirizzo Immunoematologico	Definizione di un percorso per la gestione del paziente con anemia in PS

UOC coinvolte	Progetti innovativi trasversali
Pronto Soccorso BR Psichiatria	Redazione ed attivazione di un protocollo condiviso sulla gestione del paziente in agitazione psicomotoria in PS.
Pronto Soccorso BT Geriatrics A Geriatrics B Medicina Generale ed SDC	Implementazione del PDTA Codice argento: gestione/trattamento integrato del paziente geriatrico (>70) con problematiche internistiche.
Neuropsichiatria Infantile Pediatria ad indirizzo critico	Monitoraggio elettroclinico in TIN e TI Pediatria del neonato critico.
Medicina Trasfusionale Controllo di Gestione	Analisi sull'utilizzo del consumo di emocomponenti sui 5 DRG principali attraverso la piattaforma regionale Qlik
Psicosomatica e Psicologia Medica USD Psicologia Clinica BR	Progetto Mastocitosi: effettuazione dello screening psicologico ed eventuali interventi di supporto psicologico ai pazienti; prime visite psichiatriche ai soggetti risultati positivi allo screening psicologico, ed eventuale presa in carico farmacologica.
Anatomia Patologica USD Diagnostica Epatica e Gastroenterologica	La trasformazione dell'anatomia patologica da analogica a digitale
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni Oncologia Radioterapia Medicina Nucleare Chirurgia Senologica Anatomia Patologica Radiologia BR Radiologia BT Miglioramento Qualità	Ottenimento della certificazione Eusoma

UOC	Progetti innovativi
Angiologia	Gestione del tromboembolismo venoso (TEV) che accede al Pronto Soccorso: implementazione del progetto
Chirurgia Generale ed Epatobiliare	Implementazione del Centro di chirurgia mini-invasiva del colon-retto: monitoraggio dell'efficacia dell'adozione dei protocolli ERAS sulla durata della degenza e sugli outcome clinici; miglioramento dell'informazione rivolta a pazienti e familiari
USD Chirurgia Endocrina	Utilizzo dell'ecografia preoperatoria da parte del chirurgo endocrino per individuare i pazienti candidabili a linfeotomia del comparto centrale Gestione della nausea e vomito postoperatorio nel paziente tireodectomizzato
Oncologia	Progetto "Cure Palliative"
Radioterapia	Implementazione dell'attività clinica sul nuovo Linac Variant Truebam STX2
Centrale Operativa SUEM	Mantenimento dell'attività di accreditamento altri Enti (DGR 1515)
Pediatria ad indirizzo diabetologico	Educazione terapeutica e telemedicina nel diabete in età pediatrica
Pediatria	Disturbi ostruttivi del sonno: miglioramento del grado di specializzazione. Miglioramento del progetto di monitoraggio e registrazione domiciliare nei lattanti con ALTE (Apparent Life Threatening Event).
USD Allergologia	Realizzazione ed adozione di una scheda unica di terapia per il DH
Malattie Infettive e Tropicali	Definizione del progetto relativo a malattie sessualmente trasmissibili, finalizzato anche all'incremento dell'attrazione extra regione (casi ambulatoriali)
Medicina Generale e Mal Aterotrombotiche e Degenerative	sezione Medicina Generale ad indirizzo Urgente (MEGU): raggiungimento dei livelli di qualità e di appropriatezza del percorso
Psichiatria	Centro Regionale di riferimento per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA): 1) collaborazione col Referente regionale per la Salute Mentale nella stesura delle nuove linee-guida per il trattamento in terapia ambulatoriale intensiva ed in Day Hospital; 2) implementazione dell'attività.
Psicosomatica e Psicologia Medica	Progetto Europeo HEATH4LGTBI
USD Psicologia Clinica BR	Attività di formazione e counseling per lo sviluppo di competenze atte a gestire le situazioni relazionali complesse

UOC	Progetti innovativi
Fisica Sanitaria	Piani di trattamento complessi (IMRT-VMAT-Tomotherapy) con data di inizio richiesta a meno di 5 gg lavorativi (>80%).
Immunologia	Verso l'accreditamento: appropriatezza ed algoritmi diagnostici nel paziente con connettivopatia autoimmune
Laboratorio Analisi	Verifica diagnostica marcatori tumorali CEA e CA 15-3 per Amid Oncologia (PDTA mammella): refertazione di almeno il 90% degli esami richiesti entro le 48 h
Medicina Trasfusionale	mantenimento di un nuovo sistema dipartimentale per il trasporto del sangue e degli emocomponenti raccolti dalle sedi di raccolta al Polo Unico di Lavorazione del sangue e per la distribuzione degli emocomponenti prodotti e validati dal Polo Unico di Lavorazione alle Strutture Trasfusionali di utilizzo.
Microbiologia e Virologia	a) Monitoraggio delle infezioni ospedaliere: incremento attività di screening per multiresistenze in area medico-geriatrica. b) Attivazione Allert Germi Sentinella in cartella clinica informatizzata.
Neuroradiologia	a) Implementazione della gestione e utilizzo di dispositivi innovativi ad alto impatto clinico/economico per la rimozione /aspirazione di trombi cerebrali con approccio endovascolare b) HIFU, aumento dei casi trattati
Radiologia BR	Regime di post-ricovero e riduzione delle liste di attesa per indagini radiologiche Eco, TC e RM
Radiologia BT	a) Esecuzione di biopsie polmonari su apparecchio angiografo; b) HIFU: aumento attività

3.5 La qualità della vita in Ospedale

Gli ospedali che compongono l'AOUI sono sistemi complessi, che nell'ultimo decennio hanno affrontato pesanti sfide in termini di adeguamenti strutturali e conseguenti riorganizzazioni interne. Ciononostante, come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, i risultati raggiunti ed i riconoscimenti ottenuti depongono in favore di una AOUI capace di offrire elevati livelli di cure e standard didattici, formativi e scientifici di eccellenza. Ora che le ristrutturazioni edilizie sono ormai completate alla Direzione aziendale è apparso necessario focalizzare gli sforzi anche su una dimensione che è stata denominata "Qualità della vita in Ospedale", a comprendere molteplici aspetti: il livello di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, la qualità della comunicazione col paziente ed i familiari, le relazioni interne (nelle equipe e tra i gruppi di lavoro), la vivibilità ed il comfort degli spazi fisici, la sicurezza, la tutela delle fragilità, le azioni di contrasto al dolore, il clima organizzativo interno.

Sono stati diversi gli obiettivi inseriti nelle Schede di Budget 2019, e con riferimento alle varie aree sopra elencate di seguito ne vengono illustrati alcuni.

3.5.1 Le azioni volte al miglioramento del livello di umanizzazione¹¹

Per Umanizzazione si intende quel processo in cui si pone il malato al centro della cura. Questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia ad una come persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute. Il processo di Umanizzazione consiste, sostanzialmente, nel ricondurre al centro l'uomo con la sua esperienza di malattia e i suoi vissuti, permettendo alle organizzazioni sanitarie di garantire il recupero della centralità del paziente facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia ma anche di quelli psicologici, relazionali e sociali.

¹¹ Capitolo redatto a cura del Direttore UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti Legge Regionale 22/2002

L'Umanizzazione in Sanità e quindi il concetto di centralità del paziente nei servizi sanitari, è stato più volte affermato a livello legislativo in ambito nazionale e regionale. Il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 introduce il principio del "costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini, della valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie". Il Patto per la salute 2014-2016 afferma che "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si devono impegnare ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza". Con la Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", con la DGR n. 2501 del 6 agosto 2004 e, recentemente, con la DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016, vengono definiti una serie di requisiti relativi all'Umanizzazione dedicando un'intera area ed estendendo il concetto non solo al paziente ma anche ai familiari, operatori e a tutti i caregiver: Area 8 "Impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica".

La nuova norma ISO 9001:2015 attraverso l'enunciazione del primo dei sette principi, "La focalizzazione sul cliente", invita le organizzazioni a comprendere e a soddisfare le esigenze e le aspettative del cliente e delle altre parti interessate in modo che ogni tipo di interazione possa fornire un'opportunità per creare valore.

Nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 è presente una sezione dedicata all'Umanizzazione delle cure e dei servizi che indica che il compito del SSR e di ciascuna attività delle Aziende Ulss e Ospedaliere è far sì che i luoghi di cura e gli interventi sanitari siano in grado di garantire il rispetto sia di adeguati standard diagnostici, terapeutici e prognostici, sia l'attenzione per ogni singolo paziente, attraverso un'informazione completa, una comunicazione empatica, l'alleviamento del dolore e della sofferenza, ponendo quindi al centro il paziente (patient centered). Ciò richiede di promuovere una rinnovata consapevolezza deontologica e professionale da parte dei medici e degli operatori sanitari. A tale proposito merita ricordare quanto si legge all'art. 1, c. 8 della legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento": "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". Tale affermazione è ripresa dall'articolo 20 del Codice di deontologia medica (2014). La legge 219 riconosce inoltre, a buona ragione, la necessità di includere nella formazione iniziale e continua dei medici e degli operatori sanitari un percorso formativo in materia di relazione e di comunicazione.

Sulla base di questi orientamenti, un piano articolato per promuovere l'Umanizzazione delle cure e dei servizi prevede di:

- garantire una funzione di orientamento del cittadino all'interno del SSSR;
- facilitare e migliorare l'accesso ai servizi;
- promuovere una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che vengono erogati;

- favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti, adottando linee guida e corsi di formazione in grado di orientare la modalità, di volta in volta preferibile, con cui trasmettere le informazioni al paziente e coinvolgerlo nelle scelte;
- diffondere la cultura dell'empowerment, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute e adottare stili di vita consoni;
- adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di cura;
- porre in atto metodologie con cui valutare periodicamente il grado di soddisfazione dell'utente.

In questo contesto, per il triennio 2018-2020, la Direzione Aziendale ha individuato alcuni obiettivi ritenuti strategici per lo sviluppo dell'AOU, allo scopo di migliorare la qualità della vita in ospedale sia per i pazienti e i loro familiari che per il personale attraverso una serie di azioni volte alla promozione dell'umanizzazione, delle quali di seguito si illustra un sintetico resoconto.

➤ **Progetto Agenas: la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero**

Da tempo Agenas è impegnata nel monitoraggio della qualità dell'assistenza ospedaliera da parte dei cittadini attraverso progetti volti a rendere i luoghi di assistenza e le cure orientati alla persona nella sua interezza. In particolare il progetto di ricerca Agenas RA2015, che ha visto il coinvolgimento di AOU sin dalla sua attivazione, ha raccolto dati ed informazioni sui livelli di umanizzazione all'interno degli ospedali italiani nelle seguenti aree: i processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto ed alla specificità della persona; l'accessibilità fisica, la vivibilità ed il comfort dei luoghi di cura; l'accesso alle informazioni semplificate ed alla trasparenza; la cura della relazione con il paziente e i cittadini; la sicurezza.

Coordinato localmente dall'UOC Miglioramento Qualità, ed avviato materialmente nel 2017 attraverso una rilevazione sul campo presso le Unità Operative di AOU da parte di rappresentanti civici dei cittadini di alcune associazioni di volontariato (AVOP, AVVO e ABIO), il progetto è proseguito nel 2018 con la fase di monitoraggio, l'attuazione di piani di risoluzione e l'individuazione di eventuali azioni di miglioramento ed attualmente è nella fase di verifica del superamento delle criticità oggetto del piano stesso (2019-2020). Si riportano di seguito le aree e le iniziative realizzate e completate da parte delle Unità Operative coinvolte nel progetto:

AREA. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona:

- Modifiche dell'orario di visita oltre le sei ore sia nei giorni feriali che festivi;
- Redazione di Opuscoli informativi/istruzioni operative per la gestione del dolore post operatorio;
- Traduzione di documentazione informativa in multilingue (ad es. Consenso Informato, Carta dei Servizi etc.);
- Ampliamento del servizio Mediazione Culturale;
- Ampliamento del servizio di Consulenza Psicologica per specifiche problematiche.

AREA. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura:

- Predisposizione di biblioteche, riviste in sala d'attesa, "Book crossing", tramite recupero di spazi disponibili o creazione di nuove aree;
- Attivazione di gruppi di lettura.

AREA. Cura della relazione con il paziente/cittadino:

- Redazione di ulteriori procedure per la accoglienza;
- Assegnazione a ciascun paziente di uno o più operatori sanitari (Medici e Infermieri) di riferimento durante il processo di cura;
- Sperimentazione di iniziative di medicina narrativa e attivazione gruppi di lettura;
- Laboratori di scrittura, progetti di intrattenimento musicale e artistico, istituzione di gruppi di lavoro specifici, raccolta di diari dei pazienti e dei familiari, corsi formativi per gli operatori sanitari;
- Revisione e aggiornamento della Carta dei Servizi, anche in collaborazione con le associazioni dei pazienti, ed, in alcuni casi, con sezione dedicata a strumenti di verifica (ad esempio confrontando i risultati di alcuni indicatori, definiti dal Piano Nazionale Esiti, con le altre aziende sanitarie della Regione Veneto);
- Indagini sulla soddisfazione degli utenti, tramite la realizzazione di questionari di gradimento per pazienti/familiari/care giver.

• Azioni di miglioramento del grado di umanizzazione

Nel corso degli ultimi anni all'interno delle Unità Operative dell'AOUI sono state avviate molte iniziative archiviabili nell'area umanizzazione: purtroppo nella maggior parte dei casi tali attività non hanno ricevuto un adeguato riconoscimento ed hanno rischiato di rimanere azioni meritevoli ma spontaneistiche. Partendo da questi presupposti la Direzione aziendale ha chiesto a tutte le strutture aziendali di formalizzare tali iniziative – laddove già avviate – o di presentare almeno un progetto volto all'umanizzazione delle cure e dell'assistenza.

L'UOC Miglioramento Qualità, oltre a fornire il supporto necessario per garantire un buon livello di omogeneizzazione, ha realizzato un database che consentirà il monitoraggio delle azioni nei prossimi anni. In AOUI il livello di adesione nel corso del 2018 è stato altissimo: il 96% delle strutture aziendali ha risposto positivamente all'iniziativa; qualche numero: 129 i progetti approvati, dei quali 69 progetti nuovi e 60 già avviati; 29 le Unità Operative che hanno presentato più di un progetto; 31 le iniziative che coinvolgono anche Organizzazioni civiche o di Volontariato. Il progetto è proseguito nel 2019 con la fase di individuazione e attuazione di eventuali azioni di miglioramento. Le tematiche che ricorrono con maggiore frequenza nei progetti proposti sono:

- elaborazione di opuscoli informativi e traduzione multilingue sulle attività dei servizi;
- elaborazione di documentazione clinica e traduzione multilingue (ad es. consenso informato, lettera di dimissione);
- garantire assistenza psicologica (ad es. pazienti oncologici, donne che hanno subito violenza);
- prevedere luoghi di socializzazione e ricreazione, per bambini e adulti (ad es. biblioteche, eventi artistici, proiezione di film);
- rendere più confortevoli le sale di attesa e le stanze di degenza;
- promuovere indagini di gradimento tramite somministrazione di questionari;
- migliorare la comunicazione.

- **Indagine di soddisfazione del cittadino e del malato attraverso nuovi strumenti di ascolto attivo**

In questi anni in AOUI sono state condotte varie indagini campionarie sulla Qualità Percepita Esterna. A seguito delle analisi dei dati raccolti è stato avviato, nel corso del 2017, il progetto "Indagine di soddisfazione del cittadino e del malato attraverso nuovi strumenti di ascolto attivo e realizzazione di Focus Group", con l'obiettivo di individuare strumenti idonei a rilevare i bisogni informativi dei nuovi pazienti che afferiscono in AOUI per cicli di cura plurimi. Nel corso del 2018 il Gruppo di Lavoro multidisciplinare costituito ad hoc ha avviato la raccolta dei questionari presso tutti i pazienti della Radioterapia, con l'obiettivo di valutare la percezione degli utenti del servizio percepito, dal momento della prima visita alla TC di centratura al momento di erogazione dei trattamenti radioterapici.

Nel 2019 è stata effettuata una rilevazione sulla Qualità percepita attraverso l'utilizzo di un questionario di gradimento somministrato a tutti i pazienti che afferivano alla UOC Radioterapia e per valutare l'andamento della rilevazione, sono state effettuate diverse analisi in itinere ed un'analisi complessiva finale. Dall'analisi e dal confronto dei dati della prima e dell'ultima rilevazione, si evince che tutti gli item hanno mostrato nel tempo un miglioramento delle risposte. A dicembre 2019 è stato realizzato il "focus group" a cui hanno preso parte alcune pazienti con tumore alla mammella che hanno effettuato radioterapia. In particolare il focus group ha permesso di:

- esplorare meglio l'esperienza e il percepito del paziente;
- favorire l'atteggiamento empatico del personale sanitario, entrando in contatto con il paziente, creando un clima professionale favorevole e aperto al cambiamento;
- definire con maggior chiarezza, dal punto di vista qualitativo, possibili aree di miglioramento;
- individuare azioni mirate alla soluzione di eventuali problemi.

L'attenzione volta all'area dell'umanizzazione ha consentito anche di inserire nel Piano Formativo aziendale una serie di eventi dedicati:

Eventi formativi 2019: Umanizzazione, Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
Corso di formazione pedagogica al tutorato clinico per supervisor di tirocinio
Corso di formazione pedagogica al tutorato clinico per fisioterapisti e logopedisti in Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona
Corso di formazione in metodologie didattiche e tutoriali per guide di tirocinio del Corso di Laurea in Ostetricia
Intelligenza emotiva applicata: comunicazione efficace, umanizzazione, processi di cura e gestione dei conflitti.
Benessere organizzativo con strumenti formativi creativi: processi ed effetti sulle persone e sulla leadership. Esperienze a confronto
Group Evolution. Lavoro di gruppo, comunicazione e problem solving strategico dalla fase infantile alla fase anziana del gruppo di lavoro di Medicina e SDC - livello base
Laboratori formativi per lo sviluppo dell'efficacia relazionale, della comunicazione esterna e interna della collaborazione e della gestione dei cambiamenti organizzativi per lo staff del Reparto di Medicina e SDC AOUI Verona. Livello avanzato
La relazione con "gli altri" della Terapia Intensiva tramite l'ascolto di sé

Umanizzazione dell'assistenza nelle Terapie Intensive: la circolarità del prendersi cura (paziente, familiari, se stessi).
Sviluppare e migliorare le competenze assertive nel lavoro in team
Miglioramento dei rapporti interpersonali all'interno dei gruppi di lavoro nei Centri Prelevi – AOUI di Verona
Gestione di situazioni relazionali complesse
Follow up. Laboratori formativi per lo sviluppo dell'efficacia relazionale, della comunicazione esterna ed interna, della collaborazione e della gestione dei conflitti per lo staff della Cardiologia dell'AOUI Verona
Autismo e logopedia. L'intervento del logopedista nei disturbi dello spettro autistico
Meeting di Oncoematologia Pediatrica: Medicina Narrativa e il Bambino Oncoematologico

3.5.2 L'approccio integrato nell'area della sicurezza¹²

La recente evoluzione dei sistemi di valutazione della performance assistenziale a livello internazionale ha evidenziato il ruolo trasversale svolto dalla dimensione della sicurezza nell'ambito della garanzia di cure di elevata qualità. Tale visione ha portato in particolare i più moderni sistemi sanitari da una parte ad inserire strumenti di valutazione della sicurezza e dall'altra ad ampliare il livello di attenzione su tale dimensione all'intero processo delle cure ed a tutti gli attori, comprensivo del paziente, professionista e del caregiver. Inoltre l'approccio sistemico ai processi di cura ha evidenziato l'elevata complessità che caratterizza tale ambito ed in particolare il ruolo svolto dalle componenti tecniche e non tecniche nel determinare la sicurezza del processo di cura e della componente collegata al "fattore umano" spesso determinante nelle dinamiche degli incidenti e degli errori clinici.

Ciò non può che originare la necessità per le strutture sanitarie di adottare una visione integrata dell'area della sicurezza che abbracci tutti gli elementi strutturali e di processo non trascurando gli esiti delle cure sia a carico dei pazienti che dei professionisti coinvolti. Sviluppare un moderno approccio alla cultura della sicurezza significa pertanto adottare da parte di pazienti, professionisti e caregiver un livello di sempre maggior consapevolezza che la sicurezza dipende dall'interazione di molteplici fattori sul piano delle conoscenze/competenze, delle tecniche, dei dispositivi, degli ambienti e della comunicazione.

La corrente letteratura scientifica dimostra che l'80% degli eventi avversi in campo assistenziale avviene in Ospedale e che più della metà di questi si realizza in area chirurgica. Risulta pertanto necessario proseguire nella diffusione ed implementazione degli strumenti (quali la check list per la sicurezza in sala operatoria) e delle strategie *evidence based* (quali l'adozione delle raccomandazioni ministeriali) per ridurre la probabilità di incidenti promuovendo un clima proattivo alla segnalazione mediante l'incident reporting delle situazioni di rischio per un'analisi delle cause profonde mediante audit per gli eventi significativi condotti dalle Unità Operative.

L'ambito della terapia in ospedale ha rappresentato storicamente un settore ad elevata frequenza di errore. Le attuali evidenze mostrano la necessità di integrare la valutazione dei rischi collegati alle

¹² Capitolo redatto a cura del Risk Manager dell'AOUI Verona

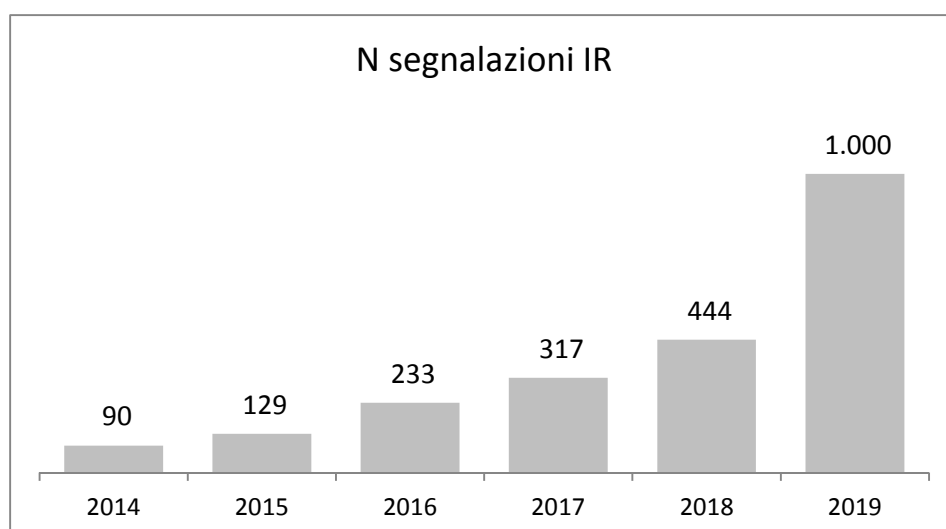
terapie tra le diverse competenze collegate al rischio clinico, farmacovigilanza e farmacia ospedaliera a partire da un approccio integrato alla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci, degli eventi avversi derivanti dalle terapie e del ritiro dei farmaci stessi.

Elementi di contesto, rappresentati dalla transizione epidemiologica e demografica della popolazione che afferrisce all'Ospedale ed il progressivo aumento dell'utilizzo delle tecnologie invasive determina un effetto sull'aumento delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). In tale scenario va assumendo sempre maggiore rilievo una sorveglianza attiva del fenomeno che, oltre ad avvalersi del monitoraggio microbiologico, prevede l'effettuazione di studi di prevalenza delle ICA secondo il protocollo ECDC (standard minimo rappresentato dalla conduzione di uno studio di prevalenza per ciascun anno).

Nell'ambito delle azioni sistemiche previste per l'adozione da parte della Regione Veneto per le strutture pubbliche e private accreditate nel corso del 2020 sono ricomprese le "Linee di indirizzo per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente" (emanate il 2 marzo 2020) e la Guida per gli operatori del Servizio Sanitario della Regione Veneto per la prevenzione e gestione degli eventi "Aggressioni ed atti di violenza a danno degli operatori sanitari" (in fase di emanazione).

La programmazione aziendale di AOUIVR prevede inoltre la prosecuzione dell'implementazione del sistema di gestione del rischio clinico con l'effettuazione di Audit integrati Qualità, Sicurezza e Rischio Clinico che adottano una visione olistica del tema rischio/sicurezza tra qualità, prevenzione e protezione e risk management al fine di migliorare l'interazione con le Unità Operative di tutti e tre gli ambiti, nonché di specifici Audit sulla sicurezza trasfusionale. Tutte le Unità Operative aziendali contribuiscono al rispetto del **flusso SIMES** regionale (incident reporting, Eventi Sentinella, reclami rivolti agli Uffici Relazioni con il Pubblico, segnalazione sinistri). Per quanto riguarda la **mappatura dei rischi** (PAG 35 "Procedura Aziendale per la gestione degli Eventi Avversi e degli Eventi Evitati), l'Incident Reporting (IR), MAG 84 ni AOUIVR, rappresenta il principale strumento per l'identificazione dei difetti del sistema e l'avvio di un'analisi reattiva mediante la Scheda di Analisi per gli EA/EE (MAG85).

Il grafico evidenzia un significativo trend in incremento, a testimonianza della **crescente diffusione di una cultura condivisa sul tema della sicurezza.**



In AOUI **l'analisi dei rischi** viene realizzata come previsto dal modello Regionale (DGR 2255/2016) attraverso gli audit mediante Scheda di Analisi per gli EA/EE, che rappresentano un processo sistematico in cui il singolo evento viene analizzato in maniera standardizzata al fine di verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri. Nel 2019 sono stati condotti a termine 584 audit su IR mediante MAG85; è stata inoltre condotto un audit su un Evento Sentinella, come da modello Ministeriale. Coerentemente con gli obiettivi regionali sono stati condotti gli Audit su 100 sinistri caricati nel corso dell'anno nel flusso SIMES mediante il modello standardizzato di analisi richiesto dalla Regione Veneto.

Sempre coerentemente al nuovo modello regionale sono stati condotti 10 audit su eventi avversi significativi con produzione delle relative relazioni per la UOC Rischio Clinico di Azienda Zero:

- Centrale SUEM
- Pronto Soccorso BR
- Servizio Emodialisi BT
- Farmacia BT
- Anestesia e Rianimazione A BT
- Pediatria Indirizzo Critico BT
- Radiologia BT
- Anestesia e Rianimazione B BR
- Ostetricia e Ginecologia B BT

A partire dal 2015 in AOUI è stato inoltre implementato un modello innovativo di Audit in cui i sistemi di gestione afferenti alle dimensioni della Qualità, della Sicurezza dell'operatore e del Risk Management vengono sottoposti contemporaneamente a verifica da parte di un team multidisciplinare.

L'audit integrato viene condotto sulla base una specifica checklist di rilevazione, in cui la valutazione di requisiti selezionati a partire dalla normativa di riferimento viene opportunamente integrata dall'utilizzo di *Safety Walkaround* integrati.

Nel corso del 2019 sono stati condotti tre audit integrati presso le strutture AOUI.

Audit Integrati	
2015	Chirurgia Generale ed EpatoBiliare
	Medicina Generale Mal. Ipertensiva
	Neurologia
	Neuroradiologia
2016	Anatomia Patologica BTR
	Pronto Soccorso BR
	Pronto Soccorso BT
	Sale Operatorie Polo Confortini
	Oncoematologia Pediatrica
2017	USD Allergologia
	Day Service Oculistico
	Day Service Ematologico e CTMO
2018	Chirurgia Generale ed Esofago Stomaco
	Geriatrics A
	Ostetricia e Ginecologia B
2019	US Endoscopia Digestiva BR
	Chirurgia Generale e dell'Obesità
	Pneumologia

Nel 2019 è stata inoltre recepita la Raccomandazione Ministeriale n. 17 sulla "Riconciliazione farmacologica" nell'ambito della PAG16 "Gestione della terapia farmacologica in ospedale- ricovero ordinario, diurno e day care". Infine, le iniziative formative sulla sicurezza del paziente realizzate sul campo nel 2019 hanno ricompreso per la gestione diretta da parte del Risk management aziendale le seguenti:

- Nuova procedura aziendale per la gestione degli Eventi Avversi e degli Eventi Evitati- PAG35
- Nuova procedura aziendale consenso informato (in collaborazione con Medicina Legale e Servizio Legale)
- Nuova procedura aziendale sicurezza dispositivi medici (in collaborazione con Farmacia) - PAG 20.

Concludendo, è possibile affermare che la gestione del Rischio Clinico in AOUI rappresenta un modello volto alla promozione di strategie di governo clinico finalizzate alla sicurezza del paziente, secondo un approccio sistemico ed integrato. Il sistema si basa sulla mappatura del rischio tramite flussi informativi, sull'analisi dell'errore come momento di crescita e di apprendimento per gli operatori, e sul rafforzamento delle competenze dei professionisti che operano in AOUI.

3.5.3 La Farmacovigilanza¹³

Le reazioni avverse da farmaci (Adverse Drug Reaction, ADR) rappresentano una delle cause più comuni di morbilità e di mortalità, e costituiscono un rilevante problema sia di salute sia di costi sanitari. La segnalazione di sospette ADR da parte degli operatori sanitari non è solo un obbligo di legge, previsto dall'AIFA e dall'EMA, ma un atto sanitario deontologico di estrema rilevanza. Infatti, l'obiettivo dei sistemi di segnalazione è quello di aumentare la sicurezza dei pazienti individuando ADR precedentemente sconosciute, ottenendo nuovi dati su ADR già note, evidenziando gruppi a rischio o usi non appropriati che comportano un aumento del rischio.

Queste affermazioni sono supportate da un'ampia letteratura internazionale che dimostra, da una parte, l'utilità dei sistemi di farmacovigilanza nell'identificare problematiche attinenti l'uso dei farmaci e, dall'altra, come la stessa partecipazione alla segnalazione rappresenti per l'operatore sanitario un elemento di formazione culturale e di attenzione alla salute del paziente. Da anni l'AIFA e le Regioni, attraverso i Centri Regionali di Farmacovigilanza, cercano di potenziare il sistema italiano, soprattutto promuovendo progetti di monitoraggio attivo e corsi di formazione, con indubbi risultati che hanno permesso sia di recuperare lo storico divario con i principali paesi europei sia di mantenere alto il livello di segnalazione nazionale. Infatti, ad oggi l'Italia è uno dei paesi con il più elevato tasso di segnalazione nel mondo, che cresce anno dopo anno. Nel 2019 il tasso è stato di 1.078 segnalazioni/milione di abitanti, più elevato rispetto al valore di 1.002 del 2018 e decisamente

¹³ Tratto dalla Relazione Farmacovigilanza 2019 del Responsabile del Servizio di Farmacologia

superiore a quello che viene considerato il livello minimale per il funzionamento ottimale di un sistema di farmacovigilanza (300 segnalazioni/milione di abitanti).

L'inserimento della farmacovigilanza tra gli obiettivi da assegnare ai Direttori Generali delle strutture sanitarie, le attività portate avanti dal Centro Regionale della nostra Regione (che ha sede presso il Servizio di Farmacologia dell'AOUI) e dai responsabili locali di farmacovigilanza, hanno permesso di raggiungere in Veneto, nel 2019, un tasso di segnalazione pari a 1.089 segnalazioni/milione di abitanti. Tasso che ci colloca ai primi posti in Italia.

Per l'anno 2019 l'obiettivo di Farmacovigilanza assegnato dalla Regione Veneto all'AOUI era di 321 segnalazioni di ADR. Grazie alla collaborazione di tutti gli operatori sanitari l'obiettivo assegnato è stato raggiunto e ampiamente superato. La Tabella mostra il numero di segnalazioni di ADR inviate dagli operatori sanitari dell'AOUI di Verona negli ultimi 3 anni, suddivise in base alla loro gravità e tipologia.

Numero di segnalazioni di ADR, con relativa gravità, nel triennio 2017-2019 in AOUI					
anno	N segnalazioni operatori AOUI	N segnalazioni Aziende Farmaceutiche	Totale segnalazioni	Gravi (%)	N segnalazioni on line VigiFarmaco (%)
2017	467	45	512	223 (44)	302 (59)
2018	489	0	489	196 (40)	361 (74)
2019	551	0	551	243 (44)	416 (75)

Anche nel 2019 in AOUI non sono stati attivati né progetti di farmacovigilanza attiva né erano previsti monitor facilitatori alla segnalazione in reparto e pertanto le segnalazioni di ADR derivano esclusivamente dalla normale pratica clinica. Considerando l'ultimo triennio, dopo il leggero decremento del 2018, nel 2019 si è registrato un incremento quantitativo nel numero di segnalazioni inviate al Servizio di Farmacologia direttamente dal personale sanitario dell'AOUI. Non sono invece più pervenute, rispetto al passato, segnalazioni da parte delle Aziende Farmaceutiche, in quanto l'ultima Normativa Europea di Farmacovigilanza ne ha modificato la modalità di trasmissione. Infatti, la normativa impone alle Aziende di ricercare tutti i casi di ADR correlati ai farmaci di loro proprietà (pubblicati in letteratura, sui social network, presentati a convegni, avvenuti nel corso di studi sperimentali, etc.) e di notificarli non più al Responsabile di FV della struttura di riferimento, ma direttamente al database europeo EudraVigilance.

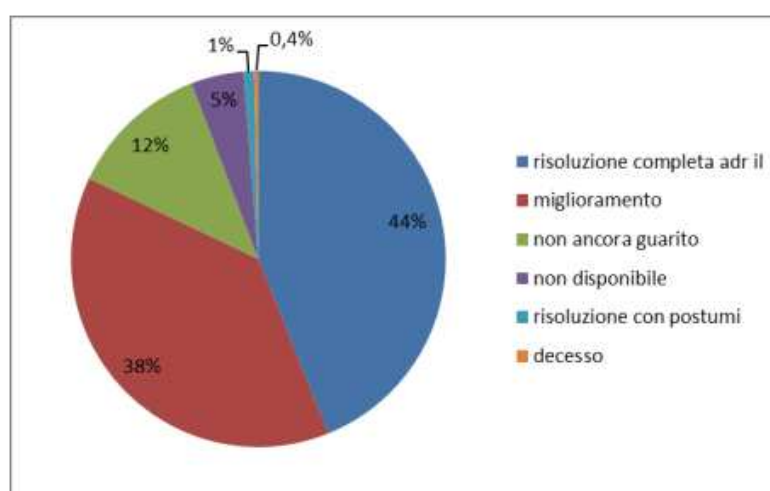
Va evidenziato come elemento positivo la percentuale di ADR gravi (44% nel 2019) superiore a quanto avviene nel resto dell'Italia (37%), segno che gli operatori dell'AOUI prestano attenzione alle situazioni serie che si presentano nei pazienti. Altro elemento positivo riguarda la modalità di segnalazione utilizzata dagli operatori sanitari; nel 2019, infatti, per la compilazione e l'invio delle segnalazioni nel 75% dei casi è stata utilizzata la piattaforma di segnalazione on-line VigiFarmaco, sviluppata dal nostro Centro Regionale di Farmacovigilanza (<https://vigifarmaco.it/>) e adottata dall'AIFA a livello nazionale. Tale modalità consente una compilazione e un inoltro al Responsabile di FV più semplici e rapidi.

Elemento estremamente importante è la partecipazione percentuale del numero di UO che hanno inviato almeno una segnalazione di ADR. Dalle 31 UO (47%) del 2013 si è arrivati alle 57 (93%) del 2019. Di fatto nel 2019 solo 4 UO, tra le 61 a cui era stato assegnato un obiettivo di farmacovigilanza, non hanno inviato segnalazioni di ADR. La quasi totalità (94%) delle segnalazioni di ADR dell'AOUI sono state fatte da medici (inclusi i medici in formazione specialistica), il contributo del personale infermieristico è leggermente aumentato rispetto lo scorso anno (5 vs 3).

Le ADR più segnalate sono quelle cutanee (26%) in linea con quanto normalmente avviene in Italia e negli altri Paesi del mondo. La cute, infatti, è uno dei principali bersagli di tossicità da farmaci e le reazioni sono, inoltre, più facilmente identificabili. Seguono quelle relative ai disturbi psichiatrici (15%) dovuto all'alto numero di segnalazioni di dipendenza da benzodiazepine, le condizioni relative alla sede d'iniezione del farmaco (es. pomfi, eritema, etc.) e le patologie gastrointestinali (rispettivamente 10% e 9%).

Tra i farmaci più segnalati (almeno 5 segnalazioni) come sospetta causa di reazione avversa al primo posto figura ancora una volta il lormetazepam, la benzodiazepina che provoca il maggior numero di fenomeni di dipendenza; nell'elenco spiccano diversi antibatterici, anche in relazione al loro ampio utilizzo, così come anticoagulanti e antiaggreganti piastrinici.

Come evidenziato nella Figura a lato, che mostra la suddivisione delle segnalazioni in AOUI in base **all'esito clinico**, le reazioni avverse nella maggioranza dei casi si risolvono positivamente durante l'ospedalizzazione (38% miglioramento, 44% risoluzione completa). In solo 2 casi è stato riportato il decesso del paziente: in entrambi i casi il trattamento farmacologico può aver contribuito al decesso.



3.5.4 Il Piano di Azioni Positive ed il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)

Il legislatore ha provveduto, nel corso degli anni, a creare una serie di strumenti per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo. Particolare rilievo assumono ai fini della realizzazione di una parità sostanziale le "azioni positive", introdotte nel nostro ordinamento dalla legge 10 aprile 1991, n. 125 e ora disciplinate dagli artt. 44 e ss. del "Codice delle pari opportunità".

Il Piano di Azioni Positive, quindi, nasce come evoluzione della disciplina sulle pari opportunità che trova il suo fondamento in Italia nella citata legge 10 aprile 1991, n. 125 recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro".

Altri
riferimenti
normativi

Successivamente, il d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, abrogato dall'art. 72 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", anche conosciuto come "Testo Unico del Pubblico Impiego" (TUPI), ha esteso anche alle pubbliche amministrazioni il compito di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro.

L'art. 7 del d.lgs. 23 maggio 2000, n. 196 recante "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive" introduce, tra l'altro, per la pubblica amministrazione piani di azioni positive al fine di assicurare la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne.

Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo all'art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione, predisponga un Piano di azioni positive volto a "assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne" prevedendo, inoltre, azioni che favoriscano il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche. Tali piani hanno durata triennale

Il legislatore ha inoltre affidato al *Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni* (CUG) il ruolo primario in quest'area.

CUG

Istituito in AOUI nel 2010, il CUG è un organismo paritetico, costituito da componenti di nomina aziendale e sindacale, rappresentanti di tutte le professionalità, che riconosce due finalità principali:

1. la promozione di un ambiente di lavoro improntato ai principi di pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica nei confronti delle lavoratrici e dei lavoratori, e
2. la promozione di forme di conciliazione tra impegni di vita privata e vita lavorativa per i dipendenti di AOUI

L'AOUI ha adottato il proprio *Piano delle Azioni Positive per il triennio 2018-2010* con Deliberazione n. 1122 del 27/12/2018, prevedendo la realizzazione di interventi nei seguenti tre ambiti:

1. contribuire a favorire il benessere lavorativo ed organizzativo anche attraverso il contrasto alle forme di discriminazione diretta ed indiretta;
2. contribuire a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
3. migliorare la comunicazione delle iniziative promosse dal CUG.

Tra le numerose attività condotte dal CUG nel corso del 2019 si citano di seguito solo alcuni esempi:

- **Fisioterapia in AOUI per il benessere dei Dipendenti:** definito in collaborazione col Corso di Laurea in Fisioterapia e della UOC Recupero e Riabilitazione Funzionale, avviato per la prima volta nel 2017, è stato da allora riproposto data la notevole partecipazione e l'ottimo gradimento registrati tra i partecipanti. L'iniziativa, gratuita, ha riguardato la realizzazione di un corso gratuito, in più edizioni, di fisioterapia preventiva specifica per la colonna vertebrale e le grandi articolazioni, sotto la guida di fisioterapisti esperti dell'AOUI. Svolto negli spazi delle palestre delle due sedi ospedaliere in orari diversificati per consentirne la partecipazione compatibilmente con gli orari di lavoro, il corso fornisce nozioni teoriche di anatomia e

biomeccanica ed informazioni pratiche per un corretto stile di vita per il mantenimento del benessere fisico e per la prevenzione delle principali disfunzioni muscolo-scheletriche.

- **Corso di apprendimento di tecniche per la gestione dello stress:** attuato in collaborazione con l'USD Psicologia Clinica BT, e volto all'apprendimento di alcune tecniche antistress ed alla loro autogestione, è stato inizialmente articolato in 3 edizioni composte ciascuna da 8 incontri di gruppo gestiti da una psicologa. Anche in questo caso l'ottimo gradimento riscontrato tra i dipendenti hanno portato all'estensione a nuove edizioni.
- **Baby Parking – Spazio bimbi creativo:** avviata nel 2017 l'iniziativa, aperta ai figli dei dipendenti (e degli utenti) presso il Polo Confortini, offre a bambini da 13 mesi a 8 anni attività di accudimento ed intrattenimento da parte di due educatori in alcune fasce orarie.

Il CUG ha sviluppato inoltre una serie di collaborazioni esterne:

- la convenzione col Parco Termale Aquardens, che ha permesso ai Dipendenti AOUI l'accesso scontato al Centro Termale;
- le convenzioni con Villa Buri e l'Arsenale per la frequentazione dei figli dei Dipendenti dei rispettivi Centri Estivi, con tariffe favorevoli;
- la convenzione con il Centro Universitario Sportivo d'Ateneo per l'accesso dei Dipendenti AOUI al Centro Polifunzionale Fiorito ed all'attiguo Centro estivo Play Game, usufruendo di una quota di partecipazione scontata;
- con il Comune di Verona per il Piano di attuazione del programma regionale Alleanza per la famiglia. Il Piano, sviluppato in partenariato con l'ULSS 9 Scaligera, l'Università di Verona ed altri organismi privati, gode di un finanziamento regionale per la promozione di attività formative nell'ambito della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.

Infine, nel corso del 2019 il CUG ha organizzato, negli spazi aziendali:

- una serie di tavole rotonde di presentazione di libri con la partecipazione degli Autori;
- l'evento formativo "Benessere organizzativo e qualità del lavoro: la consigliera di fiducia e gli altri strumenti offerti dall'Azienda ai propri dipendenti", con l'obiettivo di accrescere nei dipendenti la consapevolezza degli strumenti a loro offerti a fronte di fenomeni di mobbing, discriminazione e molestie, al fine di individuare le azioni più opportune per prevenire e gestire situazioni fonte di disagio personale e di malessere organizzativo;
- il Convegno "Dal disagio lavorativo allo sviluppo della motivazione professionale: come essere protagonisti della propria vita".

3.5.5 Trasparenza e prevenzione della corruzione¹⁴

Le strategie dell'AOUI per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità a livello aziendale sono definite nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC), che l'AOUI adotta annualmente su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). Le indicazioni in esso contenute sono da intendersi in un'ottica di ottimizzazione e maggiore razionalizzazione dell'organizzazione e dell'attività dell'Azienda per il perseguimento dei propri fini istituzionali secondo i principi di imparzialità, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa.

Il PTPC è integrato con il Codice di comportamento aziendale, che AOUI ha recentemente aggiornato (delibera n. 1031 del 4/12/2018) secondo le indicazioni delle Linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) specifiche per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale. Nel PTPC vengono analizzati i processi aziendali per identificare le attività più esposte al rischio di corruzione e vengono individuate le conseguenti misure da adottare, pianificando tempi e modalità per la loro attuazione anche con il supporto dell'attività condotta dall'Internal auditor. Tali misure si traducono in obiettivi strategici di trasparenza e prevenzione della corruzione sia generali rivolti a tutte le strutture aziendali, come il rispetto delle indicazioni contenute nel PTPC e il rispetto degli adempimenti di trasparenza, sia specifici assegnati ai singoli servizi. L'aderenza di questi obiettivi a quelli del Piano della Performance permette un buon grado di realizzazione della misure.

Tutto il personale è coinvolto ai vari livelli e con diversi ruoli nella prevenzione della corruzione. Per l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio dell'efficacia del piano anticorruzione la Direzione strategica ha individuato, a supporto del RPCT, alcuni Referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, che sono i Direttori/Responsabili di 21 unità operative tecniche-amministrative e in Staff alla Direzione:

- Direzione Medica Ospedaliera
- UOC Affari Generali
- UOC Contabilità e Bilancio
- UOC Controllo di Gestione
- UOC Direzione Amministrativa di Ospedale
- UOC Direzione delle Professioni Sanitarie
- UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e Rapporti con l'Università
- UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti L.R. 22/2002
- UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
- UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
- UOC Servizio di Farmacia
- UOC Servizio per lo Sviluppo della Professionalità e l'Innovazione
- UOC Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
- UOS Convenzioni con Enti ed Organismi pubblici e privati
- UOS Economato e Gestione della Logistica
- UOS Gestione Clienti
- UOS Servizio Gestione e Patrimonio
- UOS Servizio Ingegneria Clinica
- UOS Servizio Sistemi Informativi
- UOS Ufficio Legale
- UOS Unità Ricerca Clinica

¹⁴ Paragrafo a cura dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione

Gli aspetti e i risultati evidenziati dal monitoraggio condotto per l'anno 2019 si possono così riassumere:

Aspetti monitorati	Strutture coinvolte	Risultato raggiunto nel 2019
Gestione del rischio	Tutte le 21 Strutture	0 eventi corruttivi
Attività a rischio corruzione e attuazione misure di controllo	14 Strutture hanno individuato attività a rischio corruzione	73 attività a rischio individuate Tutte le misure sono state attuate e nessuna criticità è stata rilevata
Attuazione misure di regolamentazione	9 Strutture hanno adottato regolamenti/procedure	Tutte le misure adottate sono risultate efficaci
Gestione del divieto di pantouflage (art. 53, co 16-ter del D.Lgs. 165/2001)	3 Strutture coinvolte	Predisposte informative e dichiarazioni ad hoc per rendere nota la disposizione normativa
Segnalazione illeciti	--	0 segnalazioni pervenute
Trasparenza: obiettivo aziendale del rispetto degli obblighi di pubblicazione	19 Strutture coinvolte negli obblighi di pubblicazione	Completo adempimento degli obblighi 1 Struttura pubblica dati ulteriori a quelli obbligatori
Trasparenza: verifica OIV sui dati obbligo di pubblicazione indicati da ANAC	Tutte le 21 Strutture	Esito positivo su tutti gli obblighi verificati e su tutti gli aspetti considerati
Trasparenza: obiettivo Regione Veneto	3 Strutture coinvolte	Esito positivo su tutti gli obblighi verificati e su tutti gli aspetti considerati
Trasparenza: accesso civico	Tutte le 21 Strutture	Approvato nuovo regolamento per l'accesso civico Al momento non è pervenuta alcuna istanza di accesso
Formazione	Tutte le 21 Strutture	20 Strutture hanno aderito al corso FAD
Rotazione	Tutte le 21 Strutture	2 Strutture hanno attuato misure di rotazione 10 Strutture hanno applicato la segregazione di funzioni nei processi decisionali Nessuna Struttura ha dovuto applicare la rotazione straordinaria in quanto non si sono verificati eventi corruttivi
Conflitto di interessi	Tutte le 21 Strutture	9 Strutture raccolgono dichiarazioni sul conflitto di interessi 2 Strutture hanno effettuato specifiche verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese
Tempi procedurali	14 Strutture avviano procedimenti amministrativi	11 Strutture hanno rispettato i termini per la conclusione nella totalità dei procedimenti 3 Strutture per alcuni procedimenti non hanno rispettato i tempi per la conclusione

Tra le misure di regolamentazione adottate da AOUI ci sono alcuni provvedimenti volti a ricondurre i rapporti con i soggetti esterni entro percorsi di correttezza e trasparenza, come ad esempio: protocolli di legalità per i contratti di gare di appalto, regolamento per la disciplina delle attività di volontariato, regolamento per l'accettazione di donazioni, comodati e prove dimostrative, regolamento per lo svolgimento di studi profit e no profit, istruzioni operative in caso di decesso in ambito intra-ospedaliero, regolamento sponsorizzazioni per progetti organizzativo-assistenziali.

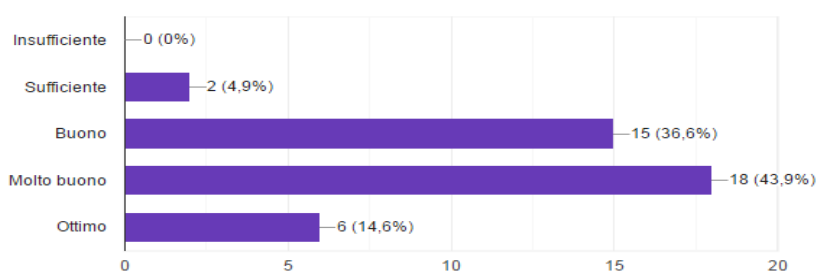
Altre misure disciplinano attività e procedure interne aziendali come: l'autorizzazione alle attività extra-istituzionali dei dipendenti, il conferimento degli incarichi dirigenziali e di funzione, l'atto aziendale per la libera professione.

Nel perseguimento dell'obiettivo aziendale di promozione della cultura della legalità, della trasparenza e della prevenzione della corruzione, e in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 190/2012, l'AOU, già dal 2013, ha inserito nei piani formativi annuali una specifica sezione per la prevenzione della corruzione, con la programmazione di corsi di formazione specificamente incentrati sui temi dell'etica pubblica e della legalità, della trasparenza e dei riflessi della trasparenza nel sistema aziendale dell'anticorruzione, ed ha organizzato eventi formativi di base rivolti al personale del comparto ed eventi dedicati a personale dirigenziale e posizioni organizzative.

Nel 2019 è stato completato un corso FAD (Formazione a Distanza) dal titolo "L'anticorruzione facile" con l'obiettivo di creare uno strumento formativo facilmente fruibile a tutto il personale dipendente. La realizzazione del corso ha visto coinvolti vari soggetti, in particolare l'elaborazione dei contenuti è stata affidata ad un docente esterno esperto in materia e specializzato in ambito sanitario. La formazione è stata erogata ad un gruppo pilota, composto da personale di vari profili appartenente ai Servizi tecnici -amministrativi e in Staff alla Direzione, per valutare la qualità dello strumento formativo. Il giudizio espresso sul corso è così sintetizzato:

Valutazione complessiva del corso:

41 risposte



Avendo raggiunto un risultato positivo, è intenzione dell'Azienda estendere gradualmente l'erogazione del corso FAD a tutto il personale, prevedendone anche l'accreditamento ECM per il personale sanitario.

3.5.6 Internal Auditing¹⁵

Il prioritario obiettivo assegnato a tale funzione nell'anno 2019, considerata la fase di start up della stessa, è consistito in un aggiornamento nella mappatura dei processi aziendali (e dei relativi owner) e di una identificazione delle aree prioritarie di intervento attraverso la tecnica del Risk Scoring. Tale tecnica prevede che, una volta selezionati i criteri riconducibili alla valutazione dei rischi, questi ultimi vengano quantificati tramite un sistema di punteggi che consenta di definire un punteggio complessivo e un ordinamento dei processi atto a determinare quelli prioritari, oggetto di successiva pianificazione di audit.

¹⁵ Paragrafo redatto dal Referente Internal Auditing

Nel corso dell'anno è stato effettuato il Risk Assessment dei processi aziendali delle aree considerate prioritarie, nello specifico:

per l'Area Amministrativa:

A.11 – A.15 "Impianto organizzativo e di controllo"

A.21 – A.27 "Acquisizione e gestione delle risorse strumentali e dei servizi"

A.31 – A.32 "Acquisizione e gestione delle risorse umane"

per l'Area Ospedaliera:

O.1- O.4 "Produzione ambulatoriale e di ricovero"

O.11 - "Ricerca"

O.21 - O.22 "Libera professione".

Tale attività verrà completata nel 2020 con l'analisi dei processi rimanenti.

Nello stesso periodo è stato inoltre avviato un audit inerente la "Gestione dell'Attività di ricovero in regime di Libera Professione": le fasi conclusive dell'analisi sono in programma per i primi mesi dell'anno in corso. Alcune criticità rilevate nel processo sono tuttavia già state portate all'attenzione del process owner e delle altre UU.OO. interessate al fine di poter già dare avvio ad alcune azioni di miglioramento.

È proseguito il monitoraggio dei piani di miglioramento relativi ad alcuni processi già oggetto di analisi, in particolare nella Gestione della Libera Professione Ambulatoriale e in alcune aree della Ricerca Clinica.

Nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità del bilancio (PAC) è continuato il supporto alle UU.OO. per la revisione delle procedure interne secondo gli standard previsti dagli obiettivi regionali e ministeriali.

Le suddette attività sono state svolte in coordinamento e in collaborazione con il RPCT per tutti gli aspetti di di relativa competenza, in particolare attraverso:

- la messa a disposizione al RPCT della CRSA svolta in azienda come valore di *Risk Score* complessivo del processo e nel dettaglio la valutazione di "Impatto del processo in relazione alla normativa anticorruzione";
- la comunicazione al RPCT della programmazione di audit in modo da condividere l'interesse reciproco sulle attività ed allineare per quanto possibile i due piani;
- la collaborazione del RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto.

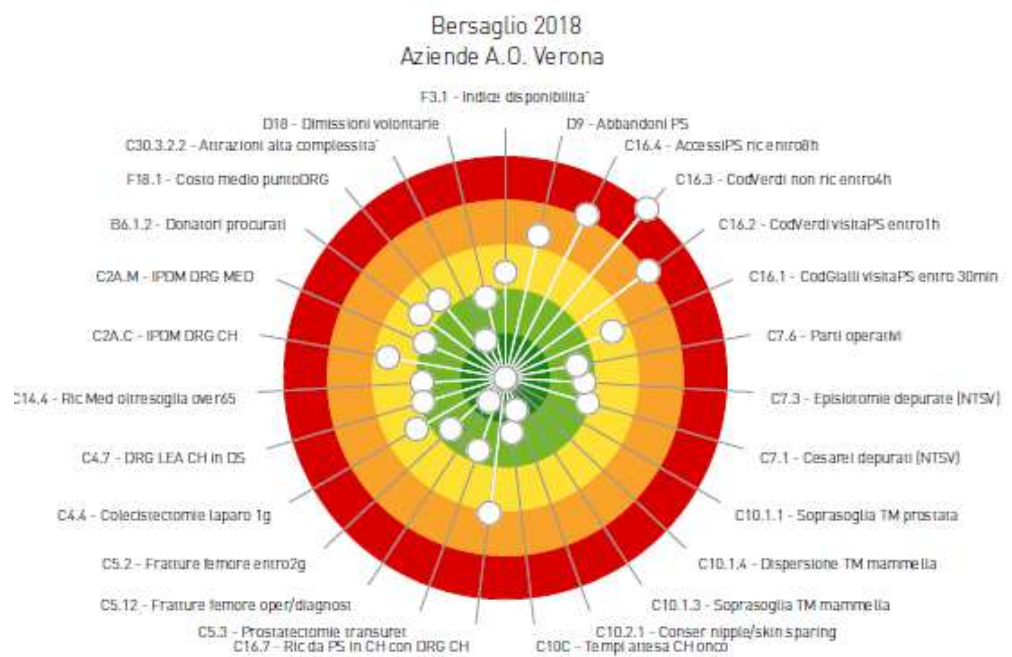
3.6 Il giudizio dei "valutatori terzi"

Da qualche anno l'attività delle aziende sanitarie italiane viene monitorata e valutata in base ai risultati degli indicatori di due programmi distinti: il Progetto Bersaglio ed il Programma Nazionale Esiti (PNE).

3.6.1 Il Progetto Bersaglio

Il progetto Network delle Regioni, al cui interno si colloca il Sistema di Valutazione delle Aziende Ospedaliere (Progetto Bersaglio), confronta in benchmarking i risultati di oltre 300 indicatori, di cui circa 120 di valutazione e la restante parte di osservazione. Agli indicatori di valutazione viene legato un punteggio derivante dal posizionamento nel confronto in benchmark, tenendo conto degli standard nazionali o internazionali. In assenza di standard di riferimento, le Regioni condividono il livello di performance adeguato per ciascun indicatore.

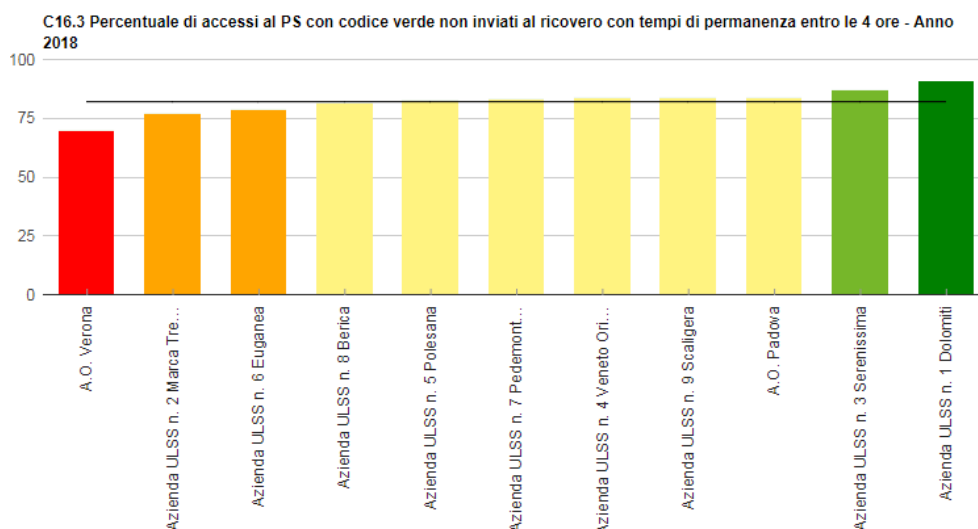
Seguendo gli standard individuati, per ciascun indicatore sono quindi calcolati i punteggi di valutazione, compresi da 0 a 5, legati a loro volta a cinque fasce di valutazione divise nei colori: rosso (performance molto scarsa), arancio (scarsa), giallo (media), verde chiaro (buona), verde scuro (ottima).



Nel Sistema di Valutazione, gli indicatori sono organizzati con strutture ad albero, aggregate in base all'ambito di attività. Per ciascun albero viene dunque costruito un indice sintetico sulla base della media semplice o pesata dei punteggi di valutazione delle misure incluse. Tali indici sono poi sinteticamente rappresentati tramite una rappresentazione a "bersaglio".

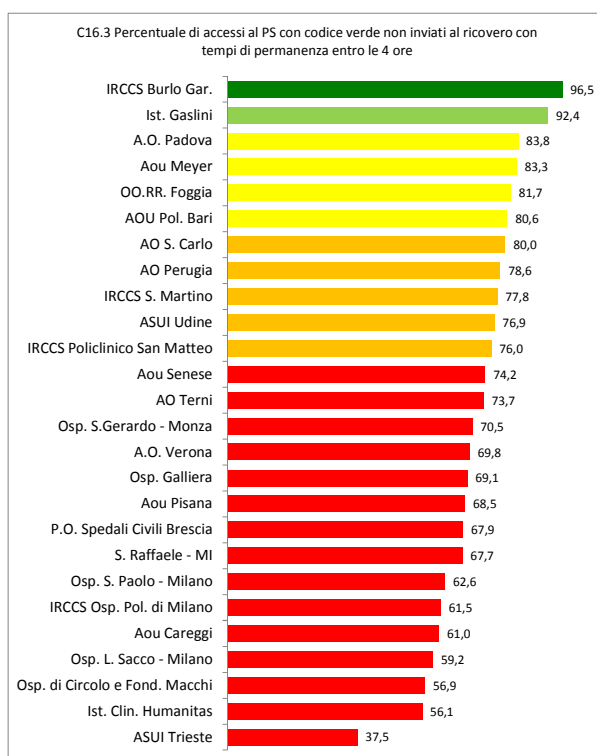
Gli ultimi dati pubblicati dal Laboratorio MeS del Sant'Anna di Pisa risalgono al giugno 2019: tra gli indicatori di valutazione sintetizzati nel bersaglio, 14 dei 27 considerati appaiono in zona verde (52%), a testimoniare la buona performance raggiunta da AOUI, mentre 6 indicatori sono in area gialla (che rappresenta la media).

Tutti i rimanenti, in area rossa ed arancione, riguardano alcuni aspetti dell'attività di pronto soccorso (tempi di attesa e abbandoni), per i quali vengono confermate alcune criticità, nonostante gli sforzi messi in campo dagli operatori e dalla Direzione aziendale: in particolare va segnalata la scarsa performance registrata a carico dell'indicatore *percentuale di accessi al PS con codice verde con tempi di permanenza <4 ore*, illustrato nel grafico riferito al Veneto.



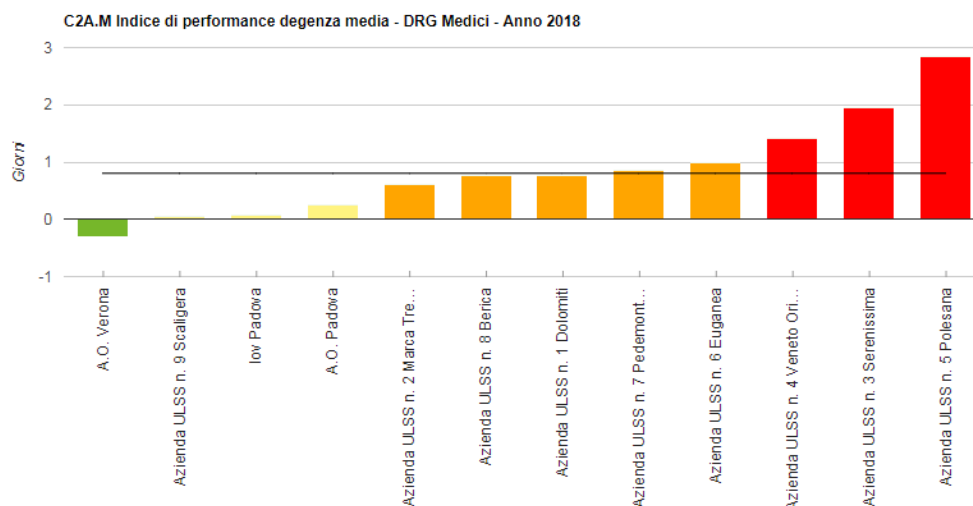
Tuttavia se il confronto viene effettuato tra le aziende ospedaliere e gli IRCCS afferenti al Network lo scenario muta.

In questa "classifica" solo l'IRCCS Burlo Garofalo e l'Istituto Gaslini rispettano lo standard fissato a >85%.

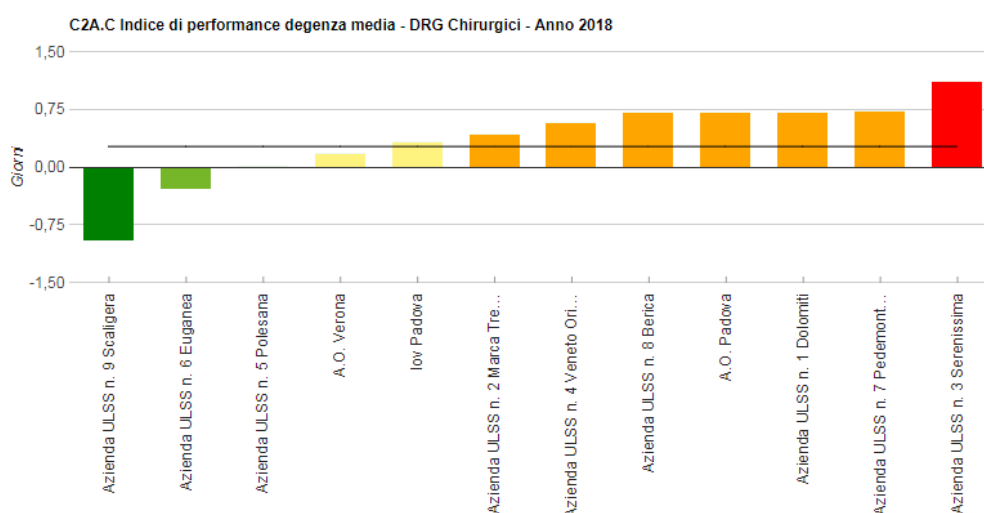


Rispetto alle precedenti edizioni risultano invece in netto miglioramento gli indicatori dell'area efficienza, soprattutto quelli relativi alla degenza media (sia per i DRG medici che per quelli chirurgici), quelli dell'area appropriatezza organizzativa, quelli dell'area materno-infantile e quelli dei percorsi oncologici. Di seguito si riportano alcuni esempi.

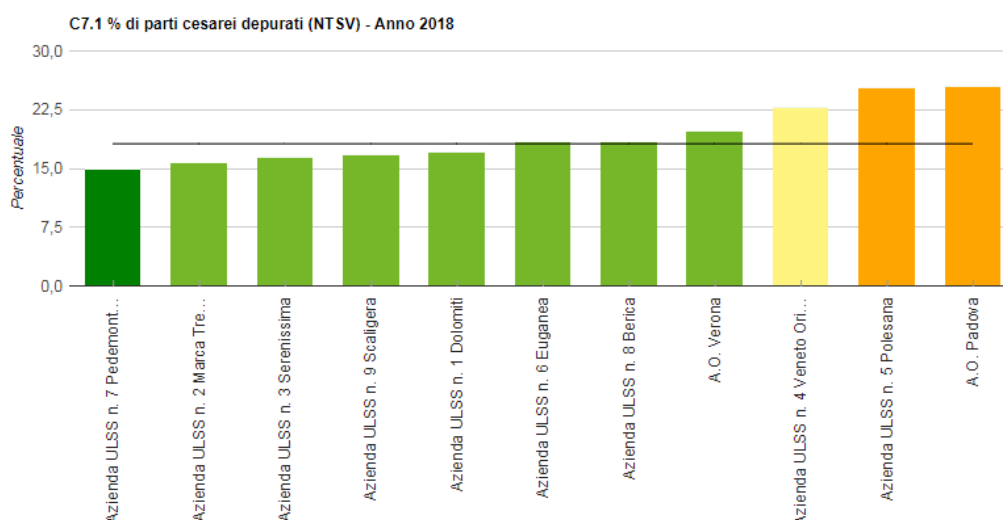
L'IPDM dei DRG medici registra un ulteriore miglioramento rispetto all'anno precedente; il valore AOUI (-0,316) è il più basso della Regione Veneto, che invece con un valore medio di 0,804 ottiene un giudizio di performance scarsa.



L'IPDM dei DRG chirurgici di AOUI (0,179) ottiene una valutazione media, ma si situa ben al di sotto del valore regionale (0,266).

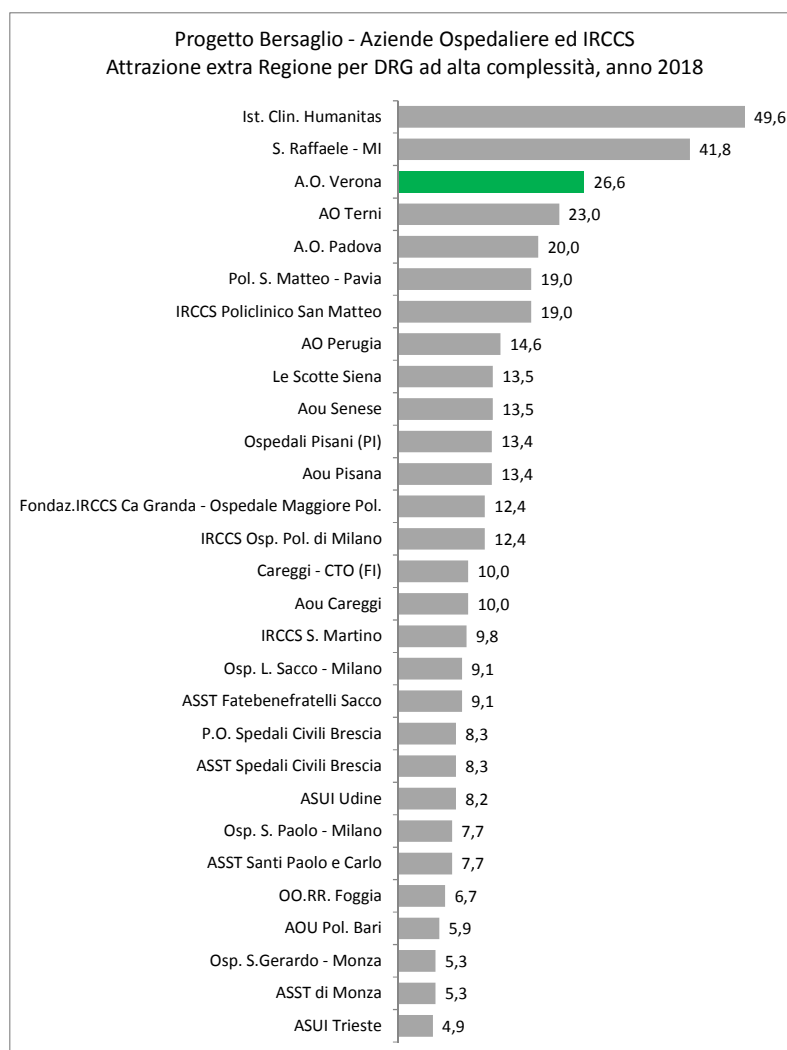


Anche la % di parti cesarei (18,2%) registra una lieve diminuzione rispetto al 2017, ottenendo una valutazione buona.



Da segnalare infine il posizionamento in zona verde scuro del bersaglio, ad indicare un livello di performance ottima, dell'indicatore relativo alla **capacità di attrazione extra regione per i casi di alta complessità** (DRG di classe A). Per il quarto anno consecutivo la nostra Azienda si colloca -

nella graduatoria stilata dal MeS - al terzo posto, dopo due IRCCS come l'Humanitas ed il San Raffaele, **mantenendo il primato tra le aziende ospedaliere afferenti al Network Regioni.**



3.6.2 Il Programma Nazionale Esiti

Sviluppato dall'Agenzia Sanitaria per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) su mandato del Ministero della Salute, il **Programma Nazionale Esiti**¹⁶ si presenta come "strumento a supporto di programmi di audit clinico ed organizzativo ed ha come obiettivo il monitoraggio delle variabili di qualità, efficienza ed equità degli interventi sanitari".

A fronte della volontarietà di adesione del Progetto Bersaglio, il Programma Nazionale Esiti si basa su fonti normative nazionali e regionali.

Anche i risultati conseguiti sugli indicatori di valutazione considerati da Agenas - Ministero della Salute all'interno del Programma Nazionale Esiti nel corso del 2019 evidenziano il livello qualitativo

¹⁶ I dati PNE sono accessibili e consultabili, previa registrazione, all'indirizzo www.agenas.it

raggiunto in AOUI: nessuno dei 21 indicatori utilizzati si colloca nelle aree di bassa performance (colore e rosso). Il colore grigio sta ad indicare un basso numero di casi al denominatore (dato escluso dalla valutazione).

AOUI Verona, indicatori Programma Nazionale Esiti anno 2019

	2019		MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
	Borgo Trento	Borgo Roma	1	2	3	4	5
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	6.2	25.9	≤ 6	6-8	8-12	12-14	> 14
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	57.5	3.7	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2.3		≤ 1.5		1.5-4		> 4
Scadenza cardiaca: mortalità a 30 giorni	8.0	11.0	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18
Valvuloplastica o sost valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1.5		≤ 1.5		1.5-4		> 4
Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0.0	3,2	≤ 1		1-3		> 3
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	9.1	4.8	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1.2		≤ 1.5		1.5-3.5	3.5-5	> 5
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	6.4	12.1	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria<3 giorni	86.5	89.8	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol>90 casi	77.8	91.5	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
Intervento per TM mammella: % interventi in reparti con vol>135 casi	100		=100	80-100	50-80	30-50	< 30
Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	7.5		≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0.3		≤ 0.5		0.5-3		> 3
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	0.4	0	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3.4	0,9	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	22.9		≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.5		≤ 0.20		0.20-0.70		> 0.70
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0.7		≤ 0.30		0.30-1.2		> 1.2
Frattura di femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	64.5		≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
Frattura tibia e perone: attesa mediana per intervento chirurgico	3.0		< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

Risulta collocato nella fascia di performance "bassa", per l'ospedale di Borgo Roma, solo un indicatore: mortalità a 30 gg per BPCO riacutizzata.

Va purtroppo sottolineato come ancora oggi il PNE consideri *separatamente* le due sedi ospedaliere che costituiscono l'AOUI nonostante le ripetute segnalazioni in merito e le evidenze trasmesse in più occasioni anche agli organi regionali.

3.6.3 La valutazione della Regione Veneto

Al momento della stesura della presente Relazione non è ancora pervenuta la valutazione definitiva da parte della Regione Veneto del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati ad AOUI con DGR 248/2019.

Si ricorda che la Regione assegna ad AOUI 80 punti per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi (garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio), mentre il Consiglio Regionale ha a disposizione ulteriori 20 punti per la valutazione del rispetto della programmazione regionale.

3.6.4 Gli obiettivi operativi 2019

Nelle pagine a seguire si riporta la Scheda Obiettivi 2019 dell'AOUI, che contiene la maggior parte dei target assegnati alle singole Unità Operative, i risultati complessivamente raggiunti ed una prima valutazione tecnica sintetizzata dal Controllo di Gestione sulla scorta dei pareri pervenuti dalle singole strutture aziendali coinvolte nel monitoraggio degli obiettivi.

Si precisa che le valutazioni espresse sono esito di un esercizio di autovalutazione, e come tale potenzialmente suscettibile di modifica da parte della Regione Veneto.



AOUI Verona

valutazione
Performance organizzativa anno 2019

--

Area: Eccellenza

pos o	obiettivi 2019	indicatori	status 2019	stima punti
Formazione, Didattica e Ricerca				
	Formazione di base svolta dalle UO aziendali: mantenimento/aumento	n tutoraggi/totale Dirigenti UO	Valutato l'obiettivo relativo alla pubblicistica. Nel 2019 sono stati pubblicati complessivamente 3.018 lavori scientifici, numero superiore a quello medio per anno nel triennio precedente (2.560 lavori/anno); parallelamente le citazioni sono state 107.778 (80.000 circa per anno nel triennio 2016-2018) e l'indice di Hirsch totale pari a 744 (644 per anno nel triennio precedente): obiettivo raggiunto	100,0%
3	Pubblicistica: mantenimento/aumento attività	1) N medio pubblicazioni per UO; 2) N medio citazioni per UO; 3) H-index medio per UO		
	Ricerca: mantenimento/aumento	N di progetti di ricerca attivi per UO		
Innovatività				
3	Progetto SAVE di ottimizzazione delle terapie antibiotiche in AOUI: 1) riduzione della percentuale del consumo globale di antibiotici; 2) aderenza alle linee-guida SAVE per la prescrizione antibiotica empirica e la profilassi chirurgica, e riduzione della prevalenza dei paz che ricevono terapia antibiotica; 3) riduzione della percentuale di consumo di carbapenemici; 4) riduzione della percentuale del consumo di fluorochinolomici; 5) aumento dell'utilizzo di gel alcolico	set indicatori (pag 10 Documento di Direttive)	l'obiettivo si considera raggiunto: il consumo complessivo di antibiotici in termini di Dosi Definite Giornaliere (DDD) per 1000 giornate di degenza è passato da 783,82 a 714,62 (-8,8%); per i fluorochinolomici la riduzione è stata del -43,2%, dato che conferma il trend di riduzione avviato nel 2018 (-19,7%); in riduzione appaiono inoltre il consumo di carbapenemi (-9,2%) e di cefalosporine di III generazione (-20,1%). Gli audit sulla prescrizione antibiotica hanno mostrato un progressivo miglioramento della appropriatezza prescrittiva, con buona aderenza alle indicazioni fornite nelle linee guida introdotte dal progetto. Il consumo di gel alcolico è aumentato del +43%	100,0%
Reti cliniche e Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)				
3	Reti cliniche tempo-dipendenti (Trauma, Stemi, Stroke): rispetto degli standard degli indicatori previsti dal Programma Nazionale Esiti, dal progetto Bersaglio (MeS S. Anna) e dalle linee-guida. Rete Disturbi Comportamento Alimentare: protocolli per la gestione dei ricoveri	set indicatori; protocolli	l'obiettivo, valutato per la rete stroke e stemi su indicatori PNE, è stato raggiunto; parzialmente raggiunto per la rete trauma	66,0%
3	Miglioramento funzionalità dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM): rispetto degli indicatori e degli standard previsti per ciascun GOM	si/no	è stata predisposta la procedura per il riconoscimento ed il monitoraggio dei Gruppi Interdisciplinari e dei GOM, L'obiettivo si considera quasi raggiunto	80,0%
Trapianti				
1	Aumento della percentuale di donatori procurati da AOUI (>66%)	% donatori	la percentuale di donatori procurati nel 2019 è stata pari al 62%, valore in miglioramento rispetto all'anno precedente (60%). Lo scostamento dalla soglia del 66% è motivato dal brusco calo nell'accertamento di morte con criteri neurologici ed al contestuale aumento del tasso di opposizione alla donazione nel primo semestre 2019, fenomeni che hanno portato ad una netta diminuzione dei donatori disponibili per trapianto. L'obiettivo si considera quasi raggiunto	90,0%

Area: Eccellenza

peso	obiettivi 2019	indicatori	2018	2019	status 2019	stima punti
------	----------------	------------	------	------	-------------	-------------

Indicatori di valutazione esterna

15	Aderenza agli standard di qualità previsti dal Programma Nazionale Esiti, set indicatori Treemap	set indicatori Treemap			la valutazione, effettuata su dati Regione Veneto, evidenzia una buona performance per quanto riguarda la maggior parte degli indicatori Treemap. Obiettivo quasi raggiunto	90,0%
	% di episodi di IMA trattati con PTCA entro 2 gg: aumento	% IMA trattati con PTCA entro 2 gg	63,6%	73,1%		
	numero Colectomia laparoscopica: aumento	n col lap	511	622		
	Colectomia laparoscopica, % di ricoveri con degenza post operatoria <3 gg: aumento	% col lap con dm postop<3gg	83,4%	87,5%		
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario: <25%	% parti con taglio cesareo primario	21,5%	22,6%		
	Frattura del collo del femore: % di interventi chirurgici entro 2 gg in pazienti >65 anni	% operati	72,4%	64,8%		
	Frattura della tibia e del perone, tempi di attesa per intervento chirurgico: <2 giorni	mediana TA	3,7	3,0		
3	Miglioramento degli indicatori Progetto Bersaglio (MeS Sant'Anna)	set indicatori			l'obiettivo si considera raggiunto	100,0%
	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto e tumore al polmone	TA	retto 20,9; polmone 17	retto 24,5; polmone 20,08		
	% DH medico con finalità diagnostica	% DH M diagn	5,7%	5,5%		
	% di colecistomie laparoscopiche in Day Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno: >55%	% col lapar DS e RO 0-1 gg	49,1%	46,9%		
	Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore nei casi urgenti: <1,85	dm preoperatoria	2,3	2,2		
	degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore casi in elezione: <8,35	dm preop	10,9	10,1		
Aumento dei casi di prostatectomia transuretrale	% prostatectomie transuretrali	87,6%	85,3%			

Area: Eccellenza

peso	obiettivi 2019	indicatori	2018	2019	status 2019	stima punti
------	----------------	------------	------	------	-------------	-------------

Attrazione

2	Volumi attrazione extra-Regione: aumento				complessivamente (ricovero+ambulatoriale) i volumi di pazienti extraregione sono aumentati del 3,3%: l'obiettivo si considera raggiunto	100,0%	
		n casi RO+DH (esclusi DRG classe A)	8.703	8.582			
		n DRG classe A extraregione	1.886	1.950			
		n casi ambulatoriali extra regione	29.486	30.881			
7	Aumento del valore di mobilità extraregionale, soprattutto per i DRG di classe A				il valore economico dei DRG di alta complessità registra un incremento del 3,7%: obiettivo raggiunto	100,0%	
		valore economico complessivo casi extra-regione (RO+DH)	var val econ	28.097.019			28.393.216
		valore economico complessivo casi extra-regione DRG di classe A	var val econ	27.940.072			28.985.489
		valore economico complessivo casi extra-regione ambulatoriali	var val econ	9.489.308			10.347.517

totale Area Eccellenza					92,0%
-------------------------------	--	--	--	--	--------------

Area: Efficacia ed Efficienza

pes o	obiettivi 2019	indicatori	2018	2019	status 2019	stima punti
Emergenza e PS						
1	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso <18 minuti	minuti intervallo	00:17:00	00:17:00	obiettivo raggiunto	100,0%
2	Rispetto della durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto dalla DGR 1513/2014 (90° percentile dei pazienti entro 4 ore)	durata accesso al 90° percentile	6h e 04 min	6h e 16 min	obiettivo non raggiunto	--
1	% di pazienti con codice giallo visitati entro 30 min: 90° percentile visitato entro 30 min	% visitati	74,0%	73,1%	obiettivo non raggiunto	--
1	% di accessi in PS esitati in ricovero: <16%	% ricoveri da PS	16,3%	15,7%	obiettivo raggiunto	100,0%
1	Tempo di attesa tra triage e presa in carico per codici bianchi e verdi: entro 60 min al 90° percentile	ta	3h	2h e 54min	obiettivo non raggiunto	--
2	Riduzione dei tempi di refertazione di consulenze e indagini radiologiche richieste dal Pronto Soccorso (codici bianchi e verdi)	tempi di refertazione (valore mediano)	44,40	52,75	rispetto al 2018 il tempo mediano di refertazione è aumentato: obiettivo non raggiunto	--
Degenza media e continuità assistenziale						
3	Contenimento della degenza media (non aumento)	degenza media	7,8	7,9	Valutata al netto dei casi outliers la degenza media è stata ridotta, l'obiettivo si considera raggiunto	100,0%
		degenza media al netto dei casi outliers	6,8	6,7		
3	Adeguamento alle disposizioni regionali ed aziendali (Decreto n. 119/2018 del Direttore Generale Area sanità e sociale, nota DMO 20409 del 8 aprile 2019) su Posti Letto Trend (funzionali) a disposizione del Pronto Soccorso: minimo 35 posti letto garantiti tutte le mattine	pl trend medi	20,7	25,8	Mediamente sono stati messi a disposizione dei PS aziendali pl trend per 4 mesi su 12. Obiettivo parzialmente raggiunto	35,0%
1	Progetto ADP, la gestione delle dimissioni protette, presenza data di possibile dimissione entro 5 gg: 100%	% inserimenti previsti	51,0%	90,0%	obiettivo quasi raggiunto	90,0%
Attività chirurgica						
3	Mantenimento attività chirurgica (≥37.879)	n interventi	37.879	36.913	La flessione registrata è stata causata dalla necessità di ridurre sedute operatorie per la mancanza di medici anestesisti. L'obiettivo si considera quasi raggiunto	90,0%
2	Compilazione tempestiva degli atti operatori su registro informatizzato: 90% di atti operatori chiusi entro 48 ore	% atti operatori chiusi entro 48h	70,3%	81,2%	il dato registra un netto miglioramento rispetto al 2018: l'obiettivo si considera quasi raggiunto	90,2%

Area: Efficacia ed Efficienza

pes o	obiettivi 2019	indicatori	2018	2019	status 2019	stima punti
Flussi informativi						
1	Registri AIFA: rispetto della compilazione	si/no			obiettivo quasi raggiunto	98,0%
2	Completezza e tempestività del flusso SDO: >95%	% SDO	96,2%	96,0%	obiettivo raggiunto	100,0%
2	Informatizzazione dell'attività ambulatoriale per esterni e per i pazienti ricoverati (firma digitale, referti, relazione di visita, lettera di dimissione, anamnesi ...): >95%	% referti informatizzati	100,0%	100,0%	obiettivo raggiunto	100,0%
Tempi di attesa						
1	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per gli interventi chirurgici per classe di priorità: oncologici >90%; non oncologici classe A+B >90%	% ricoveri con TA rispettato			obiettivo raggiunto	100,0%
		oncologici	97,0%	95,2%		
		non oncologici	85,0%	90,1%		
2	Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: priorità A: entro 24 ore; Priorità B: almeno il 90% entro 10 gg; Priorità D: almeno il 90% entro 30 gg; Priorità P: almeno il 90%	% di soglie rispettate			obiettivo raggiunto	100,0%
Ambito prevenzione della corruzione						
2	Rispetto delle norme e del regolamento sull'attività svolta in regime libero-professionale (ALPI). Mantenimento o incremento dei volumi di attività ambulatoriale istituzionale a garanzia del principio che prevede volumi istituzionali superiori a quelli libero-professionali				l'obiettivo si considera raggiunto	100,0%
		volumi att ist (visite)	4.356.526	4.350.888		
		volumi att LP (visite)	69.956	69.174		
Budget economico e appropriatezza prescrittiva						
10	Rispetto del budget economico assegnato	variazione tra budget e consumi			Obiettivo non completamente raggiunto, anche se lo sfioramento registrato (9% sui dispositivi medici, pari a 5 milioni di euro, e del 4,5% su IVD) si ritiene quasi completamente motivato da incremento di attività	80,0%
2	Aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva				l'obiettivo si considera parzialmente raggiunto	80,0%
1	Comitato Buon Uso del Sangue (COBUS): effettuazione incontri formativi; valutazione appropriatezza richieste di plasma; riduzione consumi di plasma fresco				effettuati incontri di approfondimento con numerose UOC; il consumo di plasma fresco congelato è stato ridotto del -11,51% vs 2018; l'appropriatezza di uso del plasma è valutata intorno al 90%. Obiettivo raggiunto	100,0%
totale Area Efficacia ed Efficienza					74,5%	

Area: Qualità della vita in ospedale

pes o	obiettivi 2019	indicatori	2018	2019	status 2019	stima punti
1	Riduzione della % di abbandoni al Pronto Soccorso (obt: <2,5%)	% di abbandoni	4,4%	3,9%	Seppur in lieve flessione la percentuale di abbandoni in PS resta al di sopra dello standard: obiettivo non raggiunto	--
1	Riduzione percentuale di dimissioni volontarie (obt: <0,7%)	% dimissioni volontarie	0,8%	0,8%	al netto dei casi IVG l'indicatore assume il valore di 0,4%: l'obiettivo si considera raggiunto	100,0%
4	Implementazione dell'approccio integrato nell'area della sicurezza				obiettivo raggiunto	100,0%
	- Rischio clinico: mantenimento valori di Incident Reporting (IR)	n IR	444	1000		
	- Segnalazioni ADR: >328	n ADR	489	551		
3	Indagine Agenas (PNE) sull'umanizzazione delle cure: seguendo le indicazioni di Miglioramento Qualità, rendicontazione sullo stato delle azioni di miglioramento presentate nel 2018 per la risoluzione delle criticità emerse nell'edizione 2017	evidenza di azioni di miglioramento			obiettivo raggiunto	100,0%
2	Azioni di miglioramento del grado di umanizzazione all'interno dell'unità operativa: implementazione	si/no			obiettivo raggiunto	100,0%
4	Autorizzazione e Accreditamento: risoluzione di eventuali non conformità emerse in corso di verifica	si/no			obiettivo raggiunto	100,0%
2	Indagine di soddisfazione del cittadino e del malato attraverso nuovi strumenti di ascolto attivo e realizzazione di focus group	si/no			obiettivo raggiunto	100,0%

totale Area Qualità della vita in ospedale	94,1%
---	--------------

totale raggiungimento obiettivi anno 2019	84,8%
--	--------------

3.7 Performance 2019: analisi degli scostamenti ed osservazioni

Per quanto riguarda i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) emerge come i risultati attesi siano stati complessivamente raggiunti nella misura del 85%: tale valore è da intendersi come media complessiva aziendale, poiché la distribuzione dei singoli punteggi di Unità Operativa *storicamente* presenta una certa variabilità, in parte determinata dal numero e dalla tipologia degli obiettivi assegnati in maniera specifica.

Va precisato come il punteggio complessivo AOUI sia frutto di un esercizio di stima e di autovalutazione condotto dalla Direzione aziendale sulla base di alcuni risultati di pre-consuntivo trasmessi da Azienda Zero: ad oggi non è infatti ancora pervenuta la valutazione definitiva da parte della Regione Veneto, nonostante gli adempimenti legislativi impongano ad AOUI, come ente della Pubblica Amministrazione, la pubblicazione dei propri risultati entro il 30 giugno di ogni anno.

Si passano ora in rassegna gli ambiti operativi per i quali l'autovalutazione effettuata ha evidenziato elementi di criticità.

Gruppi Oncologici Multidisciplinari (80%): l'attività dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) è stata particolarmente attenzionata nel corso del 2019 al fine di permettere una omogenea analisi volta all'ottimizzazione degli stessi. È stato redatto un documento di monitoraggio dell'attività e dello stato dell'arte dei componenti dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari presenti in azienda, che ha permesso di definire in modo univoco il coordinatore e i componenti dei GOM, essendo avvenuti molti avvicendamenti del personale. Si sono inoltre raccolte le criticità riscontrate da alcuni gruppi al fine di affrontarle e risolverle. È stata predisposta una griglia definita "Tracciato Attività" che ogni GOM è tenuto a compilare al fine di alimentare il database necessario alla calcolabilità degli indicatori. Con il tempo si sono resi necessari dei cambiamenti nelle modalità di riconoscimento aziendale dei GOM, volti a rendere la procedura più organica e rapida. In tal senso sono state redatte:

- 1) PAD 01: RICONOSCIMENTO GRUPPI INTERDISCIPLINARI / GRUPPI ONCOLOGICI MULTIDISCIPLINARI, in cui viene esplicitato il nuovo percorso per ottenere il riconoscimento Aziendale di GOM e le azioni necessarie al rinnovo dell'attività.
- 2) MAD 01: Riconoscimento ed attivazione del Gruppo Interdisciplinare (GI) / Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM): Documento operativo che il coordinatore del Gom deve compilare per ottenere il riconoscimento;
- 3) MAD 02: Monitoraggio annuale del Gruppo Interdisciplinare (GI) / Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)

Tali procedure sono state inviate alla Direzione Sanitaria in data 24/12/2019 per l'adozione sperimentale delle stesse durante il 2020.

Alla luce dell'attività svolta a livello centrale, si può affermare che nel corso del 2019 sono state realizzate una serie di necessarie azioni propedeutiche alla revisione dell'impianto complessivo, che consentirà nel 2020 di valutare l'operatività dei gruppi attraverso il set di indicatori individuato.

Area Trapianti (80%): l'obiettivo di aumentare la percentuale di donatori procurati oltre il 66% non è di derivazione regionale, ma è assegnato autonomamente dalla Direzione aziendale in quanto appartenente al set di indicatori di valutazione del Progetto Bersaglio. La percentuale di donatori procurati nel 2019 è stata pari al 62%, valore in miglioramento rispetto all'anno precedente (60%), ma ancora piuttosto lontano dalla soglia auspicata.

A parziale motivazione del dato va sottolineato come nel primo trimestre del 2019 si sia registrato un brusco calo nell'accertamento di morte con criteri neurologici ed un contestuale aumento del tasso di opposizione alla donazione, fenomeni che hanno portato ad una netta diminuzione dei donatori disponibili per trapianto. Inoltre, in linea con quanto avviene a livello nazionale, le caratteristiche dei donatori – la cui età mediana si assesta oltre i 70 anni - determinano una minor resa in termini di numeri di organi procurati. In AOUI la percentuale dei donatori over 70 è stata del 40%.

Infine, le indagini finalizzate alla valutazione dell'idoneità del donatore e alla idoneità d'organo mediante indagini strumentali e anatomia patologica, comportano un impegno di rilievo, dovendo essere messe in atto nella maggioranza dei casi con conseguente carico aggiuntivo del lavoro nelle rianimazioni con maggior numero di accertamento/donatori. I donatori procurati si sono ridotti del 30% a causa di inidoneità riscontrata durante le indagini effettuate prima e durante la sala di prelievo e inoltre la marginalità degli organi proposti non ha trovato a volte allocazione.

Programma Nazionale Esiti (90%): il livello di aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE sarà calcolato dalla Regione Veneto sul punteggio complessivo per azienda con valori tra 0 a 4, in base al valore grezzo degli indicatori considerati nella valutazione Treemap. Secondo quanto affermato nelle varie versioni emesse del *Vademecum Obiettivi DG 2019*, nella sua valutazione la Regione dovrebbe porre particolare attenzione ai seguenti indicatori:

Indicatori	obiettivo Regione Veneto	2019		2018		standard PNE				
		BORGO TRENTO	BORGO ROMA	BORGO TRENTO	BORGO ROMA	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
Proporzione di interventi per tumore maligno alla mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.	>90% (Parziale se ≥70%)	100		99		=100	80 I- 100	50 I- 80	30 I- 50	< 30
Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.	>90% (Parziale se ≥70%)	85,5	89,8	83,2	78,5	≥ 80	70 I- 80	60 I- 70	50 I- 60	< 50
% pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro due giornate in Regime Ordinario	>80% (Parziale se ≥60%)	64,5	-	72,4	-	≥ 70	60 I- 70	50 I- 60	40 I- 50	< 40
% parti cesarei primari	≤25%	22,9	-	21,3	-	≤ 15	15 I- 25	25 I- 30	30 I- 35	> 35

Partendo dal presupposto che nella maggior parte dei casi la Regione Veneto assegna soglie obiettivo più elevate rispetto a quelle identificate nella Tabella Treemap, l'andamento degli indicatori monitorati nell'ambito del PNE da Regione Veneto vede il raggiungimento totale per due indicatori (K. Mammella, Parti cesarei primari) e parziale per gli altri due.

Esaminando i rimanenti indicatori Treemap (tabella seguente) emerge inoltre un valore in peggioramento rispetto al 2018, e classificato nella fascia di bassa performance, a carico dell'indicatore "BPCO riacutizzata, mortalità a 30 giorni" nell'ospedale di Borgo Roma, per il quale si è provveduto ad analizzare la casistica.

	2019		2018		MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
	Borgo Trento	Borgo Roma	Borgo Trento	Borgo Roma	1	2	3	4	5
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	6,2	25,9	7,3	31,8	≤ 6	6-8	8-12	12-14	> 14
Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	57,5	3,7	54,1	4,5	≥ 60	45-60	35-45	25-35	< 25
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,3		0,9		≤ 1,5		1,5-4		> 4
Scompenso cardiaco: mortalità a 30 giorni	8,0	11	8,5	7,7	≤ 6	6-9	9-14	14-18	> 18
Valvuloplastica o sost valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1,5		1,3		≤ 1,5		1,5-4		> 4
Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 giorni	0	3,2	0	2	≤ 1		1-3		> 3
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	9,1	4,8	9,1	8,2	≤ 8	8-10	10-14	14-16	> 16
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,2		1		≤ 1,5		1,5-3,5	3,5-5	> 5
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	6,4	12,1	10,7	10,5	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	86,5	89,8	83,2	78,5	≥ 80	70-80	60-70	50-60	< 50
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con vol > 90 casi	77,8	91,5	75,8	97,9	=100	80-100	50-80	30-50	< 30
Intervento per TM mammella: % interventi in reparti con vol > 135 casi	100		99		=100	80-100	50-80	30-50	< 30
Proporzione nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	7,5		5,5		≤ 5	5-8	8-12	12-18	> 18
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,3		0		≤ 0,5		0,5-3		> 3
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	0,4	0	0,4	0	≤ 2	2-4	4-7	7-10	> 10
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3,4	0,9	3,5	4,3	≤ 1	1-3	3-6	6-8	> 8
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	22,9		21,3		≤ 15	15-25	25-30	30-35	> 35
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,5		0,6	0	≤ 0,20		0,20-0,70		> 0,70
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,7		1	0	≤ 0,30		0,30-1,2		> 1,2
Frattura di femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	64,5		72,4		≥ 70	60-70	50-60	40-50	< 40
Frattura tibia e perone: attesa mediana per intervento chirurgico	3		3		< 2	2-4	4-6	6-8	≥ 8

L'indicatore "mortalità a 30 giorni per BPCO" evidenzia un significativo miglioramento a Borgo Trento e un lieve peggioramento a Borgo Roma che determina il passaggio ad un livello inferiore della performance del presidio. Ancora una volta la suddivisione dell'Azienda in due Ospedali con codici primari distinti porta ad una penalizzazione della performance. Va precisato, peraltro, che tale lieve peggioramento (da 10,5 a 12,1) trova una prima spiegazione nelle proporzioni che sta assumendo il fenomeno BPCO dal punto di vista epidemiologico nella popolazione di ricoverati nell'area medica: la diffusione sempre maggiore di una patologia che colpisce una popolazione come quella veronese

sempre più anziana e con importanti comorbidità fa sì che i pazienti ospedalizzati presentino quadri clinici più complessi.

mortalità a 30 giorni per BPCO			MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
sede	2019	2018	1	2	3	4	5
Borgo Trento	6,4	10,7	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16
Borgo Roma	12,1	10,5	≤ 5	5-7	7-12	12-16	> 16

Si segnala inoltre che, contrariamente all'anno scorso, a causa dell'emergenza COVID-19 non è stato possibile verificare la corretta codifica delle SDO relative agli ultimi mesi del 2019. L'indicatore a fine ottobre aveva un valore di 10,5 a Borgo Roma e 9,3 a Borgo Trento. Non è escluso che un numero esiguo di SDO negli ultimi due mesi dell'anno (11 casi su 118 per i quali non è stato possibile eseguire gli audit) abbiano alterato il valore dell'indicatore, pur nel rispetto delle regole regionali della codifica.

Data la rilevanza del PNE per la valutazione dell'esito, sono stati condotti ulteriori approfondimenti in relazione alle oscillazioni osservate a carico di altri indicatori.

Il valore dell'indicatore **mortalità a 30 giorni per bypass aortocoronarico** è sempre rimasto su livelli molto buoni: dal 2016, stabilmente al di sotto del 1,5. Dall'analisi della casistica con esito relativa al 2019, emerge come i decessi che hanno causato l'innalzamento del valore dell'indicatore, ed il conseguente passaggio dalla fascia verde a quella gialla, riguardino tutti pazienti molto anziani con malattia grave (cioè 10 casi su 466), alcuni dei quali accolti da altri ospedali in condizioni già critiche (ricoveri urgenti).

	Anno		MOLTO ALTO	MEDIO	MOLTO BASSO
	2019	2018	1	3	5
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,3	0,9	< 1,5	1,5-4	> 4

Si sottolinea inoltre come la bassa numerosità del denominatore (n=10) sia purtroppo in grado di modificare sensibilmente l'indicatore.

Per la **mortalità a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore del colon**, pur permanendo all'interno dell'area di performance media, l'indicatore presenta un miglioramento rispetto all'anno precedente.

	Anno		MOLTO ALTO	MEDIO	MOLTO BASSO
	2019	2018	1	3	5
Borgo Trento					
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3,4	3,5	< 1	3-6	> 8

L'indicatore è calcolato su base biennale: i casi con esito registrati sono 8 (su 253 casi), di cui solamente 2 relativi al 2019, entrambi pazienti anziani con comorbidità. L'indicatore calcolato selettivamente sul 2019 porta comunque a un valore di 1,19, in fascia verde.

Per quanto riguarda la **proporzione di complicanze durante il parto ed il puerperio**, pur permanendo all'interno dell'area di performance media, l'indicatore presenta un miglioramento rispetto all'anno precedente. Va ricordato che il livello di performance medio nell'indicatore si correla con il ruolo di centro Hub per l'area materno infantile (gli altri Hub provinciali della Regione si collocano a livello uguale o peggiore).

Parti naturali e cesarei: proporzione di complicanze	Anno		MOLTO ALTO	MEDIO	MOLTO BASSO
	2019	2018	1	3	5
Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,5	0,6	≤ 0.20	0.20 – 0.70	> 0.70
Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	0,7	1,0	≤ 0.30	0.30 – 1.2	> 1.2

Si segnala inoltre che l'indicatore è calcolato su base biennale, quindi sono compresi casi risalenti al 2018.

In particolare, per quanto riguarda i parti naturali, dei 21 casi con complicanze (su 4416 parti), solo 6 sono relativi all'anno 2019. Per quanto riguarda invece i parti cesarei, di 12 casi totali conteggiati dall'indicatore (su un totale di 1896), solo 4 sono ascrivibili al 2019.

Se si volesse calcolare l'indicatore con i parti del solo anno 2019, si otterrebbe 0,27 per i parti naturali e 0,42 per i parti cesarei, entrambi in fascia verde.

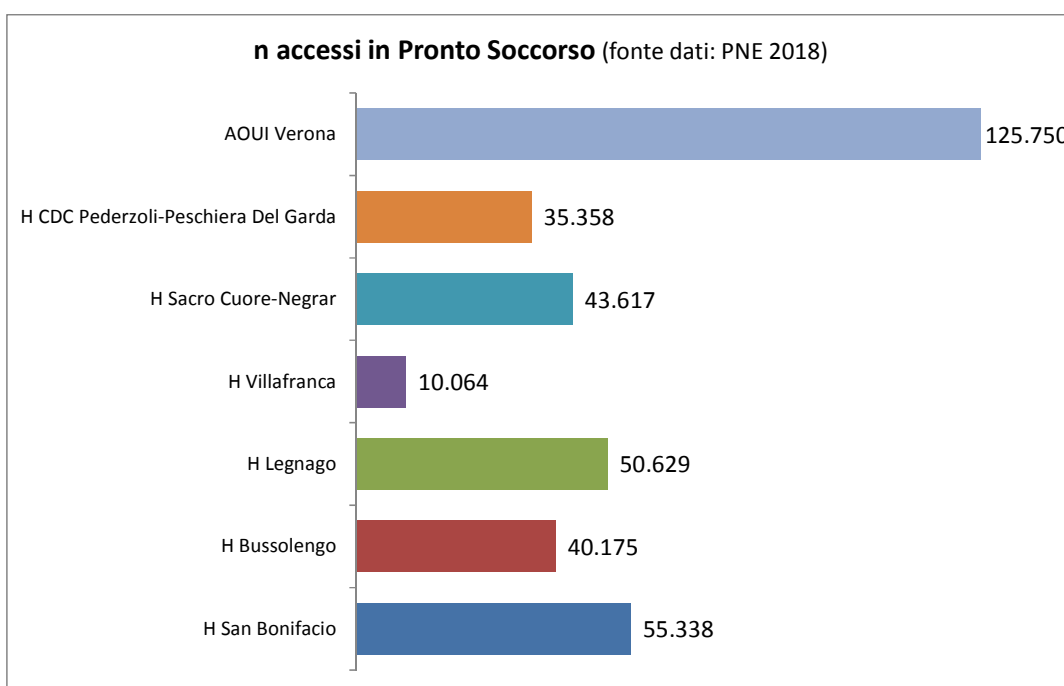
Gli approfondimenti eseguiti hanno confermato l'instabilità di alcuni indicatori PNE, talora talmente sensibili alle fluttuazioni casuali da produrre variazioni che difficilmente possono essere tenute sotto controllo, ma che sempre andrebbero considerate.

Area Emergenza e Pronto Soccorso: i risultati del 2019 confermano ancora una volta come in quest'area l'AOUI riscontri le maggiori difficoltà: solo due obiettivi sui 6 assegnati sono stati raggiunti (l'intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso e la percentuale di accesso in PS esitati in ricovero), mentre i rimanenti registrano ulteriori peggioramenti rispetto all'anno precedente. Ciò, nonostante gli sforzi profusi dal Personale e la messa in atto, nel corso degli anni, di una serie di azioni correttive, quali:

- la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc che monitora costantemente i diversi indicatori, sia quelli individuati a livello aziendale che quelli disposti dalla Regione;
- la creazione di una cartella informatica condivisa (Monitoraggio PS) nella quale vengono settimanalmente inserite le tabelle aggiornate relative al monitoraggio dei tempi d'attesa, mentre quelle relative a triage/appropriatezza/descrizione esito/OBI vengono aggiornate, invece, mensilmente;

- la predisposizione di analisi estremamente puntuali sui carichi di lavoro del personale medico delle due sedi (ripetuti con cadenza trimestrale) e sulle tempistiche di refertazione dal parte dei servizi di Radiologia, del Laboratorio analisi e delle consulenze;
- l'identificazione di una figura – presente in entrambe le sedi - che monitora giornalmente i tempi di presa in carico ed agisce conseguentemente.

Di fronte al persistere delle difficoltà, va inoltre evidenziato ancora una volta come la collocazione delle due sedi ospedaliere dell'AOUI nel contesto urbano della città di Verona fa sì che esse siano considerate, anche per ragioni storiche, gli "ospedali della città", ai quali la cittadinanza si rivolge in caso di necessità. AOUI continua a ricoprire il ruolo di unico ospedale urbano, come testimoniato dalle migliaia di accessi registrati dai suoi due Pronto Soccorso confrontati con le altre realtà ospedaliere della provincia di Verona:



Anche confrontando strutture di analoghe dimensioni si evidenzia come i tempi di permanenza per i codici bianchi e verdi siano sempre di gran lunga superiori alle 4 ore (calcolati al 90% percentile) previste dalla delibera regionale; a titolo di esempio i valori registrati dalle due aziende ospedaliere del Veneto nel 2019 si assestano sempre attorno alle 6 ore, motivo per il quale la Regione Veneto sta valutando di modificare il target assegnato.

Letti trend (35%): il Decreto n. 119 del 08/10/2018 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto ha disposto di rendere disponibili per pazienti provenienti da Pronto Soccorso un numero di posti letto adeguato alle esigenze delle singole aziende, in funzione del numero di accessi urgenti.

L'obiettivo assegnato alle Unità Operative del DAI Medico Generale di organizzare la propria attività di reparto in modo da rendere disponibile, entro la mattinata di ciascun giorno della settimana, un numero di Posti Letto Trend prestabilito a disposizione del Pronto Soccorso, è stato soddisfatto solo

parzialmente. Non sempre è stato possibile, da parte di alcune Unità Operative, garantire una risposta adeguata alle richieste.

Area Attività Chirurgica: tra gli indicatori relativi al miglioramento dell'efficienza d'uso delle Sale Operatorie non è stato completamente raggiunto (90%) l'obiettivo di mantenere il numero di interventi chirurgici effettuati nel 2018, un obiettivo forse troppo "sfidante" in considerazione della situazione determinata dalla nota carenza di anestesisti.

Il secondo obiettivo non completamente raggiunto dell'area riguarda la compilazione tempestiva del 90% degli atti operatori su registro informatizzato entro 48 ore dall'effettuazione dell'intervento chirurgico, in adeguamento alle disposizioni del Ministero della Salute (DM 7 dicembre 2016 n. 261) che includono i dati di sala operatoria nel flusso informativo sui ricoveri verso il Ministero.

In considerazione della rilevanza dell'obiettivo, e pur registrando un netto miglioramento rispetto al 2018 (dal 70% al 81%) lo standard raggiunto non può essere considerato del tutto soddisfacente (90%).

Registri AIFA (98%): l'indicatore si basa sulla chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso, per il quale la Regione Veneto fissa come soglia di raggiungimento il 100%. Dalla valutazione interna risulta che il rapporto tra pazienti trattati nel 2019 con schede di follow-up chiusa per i farmaci sottoposti a meccanismo di rimborso e numero di pazienti trattati nel 2019 con ultima dispensazione di farmaco ricevuta entro 30 settembre 2019 è pari a 98%, di poco al di sotto della soglia regionale. Va precisato tuttavia come il non completo raggiungimento dell'obiettivo derivi in parte dalle difficoltà di accesso alla piattaforma AIFA, che non consente la registrazione contestualmente alla visita.

Rispetto del Budget economico (80%): si ritiene che lo sfioramento registrato (9% sui dispositivi medici, pari a 5 milioni di euro, e del 4,5% su IVD) sia sostanzialmente motivato da incremento di attività; i necessari approfondimenti sui consumi vengono forniti all'interno del capitolo 4 *Risorse, efficienza ed economicità*.

Appropriatezza prescrittiva (80%): la valutazione considera un insieme di obiettivi ed indicatori assegnati dalla Regione Veneto ad AOUI, che si riportano sinteticamente di seguito.

- Indicatore 11 (Infliximab) - % di pazienti avviati al trattamento con anti-tnf alfa a brevetto scaduto nella formulazione a minor costo (biosimilare od originator)

Valore soglia: >90%

Valore AOUI: 50%

Benché a livello locale non sia possibile riprodurre tale monitoraggio con la stessa metodologia regionale – non disponendo dei dati di tutte le altre aziende sanitarie – dalle rilevazioni interne condotte emerge come come 8 su 13 pz (61%) siano stati avviati con

biosimilare a minor costo. Questo dato, sebbene superiore a quella contenuta nel IV REPORT regionale 2019 rimane ancora al di sotto del valore soglia, ma evidenzia come tale indicatore risenta di una grande variabilità per l'esiguo numero di pazienti considerati ove piccole variazioni in valore assoluto (es. a causa di una svista al momento della prescrizione o della difficoltà di mantenere le informazioni a fronte di un turnover di medici in formazione specialistica) si traducono in scostamenti più marcati in termini %. Poiché pochi nuovi pazienti arruolati correntemente nel corso dell'anno non consentono di pulire il dato pregresso, siamo a chiedere di valutare il dato anche alla luce di queste considerazioni.

- Indicatore 11 (Adalimumab) - % di pazienti avviati al trattamento con anti-tnf alfa a brevetto scaduto nella formulazione a minor costo (biosimilare od originator)

Valore soglia: >90% Valore AOUI: 87%

Il valore registrato dalla AOUI (87%) è sostanzialmente in linea con il valore soglia (90%) ed è il più alto a livello regionale, oltre ad essere di gran lunga superiore alla media regionale (72%).

- Indicatore 12 (Infliximab): % di pazienti già in trattamento con anti-tnf alfa a brevetto scaduto nella formulazione a minor costo (biosimilare od originator)

Valore soglia: dato della migliore performance nell'anno precedente (68,5%) - valore AOUI: 45%

Dal punto di vista metodologico questo indicatore non è monitorabile dalla AOUI per cui, prendendo atto del valore registrato, si possono avanzare solo considerazioni di carattere generale. L'unico modo per incrementare questo valore è quello di sottoporre il paziente a switch. Avendo l'AOUI adottato da subito in maniera massiva il biosimilare aggiudicatario di gara regionale Remsima (B1) risulta più difficile oggi sia dal punto di vista del rationale farmacologico che dell'interazione medico paziente proporre il cosiddetto cross-switch, ovvero lo switch da B1 a B2 (Flixabi).

- Indicatore 16: Riduzione % di pazienti dimessi da ricovero avviati al trattamento con inibitori di pompa protonica.

Valore soglia: > 20% rispetto all'anno precedente Valore AOUI: 0%

Questo obiettivo risente del ritiro dal mercato della ranitidina, che ha imposto l'adozione dei PPI come sola ed unica strategia gastroprotettiva da offrire al paziente. Inoltre il dato 2019 risente del risultato del 2018, quando si era già provveduto a ridurre il consumo di PPI e per questo in difficoltà a mantenere un trend in riduzione per anni consecutivi.

3.8 Sintesi dei punteggi

Di seguito si riportano i punteggi assegnati alle Unità Operative aziendali, raggruppate per Dipartimento di appartenenza.

Si precisa che si tratta di una prima valutazione, dato che il sistema vigente in AOUI prevede che i Direttori delle Unità Operative possano presentare eventuali controdeduzioni in relazione alla valutazione ottenuta, entro 20 giorni dal ricevimento della stessa.

Le richieste di revisione della valutazione, presentate sotto forma di relazione a firma del Direttore dell'Unità Operativa ed inviate all'UOC Controllo di Gestione, verranno prese in considerazione dalla Direzione aziendale e successivamente sottoposte all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Qualora accolte, daranno luogo alla revisione del punteggio assegnato.

La valutazione dei Servizi in Staff alla Direzione Amministrativa sono invece da ritenersi definitive, in quanto già sottoposte ad eventuale revisione.

Infine, si precisa che la valutazione per la UOC Direzione Medica Ospedaliera, per il Servizio Professioni Sanitarie e per i Moduli di Attività è ancora in corso.

Valutazione Performance organizzativa anno 2019

Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI)	UOC/USD	Direttore/Responsabile	valutazione
DAI Cardio Vascolare e Toracico	Angiologia	Dott. Manlio Prior	93%
	Cardiochirurgia	Prof. Giuseppe Faggian	95%
	Cardiologia	Prof. Flavio Ribichini	93%
	Chirurgia Toracica	Dott. Maurizio Infante	85%
	Pneumologia	Dott. Claudio Micheletto	92%
	Fibrosi Cistica	Dott. Marco Cipolli	100%
DAI Chirurgia e Odontoiatria	Chirurgia Generale ed Endoscopia d'Urgenza + Sezione Trapianti Fegato	Dott. Umberto Tedeschi	91%
	Chirurgia Generale e dell'Obesità	Dott. Michele Genna	91%
	Chirurgia Generale ed Esofago e Stomaco	Prof. Giovanni De Manzoni	91%
	Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontoiatria	Prof. PierFrancesco Nocini	91%
	Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	Dott. Maurizio Governa	96%
	Chirurgia Vascolare	Dott. Gianfranco Veraldi	91%
	Ortopedia e Traumatologia A	Dott. Massimo Balsano	93%
	Ortopedia e Traumatologia B	Prof. Bruno Magnan	89%
	Chirurgia della Mano	Dott. Massimo Corain	97%
USD Endoscopia d'Urgenza	Dott. Luca Rodella	100%	
USD Trapianti Renali	Dott. Luigino Boschiero	96%	
DAI Chirurgia e Oncologia	Chirurgia Generale ed Epato-Biliare	Prof. Alfredo Guglielmi	99%
	Chirurgia Generale e del Pancreas	Prof. Claudio Bassi	92%
	Chirurgia Senologica	Prof. Giovanni Paolo Pollini	100%
	USD Chirurgia Endocrina	Dott. Paolo Brazzarola	100%
	Urologia	Prof. Alessandro Antonelli	93%
	Oncologia	Prof. Michele Milella	95%
	Radioterapia	Dott. Renzo Mazzarotto	99%
DAI Emergenza e TI	Anestesia e Rianimazione A	Dott. Paolo Zanatta	98%
	Anestesia e Rianimazione B (BR + BT)	Prof. Enrico Polati	99%
	USD Rianimazione e TI Polivalente	Dott. Federico Girardini (ff)	99%
	USD Anestesia e TI in Chirurgia Cardiaca e Toracica	Prof. Leonardo Gottin	99%
	Pronto Soccorso BR	Dott. Antonio Maccagnani	80%
	Pronto Soccorso BT	Prof. Enrico Polati (a scavalco)	80%
	Terapia del Dolore	Prof. Enrico Polati	100%
	Centrale Operativa SUEM 118	Dott. Adriano Valerio	92%
DAI Materno Infantile	Chirurgia Pediatrica Generale e Specialistica	Prof. Francesco Camoglio	96%
	Neuropsichiatria Infantile	Dott.ssa Elena Fontana (ff)	100%
	Ostetricia e Ginecologia	Prof. Massimo Franchi	94%
	Ostetricia e Ginecologia B	Dott. Valentino Bergamini	94%
	Pediatria ad Indirizzo Critico	Dott. Paolo Biban	95%
	Pediatria	Prof. Giorgio Piacentini	100%
	Pediatria ad indirizzo diabetologico	Prof. Claudio Maffei	99%
Oncoematologia Pediatrica	Dott. Simone Cesaro	100%	
DAI Medico Generale	USD Allergologia	Dott. Gianenrico Senna	91%
	Ematologia	Prof. Mauro Krampera	98%
	Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo	Prof. Enzo Bonora	93%
	Geriatria A	Dott. Vincenzo Di Francesco	95%
	Geriatria B	Prof. Mauro Zamboni	98%
	Malattie Infettive e Tropicali	Prof.ssa Evelina Tacconelli	95%
	Medicina Generale e Sezione Decisione Clinica	Dott. Roberto Castello	97%
	Medicina Generale e Mal Aterotrombotiche e Degenerative	Prof. Domenico Girelli	93%
	Medicina Generale ad indirizzo Immunoematologico ed Emocoagulativo	Prof. Oliviero Olivieri	92%
	Medicina generale per lo studio e il trattamento della malattia ipertensiva	Prof. Pietro Minuz	94%
	Nefrologia e Dialisi	Prof. Giovanni Gambaro	82%
	Gastroenterologia A	Dott. Antonio Colecchia	90%
	Gastroenterologia B	Prof. Luca Frulloni	91%
	USD Liver Unit		97%
	Reumatologia	Prof. Maurizio Rossini	89%
Dermatologia	Prof. Giampiero Girolomoni	87%	

Valutazione Performance organizzativa anno 2019

Dipartimenti ad Assistenza Integrata (DAI)	UOC/USD	Direttore/Responsabile	valutazione
DAI Neuroscienze	Neurochirurgia A	Dott. Giampietro Pinna	91%
	Neurochirurgia B	Prof. Francesco Sala	91%
	Neurologia A	Dott. Bruno Bonetti	97%
	Neurologia B	Prof. Salvatore Monaco	95%
	USD Stroke Unit	Dott. Bruno Bonetti	100%
	Oculistica	Prof. Giorgio Marchini	84%
	Otorinolaringoiatria	Prof. Daniele Marchioni	90%
	Psichiatria	Prof.ssa Mirella Ruggeri	100%
	Psicosomatica e Psicologia Medica	Prof. Francesco Amaddeo	100%
	USD Psicologia Clinica BR	Prof.ssa Lidia Del Piccolo	100%
	Recupero e Rieducazione Funzionale	Dott. Flavio Guerrazzi (ff)	100%
	Neuroriabilitazione	Prof. Nicola Smania	100%
DAI Patologia e Diagnostica	Anatomia e Istologia Patologica	Prof. Aldo Scarpa	99%
	USD Diagnostica Epatica e gastroenterologica	Dott.ssa Anna Tomezzoli	99%
	Fisica Sanitaria	Dott. Carlo Cavedon	100%
	Immunologia	Prof. Vincenzo Bronte	91%
	Laboratorio Analisi	Prof. Giuseppe Lippi	100%
	Medicina Nucleare	Prof. Marco Ferdeghini	100%
	Medicina Trasfusionale	Dott. Giorgio Gandini	100%
	Microbiologia e Virologia	Prof. Giuseppe Comaglia	100%
	Neuroradiologia	Dott.ssa Elisa Ciceri	99%
	Radiologia BR	Prof. Giancarlo Mansueto	98%
Radiologia BT	Dott.ssa Stefania Montemezzi	98%	

	UOC/USD/UOS	Direttore/responsabile	Valutazione
Servizi in Staff alle Direzioni (Generale, Sanitaria ed Amministrativa)	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Ing. Maurizio Lorenzi	92%
	UOS Servizio Sistemi Informativi	Ing. Luca Giobelli	100%
	UOS Servizio Ingegneria Clinica	Ing. Davide Fasoli	93%
	UOC Provveditorato, Economato e Gestione della logistica	Dr.ssa Giuseppina Montolli	100%
	UOC Contabilità e Bilancio	Dr. Roberto Sembeni	100%
	UOC Gestione Risorse umane	Dr.ssa Laura Bonato	100%
	UOC Affari Generali	Dr.ssa Marina Spallino	100%
	UOC Direzione amministrativa di ospedale e UOS Gestione Clienti	Dr.ssa Daniela Perin (ff)	100%
	UOC Controllo di Gestione	Dr.ssa Valeria Perilli	100%
	UOS Ufficio Legale	Avv. Roberta Sardos Albertini (ff)	95%
	UOS Ricerca Clinica	Dott.ssa Anna Fratucello (ff)	98%
	Risk Management e Nucleo Aziendale di Controllo	Prof. Stefano Tardivo	97%
	UOC Miglioramento Qualità e Adempimenti LR 22/2002	Dott. Alessandro Lomeo (ff)	99%
	UOS Servizio di Farmacologia	Prof. Roberto Leone	100%
	UOC Servizio per lo sviluppo della professionalità e innovazione	Prof. Albino Poli	97%
	Servizio di Medicina Legale	Prof. Franco Tagliaro	100%
	Servizio di Medicina Legale e della responsabilità Sanitaria	Prof. Domenico De Leo	100%
	Servizio Prevenzione e protezione aziendale	Ing. Maurizio Lorenzi	100%
	Servizio di Sorveglianza Sanitaria	Dott. Bruno Lonardi	99%
	USD Psicologia Clinica BT	Dott.ssa Luisa Nadalini	98%
	Servizio di Farmacia	Dott.ssa Paola Marini (ff)	99%
	Medicina del Lavoro	Prof. Stefano Porru	99%
	Direzione Medica Ospedaliera	Dott.ssa Giovanna Ghirlanda	***
Direzione delle Professioni Sanitarie	Dott.ssa Elisabetta Allegrini	***	

*** valutazione ancora in corso

4. Risorse, efficienza ed economicità

4.1 Risultati d'esercizio

AOUI Verona nel 2019 ha confermato, migliorandolo, l'importante traguardo di equilibrio economico-finanziario, raggiunto per la prima volta nel 2015 dopo 18 anni di risultati negativi.

Il Conto Economico consuntivo registra un utile di esercizio di circa 1,425 milioni di euro pur avendo accantonato 13 milioni di euro per investimenti futuri in edilizia e tecnologia.

	Consuntivo 2016	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019
Risultato d'esercizio	489.736,46	654.380,74	1.122.730,73	1.424.959,03

L'incremento dell'utile di esercizio 2019 di +300 mila euro rispetto all'anno precedente (+26,3%) e più che raddoppiato rispetto al 2017 è il risultato di continue ed importanti azioni intraprese nel corso degli anni, tra le quali si richiamano a titolo esemplificativo ma non esclusivo:

- l'efficientamento dell'attività di sala operatoria;
- il forte orientamento dell'attività di ricovero ai casi di alta complessità;
- l'aumento dell'attrattività dell'Azienda; il valore della mobilità a favore dei pazienti provenienti da altre regioni in regime di SSN rappresenta il 16,7% della mobilità complessiva ed è in costante incremento, confermandosi il più alto valore a livello regionale, come già evidenziato nelle pagine precedenti.

L'incremento dei costi è stato contenuto e i tetti di spesa assegnati dalla Regione sono stati sostanzialmente rispettati.

Tetto di spesa	Tetto	Consuntivo 2019	Status
Costo del Personale	229.100.000	228.537.816	Tetto rispettato
Prodotti Farmaceutici ed emoderivati al netto dei farmaci innovativi e dei farmaci oncologici innovativi	111.477.314	112.739.361	Tetto rispettato in considerazione della variazione delle rimanenze
Farmaci innovativi	5.072.803	3.173.643	Tetto rispettato
Farmaci oncologici innovativi	6.204.125	4.918.306	Tetto rispettato
Dispositivi Medici	57.509.198	62.730.961	Tetto non rispettato ma correlato a incremento attività
IVD	14.480.880	15.127.524	Tetto non rispettato ma correlato a incremento attività

Fanno eccezione i Dispositivi Medici e gli IVD per i quali si sono registrati importi a consuntivo superiori ai tetti di spesa assegnateci dalla Regione. Si rileva come essi siano prevalentemente correlati all'incremento dell'attività di alta specialità come peraltro rappresentato alla Regione Veneto in occasione dell'analisi degli scostamenti sull'anno 2019. Tenendo conto che, in parte, la differenza rispetto al Tetto è riconducibile sia al fatto che il tetto assegnato è inferiore rispetto alla spesa sostenuta nel 2018 sia alla variazione delle rimanenze, si riportano di seguito le motivazioni degli scostamenti.

Per quanto riguarda la spesa per Dispositivi medici, essa ha superato il tetto di spesa di +5,2 milioni di euro (corrispondente a +9%), correlata all'incremento degli interventi in ambito:

- *cardiologico* (TAVI, stent coronarici, protesi interatriali e per dotto di Botallo, Mitraclip) con +214 interventi ed un incremento di spesa di circa 1,05 milioni di euro
- *chirurgico vertebrale* (protesi ortopediche) per il quale AOUI costituisce centro Hub con +81 interventi ed un incremento di spesa di 1,2 milioni di euro circa
- *senologico* (protesi Braxon) con +52 interventi utilizzando particolari protesi riassorbibili per un incremento di 137 mila euro circa
- *chirurgico generale e specialistico* (sutura meccaniche, dispositivi per elettrochirurgia e medicazioni speciali) con un incremento di circa 1 milione di euro
- *robotica in ambito di chirurgia generale, urologia, ostetricia e ginecologia*: utilizzo robot di ultima generazione ed incremento di attività con un incremento di spesa di +750 mila euro
- strumentazione per neurochirurgia e per chirurgia oncologica ad ultrasuoni per complessivi 420 mila euro.

Si tratta di attività per la quale l'AOUI Verona è centro di riferimento e il cui incremento ha consentito di ridurre "fughe" verso altre strutture anche extra-regionali.

Per quanto riguarda la spesa di Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD), l'incremento è stato del 4,47% (+425 mila euro). L'aumento di attività riguarda:

- *Microbiologia* da un lato imputabile al sistema diagnostico per la sorveglianza di batteri multiresistenti alla vancomicina, implementato su richiesta della Regione e dall'altro ai test di diagnostica rapida per la ricerca di patogeni responsabili di infezioni gastrointestinali e meningiti per pazienti pediatrici.
- *Medicina Trasfusionale* per attività di tipizzazione HLA ad alta risoluzione in relazione all'aumento delle richieste di tipizzazione, ai nuovi profili previsti per la tipizzazione dei pazienti candidati a trapianto d'organo e alla necessità di tipizzare nuovi loci; per attività di analisi dell'HLA ad alta risoluzione mediante tecniche di sequenziamento con metodo Sanger (510 test), andata a regime nel corso del 2019 (ormai necessaria per rispondere agli standard EFI); per tipizzazione linfocitaria mediante citofluorimetro
- *Anatomia Patologica* per strumentazioni e dispositivi relativi ad analisi dei campioni.

Di seguito vengono riportati i macro-aggregati di bilancio degli ultimi 3 anni che mostrano un trend di progressivo e netto miglioramento.

4.2 Il Bilancio

	Consuntivo 2017	Consuntivo 2018	Consuntivo 2019
VALORE DELLA PRODUZIONE (A)			
Contributi in c/esercizio	120.672.306,07	133.014.981,52	109.739.904,45
Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-17.966.638,16	-43.696.739,11	-13.735.795,14
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di es. prec.	4.821.143,35	4.183.184,05	1.975.182,67
Mobilità intraregionale	369.961.121,38	377.959.582,21	390.150.650
Mobilità extraregionale	59.840.595,00	68.200.041,00	72.468.517
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie	28.889.127,39	27.686.856,89	28.871.704,82
Concorsi, recuperi e rimborsi	3.884.998,42	3.543.409,36	3.953.451,40
Compartecipazione alla spesa per prest. san. (ticket)	9.803.743,48	10.208.288,16	10.381.568,96
Quota contributi conto capitale imputata all'esercizio	24.022.258,81	23.373.369,05	23.805.228,58
Altri ricavi e proventi	3.310.192,42	7.354.040,34	4.238.736,85
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE A)	607.238.848,16	611.827.013,47	631.849.149,59
COSTI DELLA PRODUZIONE (B)			
Acquisti di beni sanitari	182.585.085,40	187.081.324,67	202.099.945,83
Acquisti di beni non sanitari	3.579.901,70	2.596.037,70	2.379.617,51
Acquisti servizi sanitari	39.721.779,65	37.318.065,31	37.167.385,90
Acquisti di servizi non sanitari e manutenzioni	85.992.428,39	82.775.585,57	83.620.982,43
Godimento beni di terzi	9.129.320,94	10.009.662,57	11.434.405,84
Costo del personale	221.147.607,19	223.719.478,21	228.537.815,96
Oneri diversi di gestione	3.288.143,76	3.114.607,17	3.045.988,37
Ammortamenti e svalutazioni	26.563.088,62	25.397.924,50	25.325.855,67
Variazione delle rimanenze	-2.513.076,17	667.183,17	-2.400.240,57
Accantonamenti tipici dell'esercizio	17.776.493,18	20.863.863,33	20.330.810,24
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE B)	587.270.772,66	593.543.732,20	611.542.567,18
Proventi e oneri finanziari (C)	-318.131,46	-131.110,83	-14.503,38
Rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0,00	0,00	0,00
Proventi e oneri straordinari (E)	-2.146.317,87	-118.065,42	-1.648.982,56
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B +/- C +/- D +/- E)	17.503.626,17	18.034.105,02	18.643.096,47
Imposte e tasse (IRAP e IRES)	16.849.245,43	16.911.374,29	17.218.137,44
RISULTATO D'ESERCIZIO	654.380,74	1.122.730,73	1.424.959,03

Soffermandosi sul biennio 2018-2019, dal lato dei ricavi si registra un incremento del 3,3% (+20 milioni di euro circa) correlato ad un incremento – meno che proporzionale – dei costi, i quali evidenziano un +3% corrispondente a circa +18 milioni di euro.

L'aumento dei ricavi ha interessato sia la voce di mobilità intraregionale (+3,2% per un importo di circa +12,2 milioni di euro) sia quella di mobilità extraregionale (+6,3% per un importo di 4,3 milioni di euro). Un ulteriore incremento ha riguardato i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie (+4,3% per un valore di +1,8 milioni di euro circa) ovvero i ricavi che non rientrano nella mobilità sanitaria e che sono relativi a prestazioni fatturate direttamente da AOUI.

Di contro si nota una riduzione dei contributi in c/esercizio (-17,5% per un importo di -23,3 milioni di euro); dei 109,7 milioni di euro esposti nel conto economico 2019, il 97% (ovvero 106,7 milioni di euro) riguarda contributi della Regione a destinazione indistinta e vincolata. Il restante 3% si riferisce a contributi per prestazioni agli stranieri STP, contributi da altri enti, contributi per ricerca erogati da privati.

Sul lato costi, le principali voci che hanno comportato un incremento riguardano:

- il costo di acquisto di beni sanitari (+8,0% per maggiori costi di +15 mln di euro) in parte riconducibile all'aumento sopra descritto dei consumi di Dispositivi Medici e di IVD
- costo del personale (+2,2% cui corrisponde un valore di +4,8 mln di euro) in ogni caso rispettoso, come si è detto precedentemente, dei tetti di spesa fissati dalla Regione Veneto per l'anno 2019.
- costo per godimento beni di terzi (+14,2% corrispondente a circa +1,4 milioni di euro) principalmente ascrivibile ai canoni relativi al contratto di project financing.

4.3 I tempi di pagamento ai Fornitori

Sul tema dei ritardi nei pagamenti della Pubblica Amministrazione, negli ultimi anni sono intervenuti importanti provvedimenti Regionali e Statali che hanno comportato sia l'erogazione di risorse finalizzate alla completa risoluzione del problema, sia l'adozione di norme finalizzate a dare compiuta evidenza al tema specifico all'interno dei bilanci.

Con l'entrata in vigore del D.L. n. 66/2014, Art. 41 comma 1, dal 2014 ogni Azienda è obbligata ad allegare un prospetto al Bilancio d'esercizio: "attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuata dopo la scadenza dei termini, nonché l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti ... *omissis*...".

L'indicatore di tempestività dei pagamenti, come precisato nella Circolare n. 3 del 14/01/2015 del Ministero dell'Economia e della Finanza, viene calcolato sommando il prodotto dell'importo dovuto di ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale per i giorni di ritardo e rapportando tale somma agli importi pagati nel periodo di riferimento.

Relativamente ai tempi di pagamento dei fornitori, nel 2019 l'indicatore di tempestività ha registrato un valore medio pari a **-29,47** giornate, a conferma del virtuoso trend di riduzione avviato a partire dal 2015.

5. Il processo di redazione della Relazione sulla Performance

Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La presente Relazione sulla Performance è stata redatta nel corso del mese di giugno 2020 dall' UOC Controllo di Gestione dell'AOUl, che si è avvalso dei documenti ufficiali dell'Azienda, dei dati forniti dai Servizi aziendali e dei contributi forniti dai Direttori di alcune Strutture aziendali (i cui riferimenti sono citati nelle note a piè di pagina).

La responsabilità della stesura è pertanto da ascrivere all'UOC Controllo di Gestione, quella dei dati forniti agli specifici Servizi, mentre la successiva validazione del documento all'Organismo Indipendente di Valutazione dell'AOUl Verona.

La Relazione chiude ufficialmente il Ciclo della Performance 2019, avviato con l'adozione del Piano della Performance 2018-2020, nel pieno rispetto delle fasi del crono programma:

AOUl Verona - Ciclo della Performance

	2018												2019												2020											
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
Elaborazione del Piano della Performance anno in corso, adozione e pubblicazione																																				
Elaborazione del Documento di Direttive anno in corso	■	■											■	■											■	■										
Presentazione/aggiornamento, divulgazione delle linee guida anno in corso		■	■											■	■											■	■									
Elaborazione, negoziazione delle schede di budget (schede obiettivi) anno in corso			■	■	■										■	■	■										■	■	■							
Eventuale integrazione delle Schede obiettivi					■												■												■							
Verifica infra-annuale dello stato di avanzamento degli obiettivi anno in corso									■												■												■			
Monitoraggio degli obiettivi di costo e di attività anno in corso (per la Direzione)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Valutazione della performance organizzativa (UOC) anno precedente		■	■	■										■	■	■										■	■	■								
Valutazione performance individuale anno precedente			■	■	■										■	■	■										■	■	■							
Redazione della Relazione sulla Performance anno precedente			■	■	■										■	■	■										■	■	■							
Valutazione di processo da parte dell'OIV	■		■		■								■		■		■								■		■		■							
Validazione da parte dell'OIV			■		■										■		■										■		■							
Erogazione premialità										■	■												■	■											■	■

Allegato 1. Il quadro normativo di riferimento

➤ **Pianificazione Nazionale:**

- D.L.vo n. 502 del 30/12/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 "Norme sull'assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle unità locali socio sanitarie e delle aziende ospedaliere in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"
- Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"
- D.L.vo n. 517 del 21/12/1999 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, coordinato con la legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2016)

➤ **Pianificazione Regionale:**

- DGRV n. 403 del 16/03/2012 "Disposizioni in materia di personale delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale."
- DGRV n. 998 del 5/06/2012 "Adozione nuovo schema del piano dei conti del Conto Economico obbligatorio per le aziende sanitarie del Veneto"
- Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016"
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014
- DGRV n. 693 del 14/05/2013 "Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)"
- DGRV n. 2067 del 19/11/2013 "Istituzione della Rete Oncologica Veneta (ROV). Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 112/CR del 12 agosto 2013.
- DGRV n. 910 del 10/06/2014 "DGRV 6 agosto 2013, n.1428. Presa d'atto dei Piani Pluriennali di Rientro"
- DGRV n. 2707 del 29/12/2014 "Riconoscimento dei Centri Regionali Specializzati delle strutture ospedaliere pubbliche qualificate come *hub* dalla DGRV n. 2122 del 19.11.2013"
- DGRV 1169 del 8/09/2015 "DL n.78/2015 convertito con legge 6 agosto 2015, n.125 - Articoli da 9-bis a 9-octies - Recepimento e disposizioni regionali attuative (spending review)"
- DGRV n. 1905 del 23/12/2015 "Disposizioni per l'anno 2016 in materia di personale del SSR, specialistica ambulatoriale interna e finanziamento dei contratti di formazione specialistica
- DGRV n. 140 del 16/02/2016 "Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)"
- Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneto denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizione per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"
- DGRV n. 1771 del 2/11/2016 "Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19 - Ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero" - primi adempimenti. Approvazione dell'avviso per la presentazione delle domande per l'aggiornamento dell'elenco degli idonei alla nomina di Direttore generale di Enti ed Aziende sanitarie e ospedaliere SSR"
- DGRV n. 1785 del 7/11/2016 "Potenziamento e razionalizzazione del Sistema Informativo Socio Sanitario. Linee di intervento e progetto Fascicolo Sanitario Elettronico regionale fase II"
- DGRV 1969 del 6/12/2016 "Approvazione di un Protocollo di intesa tra l'amministrazione regionale e le rappresentanze regionali delle organizzazioni sindacali del Comparto Sanità riguardante i primi interventi in materia di personale del SSR alla luce della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e approvazione di linee guida per l'emanazione da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale delle indicazioni attuative, per le Aziende ed enti del SSR, delle disposizioni di cui all'articolo 16, commi 4 e 5 del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito nella L. 15 luglio 2011, n. 111"
- DGRV n. 2112 del 23/12/2016 "Legge Regionale n. 19/2016 recante "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato - Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto - Azienda Zero -. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss". Determinazioni attuative e contrattuali - Presa d'atto dell'elenco aggiornato dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale degli Enti e Aziende Sanitarie e del SSR"
- DGRV n. 2169 del 23/12/2016 "Approvazione dei loghi istituzionali delle Aziende ULSS regionali e dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero"

- DGRV n. 2172 del 23/12/2016 "Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel processo di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR"
 - DGRV n. 2174 del 23/12/2016 "Disposizioni in materia sanitaria connesse alla riforma del sistema sanitario regionale approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato 'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero'. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"
 - DGRV n. 2238 del 23/12/2016 "Identificazione del modello della rete assistenziale per il percorso nascita e in particolare della rete dei punti nascita. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016"
 - DGRV n. 2296 del 30/12/2016 "Linee guida per la riorganizzazione dei processi e servizi tecnico - amministrativi secondo quanto previsto con LR 19/2016"
 - Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 31 "Legge di stabilità regionale 2017"
 - Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 30 "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017"
 - Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 32 "Bilancio di previsione 2017-2019"
 - Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 1 del 10 gennaio 2017 "Disposizioni per l'anno 2017 in materia di personale del SSR - Obiettivi di costo anno 2017"
 - Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 16 del 23 febbraio 2017 "Determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari - anno 2017, alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto'"
 - DGRV n. 405 del 6/04/2017 "Precisioni in merito alle Deliberazioni n. 140 del 16 febbraio 2016 e n. 2112 del 23 dicembre 2016, con le quali, rispettivamente, sono state approvate le linee guida relative alla costituzione, al funzionamento ed alle competenze degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) delle Aziende sanitarie del Veneto ed è stato disposto il recepimento con decorrenza 1° gennaio 2017 delle variazioni relative al mutamento dell'ambito di competenza territoriale e di denominazione delle Aziende del SSR stabilito dalla L.R. 19/2016"
 - DGRV n. 114 del 7/02/2017 "Approvazione delle linee generali del 'Progetto di Change Management' a supporto del processo di trasformazione del Servizio Socio-Sanitario del Veneto. L.R. n. 19 del 25/10/2016"
 - DGRV n. 246 del 7/03/2017 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei Servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2017"
 - DGRV n. 286 del 14/03/2017 "Legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, art. 2 comma 4 - Autorizzazione provvisoria all'erogazione dei finanziamenti della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) da effettuarsi attraverso l'Azienda Zero"
 - DGRV n. 428 del 06/04/2017 "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" - recepimento e prime disposizioni attuative"
 - DGRV n. 563 del 28/04/2017 "Presenza d'atto di subentro di Azienda Zero a Regione nei rapporti giuridici previsti da contratti e convenzioni- Art. 32, comma 3, L.R. n. 30 del 30 dicembre 2016"
 - DGRV n. 733 del 29/05/2017 "Linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale e per l'approvazione della dotazione di strutture dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero. Attribuzione all'Azienda Zero delle funzioni di cui all'articolo 2, comma 2, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19 e della qualifica di soggetto aggregatore. Dgr n. 31/CR del 6 aprile 2017 (articolo 2, commi 2 e 6, della L.R. 25 ottobre 2016 n. 19)"
 - DGRV n. 1523 del 25/09/2017 "Finanziamento del Sistema Regionale Trapianti per l'anno 2017"
 - DGRV n. 1525 del 25/09/2017 "Approvazione delle valutazioni riferite alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, in relazione al raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'esercizio 2016 ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR e presa d'atto delle valutazioni di competenza espresse dai Comitati dei Sindaci di Distretto".
 - Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 128 del 17 ottobre 2017 "Determinazione dei limiti di costo per i farmaci innovativi - anno 2017 - alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e aggiornamento della programmazione del secondo semestre 2017 per l'acquisto dei nuovi farmaci per Epatite C"
 - DGRV n. 1693 del 24/10/2017 "Definizione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. Modifica ed integrazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. Deliberazione n. 70/CR del 4 luglio 2017.
 - Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 133 del 2 novembre 2017 "Determinazione dei limiti di costo per i farmaci innovativi - anno 2017 - alle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e aggiornamento della programmazione del secondo semestre 2017 per l'acquisto dei nuovi farmaci per Epatite C. Nuova definizione - revoca decreto n. 128 del 17 ottobre 2017"
 - DGRV n. 1981 del 6/12/2017 "Presenza d'atto della valutazione finale relativa all'anno 2016 dei Direttori Generali delle Aziende Ulss, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto', a norma dell'art. 13, cc. 8 quinquies, 8 sexies e 8 septies della L.R. n. 56/1994"
 - DGRV n. 2176 del 29/12/2017 "Disposizioni concernenti il personale delle aziende ed enti del SSR, relative all'anno 2018 e approvazione piano assunzioni Azienda Zero per lo steso anno. Deliberazione 119 CR del 6/12/2017. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30 e art. 7, comma 1, della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19"
 - Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 8 del 22 gennaio 2018 "Determinazione dei limiti di costo per i beni sanitari - anno 2018 - delle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" e delle strutture private accreditate".
- **Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata:**
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 gennaio 1999 "Individuazione dell'azienda ospedaliera di Verona quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione"
 - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni e università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517"
 - Pre-intesa tra Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona per la stipula del "Protocollo di intesa", approvata dalla Giunta Regionale con Delibera 28.02.2006, n. 21/CR e dal Consiglio Regionale con Delibera del 14.12.2006 n. 140

- Intesa sui principi fondanti e specifici contenuti attuativi per la costituzione dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata di Verona propedeutica alla sottoscrizione del Protocollo attuativo locale, sottoscritta il 30 gennaio 2006
- Protocollo attuativo del 24/6/2008, sottoscritto dall'Università degli Studi di Verona e dall'Azienda Ospedaliera di Verona
- Legge Regione Veneto del 7 agosto 2009, n. 18 Modifiche alla legge regionale 16 agosto 2007, n. 23 "Disposizioni di riordino e semplificazione normativa - collegato alla legge finanziaria 2006 in materia di sociale, sanità e prevenzione" e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517
- DGRV n. 3345 del 10.11.2009 "Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, articolo 4 bis, Aziende Ospedaliere - Universitarie Integrate (AOUI). Determinazioni relative alla costituzione dell'AOUI di Verona"
- **Dotazione ospedaliera e Organizzazione Aziendale:**
 - DGRV 1697 del 05/06/2007 "Modifica della dotazione ospedaliera, di cui alla LR 39/93 approvata con DGRV 3223/2002 e 751/2005" ;
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 471 del 01/04/2008 "Dipartimenti di area tecnica e amministrativa";
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 713 del 14/5/2008 "Dipartimenti Aziendali, area medica e sanitaria";
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 365 del 2/7/2010 "Approvazione Atto Aziendale";
 - Proposta del Regolamento del Ministero della Salute del 21/07/2014 recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
 - DGRV n 2122 del 19/11/2013 "Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla LR 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative, dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013";
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 167 del 25/03/2014 "Piano Attuativo Aziendale ai sensi della DGRV n. 2122 del 19/11/2013 in materia di adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate. PSSR 2012-2016. Provvedimenti"
 - DGRV n 1337 del 28/07/2014 "Parere di congruità sul Piano dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona attuativo di quanto disposto dalla DGR n 2122 del 19/11/2013 (lr n. 56/1994 art. 6, comma 3 - lr n. 55/1994 art. 39";
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 518 del 22/08/2014 "Provvedimenti in ordine al Piano Attuativo Aziendale ex DGRV n 2122/2013 a seguito di visto di congruità regionale di cui all'art. 6, comma 3, della LRV n 56/1994 ed all'art 39 della LRV n 55/1994";
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 519 del 22/08/2014 "Piano Attuativo Aziendale ex DGRV n 2122/2013: prime disposizioni operative a seguito de visto di congruità regionale di cui all'art. 6, comma 3, della LRV n 56/1994 ed all'art 39 della LRV n 55/1994";
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 527 del 28/08/2014 "Deliberazione n 519 del 22/08/2014 recante 'Piano Attuativo Aziendale ex DGRV n 2122/2013: prime disposizioni operative a seguito de visto di congruità regionale di cui all'art. 6, comma 3, della LRV n 56/1994 ed all'art 39 della LRV n 55/1994' - rettifica errore materiale";
 - DGRV n. 2271 del 10/12/2013 "Nuove disposizioni in tema di 'Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del nuovo Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D. Lgs. 502/1992 e s.m. e i.. L.R. 29 giugno 2012, n. 23";
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 386 del 23/06/2014 "Adozione Atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitari Integrata - Verona in attuazione della DGRV n. 2271 del 10/12/2013"
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 634 del 17/10/2014 "Adozione definitiva dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Universitari Integrata - Verona"
 - Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 472 del 29/06/2015 "Istituzione della UOC di Medicina Generale per lo Studio e il trattamento della Malattia Ipertensiva"
 - Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 620 del 14/08/2015 "Modifica del vigente atto aziendale approvato in via definitiva con deliberazione 634 del 17/10/2014"
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 841 del 20/10/2015 "Approvazione definitiva delle modifiche al vigente Atto Aziendale previste dalle deliberazioni n. 472 del 29/06/2015 e 620 del 14/08/2015"
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 1090 del 24/12/2015 "Modifica art. 1 e art. 29 dell'Atto Aziendale in materia di libera professione intramoenia, di cui alla deliberazione n. 811 del 15/12/2014, a norma delle linee guida regionali approvate con DGRV n. 866/2015"
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 3 del 3/01/2017 "Attuazione alle disposizioni di cui alla deliberazione di Giunta Regionale Veneto n. 2174 del 23/12/2016"
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 43 del 26/01/2017 "Approvazione modifiche al vigente Atto Aziendale. Provvedimenti"
 - DGRV n. 208 del 28/02/2017 "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015"
 - DGRV n. 1306 del 16/08/2017 "Linee guida per la predisposizione da parte delle aziende ed enti del SSR del nuovo atto aziendale, per l'approvazione della dotazione di strutture dell'area non ospedaliera, per l'organizzazione del Distretto, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione, per l'organizzazione del Dipartimento di Salute Mentale. Drg n. 30/CR del 6 aprile 2017 (articolo 26, comma 7, e articolo 27 della L.R. 25 ottobre 2016, n. 19).
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 1693 del 24/10/2017 "Denominazione del modello organizzativo integrato per la prevenzione, diagnosi precoce e trattamento del carcinoma della mammella. Modifica ed integrazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e s.m.i.. Deliberazione n. 70/CR del 4 luglio 2017"

- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 944 del 30/10/2017 "Approvazione Atto Aziendale sulla base delle linee guida approvate con deliberazione di giunta della Regione Veneto n. 1306 del 16/08/2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 1148 del 20/12/2017 "Modifica della proposta di Atto Aziendale approvata con deliberazione n. 944 del 30/10/2017 e recepimento delle modifiche delle schede di dotazione ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona approvate dalla Regione Veneto con deliberazione di Giunta n. 1693 del 24/10/2017"
- Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 1219 del 29/12/2017 "Approvazione definitiva del nuovo Atto Aziendale dell'AOUI sulla base delle linee guida approvate dalla RV con deliberazione di Giunta n. 1306 del 16/08/2017"
- **Valutazione, Trasparenza, Integrità, Anticorruzione:**
 - Decreto Legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
 - Legge Regione Veneto del 26/05/2011 n. 9 "Disposizioni in materia di aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale"
 - Legge Regione Veneto del 11/11/2011 n. 22 " Modifica alla legge regionale 26 maggio 2011, n. 9 "Disposizioni in materia di aziende ed enti del servizio sanitario regionale".
 - DGRV n. 2205 del 6/11/2012 "Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicate delle disposizioni del d.lgs. n. 150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificate dalla L.R. 11 novembre 2011, n.22"
 - DGRV n. 2531 del 20/12/2013 "Progetto 'Atlante della trasparenza': Affidamento all'Azienda ULSS n. 12 Veneziana delle attività per la realizzazione di una piattaforma comune di servizi per le Aziende Sanitarie e lo IOV finalizzata alla gestione degli obblighi sulla trasparenza amministrativa"
 - Legge del 6/11/2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
 - Delibera n. 72/2013 Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione"
 - Delibera n. 77/2013 Attività Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche "Attestazioni OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità"
 - Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
 - Deliberazione del Direttore Generale AOUI Verona n. 1537 del 10/10/2013 "Piano Nazionale Anticorruzione PNA. Indirizzi attuativi per le Aziende e gli Enti del SSR"
 - DGRV n. 2531 del 20/12/2013 "Progetto Atlante della Trasparenza': affidamento all'Azienda ULSS n. 12 Veneziana delle attività per la realizzazione di una piattaforma comune di servizi per le Aziende Sanitarie venete e lo IOV finalizzata alla gestione degli obblighi sulla trasparenza amministrativa"
 - Legge 11 agosto 2014, n. 114 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, recante misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari"
 - Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 Autorità Nazionale Anticorruzione "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione"
 - Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 95 del 29/01/2016 "Approvazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018"
 - Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
 - Delibera ANAC 3 agosto 2016, "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (delibera n. 831)"
 - DGRV n. 1537 del 10/10/2016 "Piano Nazionale Anticorruzione PNA. Indirizzi attuativi per le Aziende e gli enti del SSR"
 - Delibera ANAC del 28/12/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016" (delibera n. 1310)
 - Deliberazione Direttore Generale AOUI Verona n. 60 del 31/01/2017 "Approvazione del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019"
 - DGRV n. 2050 del 14/12/2017 "DGR n. 2531/2013 progetto "Atlante della Trasparenza" per il Sistema Sanitario Regionale 2013 - determinazioni ex LR 19/2016.
 - Delibere CIVIT/ANAC
- **Autorizzazione ed Accreditamento: Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e Sociali:**
 - Legge Regione Veneto n. 22/2002 "Autorizzazione ed Accreditamento delle Strutture Sanitarie, Socio-Sanitarie e Sociali"
 - DGRV n. 3148 del 09/10/2007 "L.R. 16 agosto 2002, n. 22. Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie. Ulteriori modifiche e integrazioni alla DGR n. 2501/2004"
 - DGRV n 838 del 08/04/2008 "Oneri per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie"
 - DGRV n. 1732 del 7/11/2017 "Adozione della guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016. L.R. 22 del 16 agosto 2002"
- **Controlli e appropriatezza dell'attività sanitaria:**
 - DGRV 2609 del 07/08/2007 "Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria della Regione Veneto ai sensi dell'art. 8-octies del Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999"
 - DGRV n. 2611 del 07/08/2007 "Standardizzazione specifiche cliniche"
 - DGRV n. 3913 del 4/12/2007 "Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di riabilitazione"

- DGRV n. 839 del 8/04/2008 "Linee guida per i controlli di appropriatezza dei ricoveri nelle Unità Operative di lungodegenza"
 - DGRV n. 938 del 7/04/2009 "Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"
 - DGRV n. 3436 del 30/12/2010 "Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)"
 - DGRV n. 3444 del 30/12/2010 "Modifica del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto"
 - DGRV n. 1805 del 8/11/2011 "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate"
 - DGRV n. 2213 del 20/12/2011 "Assistenza ospedaliera nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto: criteri per la determinazione della remunerazione dell'AO di Padova, dell'AOU di Verona, dello IOV e degli erogatori privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico"
 - DGRV n. 1767 del 28 agosto 2012 "Prestazioni da considerarsi ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery -trasferibili in regime ambulatoriale di cui all'Allegato A del Patto per la salute per gli anni 2010-2012. Determinazioni"
 - Decreto n. 38 del 05/04/2013 "DGR 2715 del 24/12/2012 "Aggiornamento delle linee-guida di compilazione della scheda di dimissione ospedaliera: integrazione"
 - DGRV n. 2688 del 29/12/2014 "Attività di Week Surgery (ricovero ordinario breve): approvazione degli indirizzi operativi e dell'elenco degli interventi e procedure chirurgiche che possono essere eseguiti. DGR n. 2122 del 19 novembre 2013."
 - Decreto ministeriale 9 dicembre 2015 "Condizioni di derogabilità e di appropriatezza delle prescrizioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"
 - DGRV 1169 del 19/07/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)"
 - DGRV 1531 del 10/10/2016 "Aggiornamento delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016. Posticipo della data di entrata in vigore."
 - Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015-2016. Siglato a Roma il 24 novembre 2016.
 - Decreto Direzione Risorse Strumentali n. 118 del 23/12/2016 "Aggiornamento della disciplina del flusso informativo 'Scheda di dimissione ospedaliera' e dei tracciati record"
 - Decreto Ministero della Salute n. 261 del 7/12/2016 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera"
 - DGRV n. 2167 del 23/12/2016 "Modifica ed integrazione delle Linee Guida per la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di cui alla DGR n. 1169 del 19 luglio 2016 e s.m.i. e modifica degli Allegati A e B della DGR n. 1805 del 8 novembre 2011 e s.m.i."
 - DGRV n. 1738 del 07/11/2017 "Disposizioni in merito alla remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero effettuate dagli erogatori ospedalieri privati accreditati nei confronti dei cittadini non residenti in Veneto, in ottemperanza alle indicazioni del Tavolo adempimenti LEA. Modifica della DGR n. 1816 del 15 novembre 2016"
 - DGRV n. 1739 del 7/11/2017 "Disposizioni in merito alla remunerazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per i DRG (Diagnosis Related Groups) chirurgici diurni e ordinari 0-1 giorno ricompresi nell'elenco di cui agli allegati 6 e 6A al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto"
- **Assistenza specialistica ambulatoriale e tempi di attesa:**
- DGRV n. 3535 del 12/11/2004 "DCPM 29 novembre 2001 - Accordo Stato Regioni - 11 luglio 2002 - programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni in argomento"
 - DGRV n. 600 del 13/03/2007 "Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano attuativo regionale: integrazione DGR n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.2006"
 - DGRV n. 863 del 21/06/2011 Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della L. 23/12/2005 n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 600 del 13/03/2007;
 - DGRV n. 1805 del 8/11/2011 "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate."
 - DGRV n. 437 del 20/03/2012 "Aggiornamento delle tariffe e delle regole del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nelle strutture pubbliche e private accreditate: modifica della DGR n. 1805 del 18/11/2011"
 - DGRV n. 320 del 12/03/2013 "Il governo delle liste d'attesa nella Regione Veneto"
 - DGRV n. 2713 del 29/12/2014 "Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Approvazione protocolli di intesa del 27/11/2014 e 28/11/2014. Conferma per l'anno 2015 della disciplina regionale in materia di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000"
 - DGRV n. 2691 del 29/12/2014 "Conferma per l'anno 2015 dell'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. Approvazione di protocollo di intesa con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria"
 - DGRV n. 1882 del 23/12/2015 "Sanità. Area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. Disciplina per l'utilizzo nell'anno 2016 dell'istituto dell'acquisto di prestazioni aggiuntive ex articolo 55, comma 2, dei CC.CC.NN.LL. delle medesime aree, stipulati l'8.06.2000"
 - DGRV n. 1907 del 23/12/2015 "Effettuazione presso le Aziende sanitarie venete di prestazioni radiologiche ed ambulatoriali nei giorni festivi, di sabato e nelle ore serali dei giorni feriali da parte del personale medico. Previsione di nuove assunzioni"
 - DGRV n. 1191 del 26/07/2016 "Registro "unico" dei ricoveri ospedalieri e Registro "unico" delle liste operatorie nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto: disposizioni applicative"

- DGRV n. 2166 del 23/12/2016 "Disposizioni per consentire l'erogazione di alcune prestazioni di chirurgia oculistica anche in regime ambulatoriale. Integrazione del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 859 del 21.6.2011 e successivi atti
- DGRV n. 1299 16/08/2017 "Assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica: aggiornamento a seguito dell'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017"
- DGRV n. 2109 del 19/12/2017 "DGR del 16 agosto 2017 n. 1299 recante: Assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica: aggiornamento a seguito dell'approvazione del DPCM 12 gennaio 2017. Rettifiche"
- **Day Service Ambulatoriale:**
 - DGRV n. 1079 del 17/04/2007 "Day Service ambulatoriale: modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata"
 - DGRV n. 2812 del 11/09/2007 "Inserimento del day service ambulatoriale nei livelli essenziali di assistenza"
 - Decreto n. 061 del 17/05/2012 "Attivazione dei pacchetti standardizzati regionali di day service"
 - DGRV n. 2556 del 29/12/2011 D.M. della Salute del 28/10/2010 recante "Ripartizione del fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, per l'anno 2008", in attuazione della L. 27/12/2006, n. 296, art. 1, commi 805, 806, 807. Progetto regionale approvato: Casa della Salute. Sviluppo di modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dando impulso ai distretti e dotando il territorio di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra MMG e gli ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti sul territorio. Impegno di spesa.
 - DGRV n. 834 del 4/06/2013 Modifica del quadro dei costi previsto dalla D.G.R. n. 2556 del 29 dicembre 2011.
 - DGRV n. 281 del 14/03/2017 "Aggiornamento del valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG - Diagnosis Related Groups ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria e delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale"
 - DGRV n. 530 del 15/04/2014 "Sviluppo di un progetto finalizzato alla definizione dei PDTA, nonché alla loro implementazione e sperimentazione del loro monitoraggio nell'ambito delle forme associative pi evolute della Medicina Generale. DDGR n. 2556 del 29/12/2011 e n. 834 del 4/06/2013"
- **Formazione:**
 - Direttiva Presidenza Consiglio dei Ministri del 13/12/2001 "Formazione e valorizzazione del personale delle Pubbliche Amministrazioni";
 - DGRV n 357 del 11/02/2005 "Avvio del sistema regionale di accreditamento ECM per le attività formative residenziali";
 - Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2007;
 - DGRV n 2215 del 20/12/2011 "Programma regionale di Educazione Continua in Medicina. Approvazione dei requisiti e delle procedure di accreditamento dei provider regionali. Piano regionale della formazione"
 - Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2012
 - DGRV n. 2058 del 13/12/2016 "Piano Formativo" per il triennio 2017-2019 della "Fondazione Scuola di sanità pubblica, management delle aziende socio-sanitarie e l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti" e "Piano della Formazione" per l'anno 2017 del "Centro di simulazione e formazione avanzata della Regione del Veneto". Approvazione programmazione attività formative e determinazioni conseguenti. Art. 23, L.R. 23/2/2016, n. 7 - DGR n. 437 del 4/4/2014.
 - Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro