

Bur n. 6 del 17/01/2012

Materia: Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 2369 del 29 dicembre 2011

Integrazione obiettivi per l'anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto', ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995.

Note per la trasparenza: Integrazione per il 2012 degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati con DGR 3140/2010 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' a norma del D.Lgs. 502/1992.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

L'impegno dell'Amministrazione Regionale a garanzia della qualità dei servizi offerti ai cittadini e dell'equilibrio economico-finanziario del Servizio Sanitario Regionale ha portato all'ottenimento di risultati di elevato livello in termini di eccellenza delle performance e di sostenibilità del sistema.

La necessità di conseguire l'equilibrio economico-finanziario della gestione in condizioni di efficienza ed appropriatezza è stata, ancora una volta, ribadita dall'articolo 1, c. 1, dell'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012, sottoscritta tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3/12/2009.

L'articolo 3-bis, comma 5, del D.Lgs. 502/1992 prevede che le Regioni determinino preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori Generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari; le Regioni quindi definiscono e assegnano a ciascun Direttore Generale, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, alla luce delle risorse disponibili.

La DGR 3140 del 14 dicembre 2010 ha determinato gli obiettivi delle Aziende ULSS del Veneto, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto' e, conseguentemente, della Direzione Strategica delle singole Aziende e dei Direttori Generali per gli anni 2011 e 2012, rinviando ad eventuali ulteriori provvedimenti l'inserimento di modifiche ed integrazioni per ricalibrare tali obiettivi in base ai risultati nel frattempo raggiunti dalle varie Aziende ed Istituti del SSR, al fine di ottimizzare in modo 'dinamico' l'utilizzo delle risorse impiegate, fattore determinante, ad ogni livello del sistema, per la sostenibilità del Sistema Socio Sanitario Regionale.

La finalità della DGR 3140/2010, vale a dire di consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende del SSR verso modelli organizzativi che rappresentano best practice regionali, viene ribadita dalla presente deliberazione.

Nel corso del 2011 sono state realizzate da parte delle Aziende numerose attività finalizzate al conseguimento degli obiettivi definiti dalla citata DGR 3140/2010.

A livello di sistema (Amministrazione Regionale, Aziende ed Istituti del SSR) è stato implementato un nuovo procedimento di monitoraggio e di verifica degli obiettivi posti dalla citata DGR 3140/2010, attraverso una puntuale valutazione dei dati quantitativi e dei profili qualitativi relativi ai singoli indicatori.

La verifica dinamica dei risultati ottenuti dalle Aziende ed Istituti del SSR ha portato ad evidenziare sia le aree di maggiore miglioramento di performance che le aree di maggiore criticità, permettendo così di focalizzare meglio per un verso i profili di ulteriore miglioramento a livello di sistema - veri e propri punti di forza che, in alcuni casi, sono andati anche oltre i livelli posti dalla DGR 3140/2010 -, e per un altro verso le dinamiche di più difficoltosa gestione, in relazione alle quali il procedimento di dialogo e di confronto implementato nel corso del 2011 ha permesso di fornire informazioni di rilevante importanza.

Al fine di mantenere elevato il livello qualitativo delle prestazioni e di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del SSR, si ritiene opportuno introdurre modifiche, integrazioni e ridefinizioni degli obiettivi per l'anno 2012 già fissati con la DGR 3140/2010, anche alla luce degli elementi informativi ottenuti e dell'esperienza maturata nel corso della citata attività di monitoraggio e di verifica realizzata nel corrente anno - quale, ad esempio la consapevolezza che una parte degli obiettivi

assegnati al sistema delle Aziende e degli Istituti del SSR dalla citata DGR sono già in corso di conseguimento in questa fase - , nonché in relazione ai cambiamenti avvenuti nel quadro di riferimento regionale, vale a dire in seguito alle nuove disposizioni regionali entrate in vigore nel corso del 2011 nelle tematiche incidenti sul sistema degli obiettivi sopra descritti:

- la DGR 859/2011 'Aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e utilizzo di diverso regime erogativo';
- la DGR 863/2011 'Recepimento dell'intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005, n. 266. Adozione del piano attuativo regionale: integrazione alla Dgr n. 600 del 13.3.2007';
- la DGR 1665/2011 'Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale: integrazioni alla Dgr n. 859 del 21.6.2011';
- la DGR 1666/2011 'Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della Dgr n. 41 del 18.1.2011 - medicina generale'.

Come già disposto nella suddetta DGR 3140/2010, nell'ambito del processo di verifica e monitoraggio i valori degli indicatori al 30 giugno 2012 verranno valutati quale stato di avanzamento dei risultati conseguibili al 31 dicembre 2012.

Gli obiettivi e gli indicatori di performance, per ognuna delle tre aree - Sanitaria, Informatica ed Amministrativa - sono dettagliatamente illustrati nell'**Allegato A** alla presente deliberazione, e vanno a sostituire integralmente, per quanto riguarda l'anno 2012, quelli definiti con la DGR 3140/2010.

La procedura descritta è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi per il 2012 e all'adempimento di quanto disposto dall'art. 52, c. 4, lettera d), della L. 289/2002.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore incaricato dell'istruttoria dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, comma 2, dello statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- VISTO il D.Lgs. 502/1992;
- VISTA la L. 289/2002, art. 52, c. 4, lettera d);
- VISTA la L. 42/2009;
- VISTO l'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995;
- PRESO ATTO dell'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012, sottoscritta tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009;
- VISTE le proprie deliberazioni n. 600 del 13 marzo 2007, n. 130 del 29 gennaio 2008, n. 3140 del 14 dicembre 2010, n. 859 del 21 giugno 2011, n. 863 del 21 giugno 2011, n. 1665 del 18 ottobre 2011 e n. 1666 del 18 ottobre 2011;

delibera

1. di approvare quanto illustrato in premessa quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare l'**Allegato A** alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante e sostanziale, il quale contiene l'elenco degli obiettivi e degli indicatori di performance per l'anno 2012 per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e l'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto', sostituendo integralmente quelli precedentemente definiti, per quanto riguarda l'anno 2012, con DGR 3140/2010;
3. di dare mandato alla Segreteria regionale per la Sanità di proseguire nell'attività di verifica e monitoraggio delle iniziative delle Aziende Unità Locali Socio Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto e dell'IRCCS 'Istituto Oncologico Veneto', al

fine di verificare il perseguimento dei risultati intermedi, in termini di performance e degli obiettivi finali, sia qualitativi che finanziari.

4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2369 del 29 dicembre 2011



giunta regionale - 9ª legislatura

ALLEGATO A

Il presente allegato, operando modifiche, integrazioni e ridefinizioni degli obiettivi, sostituisce per l'anno 2012 i contenuti dell'Allegato A alla DGR 3140/2010.

La finalità degli obiettivi contenuti nel presente documento è quella di garantire un elevato livello di qualità dei servizi socio sanitari e di ottimizzare il governo clinico del sistema sanitario regionale, estendendo l'applicazione di pratiche efficienti ed appropriate che consentano la graduale riduzione della costosità generale del sistema sociosanitario regionale.

In corsivo sono espressi gli obiettivi non più in vigore per il 2012.

In grassetto sono espressi gli obiettivi 2012 derivanti da modifiche, integrazioni o ridefinizioni rispetto alla DGR 3140/2010.

AZIENDE ULSS

Area	Obiettivo	Indicatore	valore soglia per il 2011	valore soglia per il 30/6/2012	Note	
Area Sanitaria	A.1	Ottimizzazione del numero di ricoveri	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	non superiore a 140 per mille	non superiore a 140 per mille	Nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, predisposizione - e invio in Regione - di verbali degli incontri da realizzare con gli operatori privati sull'appropriatezza prescrittiva.
	A.2	Razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera	Costo per residente pesato dell'assistenza ospedaliera (totale dei costi per assistenza ospedaliera al netto della mobilità attiva e dei costi generali)	non superiore a euro 616 (non superiore a euro 626 per ULSS 6, 9, 12 e 18)	non superiore a euro 616. (non superiore a euro 626 per ULSS 6, 9, 12 e 18)	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età. Dati da Modello LA 2011 (eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico 2011.
	A.3	Definizione dell'organizzazione aziendale del lavoro della dirigenza sanitaria e adeguamento delle codifiche del sistema informativo del personale secondo le specifiche regionali	Presenza di un documento, in aggiunta all'Atto aziendale, sull'organizzazione aziendale del lavoro della dirigenza sanitaria (SI/NO)	SI entro l'1/10/2011		L'Atto aziendale dovrà essere registrato all'interno del software regionale che verrà predisposto.
	A.4	Definizione dell'organizzazione aziendale del lavoro del personale del comparto sanitario e adeguamento delle codifiche del sistema informativo del personale secondo le specifiche regionali	Presenza di un documento, in aggiunta all'Atto aziendale, sull'organizzazione aziendale del lavoro del personale del comparto sanitario (SI/NO)	SI entro l'1/10/2011		L'Atto aziendale dovrà essere registrato all'interno del software regionale che verrà predisposto.
	A.5	<i>Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DGR 600/2007</i>	<i>Attivazione delle procedure connesse all'attivazione della check list (SI/NO)</i>	<i>SI entro il 31/3/2011</i>	<i>SI</i>	
			<i>Percentuale di prestazioni erogate nei tempi di attesa previsti dalla DGR 600/2007</i>	<i>Classe A 90%; classe B 80%; classe C 100%</i>	<i>Classe A 90%; classe B 80%; classe C 100%</i>	
	A.5	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DGR 863/2011	Attivazione procedure check list DGR 863/2011		SI	
			Percentuale di prestazioni erogate nei tempi di attesa previsti dalla DGR 863/2011		Classe A 90%; Classe B 90%; Classe C 100%	
A.6	Ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante	Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato, esclusa la diagnostica di laboratorio)	4 prestazioni per abitante (di cui 0,8 relative alla classe B)	4 prestazioni per abitante	Nelle realtà aziendali caratterizzate da una forte presenza di strutture private, predisposizione - e invio in Regione - di verbali degli incontri da realizzare con gli operatori privati sull'appropriatezza prescrittiva.	
A.7	Razionalizzazione dell'assistenza specialistica	Costo per residente pesato dell'assistenza specialistica, al netto dei costi generali e della diagnostica di laboratorio	non superiore a euro 160,00	non superiore a euro 160,00	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età. Dati da Modello LA 2011 (eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico 2011.	

Area Sanitaria	A.8	Organizzazione di un sistema di check up a pagamento per cittadini e richiedenti, strutturato su due livelli di complessità	Organizzazione di un sistema di check up a pagamento, strutturato su due livelli di complessità (SI/NO)	SI	SI	Da integrare con l'invio in Regione di appositi report trimestrali sull'andamento.
	A.9	Razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite ottenuto sulla base della popolazione assistita pesata	non superiore a euro 147,00	non superiore a euro 140,00	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età.
	A.10	<i>Elaborazione del Piano attuativo locale delle Cure Primarie</i>	<i>Presenza della delibera del Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie (SI/NO)</i>	SI	SI	
	A.10 2012	Definizione e attuazione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria – DGR n. 1666/2011	Predisposizione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria, con particolare attenzione allo sviluppo della Medicina di Gruppo		Entro il 29 febbraio 2012	
	A.11	<i>Aggiornamento del Patto Aziendale</i>	<i>Aggiornamento del Patto Aziendale, in relazione agli obiettivi di governo del sistema del presente deliberato, con particolare riferimento all'attività dei distretti (SI/NO)</i>	SI	SI	
	A.11 2012	Definizione e attuazione di obiettivi di salute e di appropriatezza attraverso le azioni e gli strumenti della nuova organizzazione dell'assistenza primaria di cui alla DGR n. 1666/2011	Indicazione degli obiettivi di salute e dei modelli assistenziali per l'effettiva presa in carico del paziente cronico, documentata da una relazione sull'organizzazione del percorso dell'assistito		Entro il 30 giugno 2012	
	A.12	Realizzazione, assieme ad altre Istituzioni territoriali, di azioni o progetti per la promozione della salute	Realizzazione di azioni o progetti specifici (SI/NO)	SI	SI	
	A.13	Consolidamento dei tassi di adesione agli screening oncologici	Tassi di adesione corretti delle attività di screening	60% citologico; 80% mammografico 65% coloretale	60% citologico; 80% mammografico 65% coloretale	
	A.14	Mantenimento dei tassi di adesione alle vaccinazioni	Copertura vaccinale (vaccinazioni ex obbligatorie)	0,95	0,95	
	A.15	Implementazione di un sistema di monitoraggio del rischio clinico tramite raccolta di schede di rilevazione degli eventi avversi (incident report) e analisi degli eventi avversi o quasi errori (sistema di auditing)	Adozione di un software unico per il monitoraggio del rischio clinico (SI/NO)	SI	SI	

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
Area	Obiettivo	Indicatore	valore soglia per il 2011	valore soglia per il 30/6/2012	Note	
Area Informatica	B.1	Assegnazione dei certificati digitali per l'identificazione e per la sottoscrizione dei documenti clinici (Firma Digitale) ai medici dipendenti e convenzionati	% di operatori ai quali è assegnato un certificato di sottoscrizione	60%	95%	L'assegnazione viene svolta dando precedenza agli operatori coinvolti nell'obiettivo B.2
	B.2	Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici	% di referti firmati rispetto al totale per tipologia	% dei referti di laboratorio, analisi emato-chimiche, anatomia patologica, microbiologia, radiologia e verbali di PS sul totale dei documenti pari almeno al 95%	% delle lettere di dimissioni, referti di continuità assistenziale e schede di intervento del 118 sul totale dei referti pari almeno all'85%	
			% di referti prodotti dai servizi immunotrasfusionali nell'attività svolta per pazienti e donatori	Predisposizione degli applicativi informatici per la firma digitale	90%	
	B.2 2012	Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici	% di referti firmati rispetto al totale per tipologia		50% delle lettere di dimissioni; procedura di acquisizione modulo software dei referti di continuità assistenziale; predisposizione acquisizione firma per le schede di intervento del 118	
			% di referti prodotti dai servizi immunotrasfusionali nell'attività svolta per pazienti e donatori		90%	
	B.3	Messa a regime del registry e del repository	Implementazione e collaudo positivo del registry (elemento informatico di indicizzazione e di recupero dei documenti) e del repository (elemento informatico di memorizzazione dei documenti), come da specifiche regionali	Implementazione del registry e del repository entro il 30 aprile 2011	Presenza del collaudo	
	B.4	Gestione telematica delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e farmaceutiche (E-prescription)	% di prescrizioni inviate entro le 24 ore rispetto al totale, misurata attraverso il flusso di cui all'art. 50 della L. 326/2003	45%	90%	Con priorità a MMG e PLS, e successiva estensione anche a SAI e dipendenti
	B.5	Informatizzazione delle liste di attesa per interventi chirurgici e applicazione di uno specifico software, a scelta aziendale, di tracciabilità dell'intero percorso documentale e amministrativo degli interventi chirurgici programmati	Adozione e utilizzo del software per la gestione delle liste (SI/NO)	SI	SI	
			Invio del flusso nei tempi stabiliti dalle competenti strutture regionali attraverso l'emaneazione di uno specifico disciplinare tecnico		Invio del flusso entro il 31 marzo 2012	
B.6	Adozione e utilizzo di un software unico regionale (Anagrafe Regionale) per la gestione dei processi di scelta e revoca dei MMG dei PLS e del sistema di esenzione	Adozione e utilizzo del software unico per l'Anagrafe regionale nel rispetto del calendario che verrà redatto dalle competenti strutture regionali (SI/NO)	SI	SI		
B.7	Rispetto delle scadenze nell'invio dei flussi informativi in esercizio	Rispetto degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio (SI/NO)	SI	SI		

B.7 2012	Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio dei flussi informativi in esercizio	Rispetto del 100% degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio e % di errori bloccanti		Rispetto 100% degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio e % di errori bloccanti non superiore a: - SPS 5%; - FAROSP 1%; - DDF3 1%; - Consumi Dispositivi Medici 1%; - Dispositivi Medici (Contratti) 20%	Tra gli errori bloccanti sono incluse le anomalie che non consentono la determinazione dell'Azienda di residenza dell'assistito.
		Invio di almeno il 95% delle SDO chiuse. Assenza di DRG 470		Invio durante l'anno di almeno il 95% delle SDO chiuse, secondo lo specifico calendario (ad esclusione SDO con esami istologici da chiudere al 99% al massimo entro il mese successivo rispetto al calendario degli invii). Assenza di DRG 470	
		Rispetto del tracciato regionale, con riferimento alle informazioni relative ai pacchetti di Day Service (flusso SPS)		Peso degli errori bloccanti inferiore al 5%	
		Flusso del consumo di Dispositivi Medici: % dei Dispositivi Medici codificata con RM/BD rispetto alla somma dei valori dei conti economici B.1.A.7, B.1.A.8. e B.1.9		Non inferiore all'80%	

I valori target sopra indicati per l'Area Informatica potranno, in relazione allo stato di partenza di ogni singola Azienda, essere ridefiniti nella fase di predisposizione del Piano Biennale di attività, da realizzare in modalità concordate con la Segreteria regionale per la Sanità.

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"

Area	Obiettivo	Indicatore	valore soglia per il 2011	valore soglia per il 30/6/2012	Note
C.1	Creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo	Per i farmaci relativamente ai quali tutte le indicazioni terapeutiche sono soggette a Registro AIFA, la percentuale di farmaco che risulta dispensata in base ai registri, rispetto alla quantità consegnata alle UU.OO.	Non inferiore al 90%	Non inferiore al 90%	
		Percentuale di pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati, rispetto al numero totale di pazienti registrati	Non inferiore al 90%	Non inferiore al 90%	
		Per i farmaci sottoposti a procedura AIFA di condivisione del rischio, la percentuale di pazienti con schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti	100%	100%	
		Per i farmaci biologici in relazione ai quali la Commissione per il PTORV (Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regione Veneto) prescrive che la dispensazione ai pazienti naive possa essere effettuata con biosimilari, salvo richiesta adeguatamente motivata: la percentuale di pazienti naive trattata con un farmaco biosimilare	Non inferiore all'80%	Non inferiore all'80%	

Area Sanitaria	C.1 2012	Creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo	Per i farmaci relativamente ai quali tutte le indicazioni terapeutiche sono soggette a Registro AIFA, la percentuale di farmaco che risulta dispensata in base ai registri, rispetto alla quantità consegnata alle UU.OO.		Non inferiore al 90%	
			Percentuale di pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati, rispetto al numero totale di pazienti registrati		Non inferiore al 90%	
			Per i farmaci sottoposti a procedura AIFA di condivisione del rischio, la percentuale di pazienti con schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti		Non inferiore al 90%	
			Per Filgrastim e Eritropoietina la % di confezioni di farmaco Biosimilare distribuite rispetto al totale delle confezioni distribuite delle rispettive categorie ATC L03AA Fattori di Stimolazione delle colonie e B03XA Altri preparati antianemici		Filgrastim non inferiore al 65%; Eritropoietina non inferiore al 20%	
	C.2 2012	Attivazione pacchetti regionali di Day Service	Pacchetti attivati a seguito di specifiche regionali		SI	Attivazione e monitoraggio dell'andamento dei pacchetti di Day Service
C.3 2012	Rispetto tempistiche di intervento per la frattura del collo del femore in pazienti ultra65enni	Percentuale di pazienti con età maggiore di 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario		Non inferiore al 70%	Sono esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti	

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
D.1	Acquisti in ambito aziendale: attuazione delle disposizioni previste nella DGR 2492/2010 e adozione del software unico per la gestione delle gare	Attuazione delle disposizioni dettate dalla DGR 2492/2010 in materia di acquisti in ambito aziendale: assegnazione all'elemento prezzo, nel caso di gare d'appalto espletate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa di cui all'art. 83 del D. Lgs. 163/2006, del punteggio minimo di sessanta punti sui cento assegnabili	SI		SI	
		Adozione del software unico per la gestione delle gare, realizzato dall'Amministrazione Regionale (SI/NO)	SI		SI	Dal 1 gennaio 2011 per tutte le gare sopra soglia comunitaria dall'1 giugno 2011 per tutte le gare sopra e sotto soglia comunitaria
D.1 2012	Acquisti in ambito aziendale: attuazione delle disposizioni previste nella DGR 2492/2010 e adozione del software unico per la gestione delle gare	Produzione di un documento di Pianificazione su modello regionale delle gare sopra e sotto soglia			Entro 28/2/2012	
		Aggiornamento trimestrale del documento di Pianificazione			Presenza di tutti gli aggiornamenti trimestrali	
		Numero di gare inserite in Alice Gare su numero di gare indette			>=95%	
		Numero di gare inserite in Alice Gare su numero di gare programmate			>=95%	
D.2	Adesione alle gare regionali indette dal CRAS-Centro Regionale Acquisti Sanità	Adesione al 100% delle gare regionali	SI		SI	Fatto salvo il caso di specifica, completa ed idonea documentazione relativa alla mancata adesione

Area Amministrativa

D.3	Sviluppo dell'utilizzo del MEPA-Mercato Elettronico della P.A. per gli acquisti sotto soglia di rilievo comunitario in ambito sanitario	Avvio dell'utilizzo strutturato del MEPA come strumento di acquisto sotto soglia per almeno una categoria di beni specifici sanitari	Sviluppo del transato sul MEPA con un aumento non inferiore al 5% sul transato totale riferito all'anno precedente, utilizzando almeno una categoria merceologica di beni specifici sanitari	Sviluppo del transato sul MEPA con un aumento non inferiore al 5% sul transato totale riferito all'anno precedente, utilizzando almeno una categoria merceologica di beni specifici sanitari	
D.3 2012	Sviluppo dell'utilizzo del MEPA-Mercato Elettronico della P.A. per gli acquisti sotto soglia di rilievo comunitario	Avvio dell'utilizzo strutturato del MEPA come strumento di acquisto sotto soglia		Sviluppo del transato sul MEPA utilizzando tutte le categorie merceologiche e aumento non inferiore al 10% sul transato totale riferito all'anno precedente	
D.4	Analisi, anche retrospettiva, della composizione delle voci di bilanci correlate ai costi capitalizzati	Revisione dei dati contabili relativi ai costi capitalizzati entro i termini di elaborazione del Bilancio d'esercizio 2010	Revisione della totalità dei contributi in conto capitale ricevuti da Stato, Regione e Comuni, dei valori relativi al patrimonio iniziale (e successive integrazioni), dei contributi vincolati soggetti ad ammortamento al 100% (dal 2007). Revisione almeno dell'80% dei contributi da soggetti diversi.	Consolidamento e messa a regime dell'attività	
D.5	Utilizzo del processo di certificazione del bilancio, in attuazione dell'articolo 1, c. 291, della L. 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'articolo 11, c. 2, del Patto per la Salute 2010-2012, al fine di sviluppare una funzione di Internal Auditing, finalizzata alla creazione ed alla gestione di un sistema dei controlli necessario per verificare la qualità ed il rispetto delle procedure amministrativo-contabili aziendali	Attivazione del nucleo aziendale di Internal Audit ed elaborazione dei piani di attività, attraverso il coordinamento della Segreteria Regionale per la Sanità	Rispetto dei termini indicati nell'emanando Decreto Interministeriale sulla certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie e nelle connesse direttive regionali		Il processo di certificazione dei bilanci verrà attivato indipendentemente dall'entrata in vigore dell'emanando Decreto Interministeriale sulla certificazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie
D.5 2012	Utilizzo del processo di certificazione del bilancio, in attuazione dell'articolo 1, c. 291, della L. 23 dicembre 2005, n. 266 e dell'articolo 11, c. 2, del Patto per la Salute 2010-2012, al fine di sviluppare una funzione di Internal Auditing, finalizzata alla creazione ed alla gestione di un sistema dei controlli necessario per verificare la qualità ed il rispetto delle procedure amministrativo-contabili aziendali	Realizzazione di azioni correttive e migliorative rispetto alle criticità rilevate nella mappatura effettuata nel corso del processo di valutazione di cui al DM 18/1/2011: tali azioni devono essere dettagliate su un piano, con relativo timing, che va inviato alla Regione entro il 31/1/2012 e che verrà approvato entro il 28/2/2012.		Realizzazione delle azioni correttive nel rispetto del piano approvato a livello regionale: - invio programma entro 31 gennaio, approvato dalla Regione entro il 28 febbraio; - verifica realizzazione azioni correttive al 30 giugno; - verifica realizzazione azioni correttive al 31 dicembre.	
		Sviluppo della funzione di Internal Auditing secondo standard e tempistiche definite dalla Direzione Controlli e Governo SSR		Realizzazione delle fasi previste nel rispetto delle tempistiche definite a livello regionale dal programma di sviluppo dell'Internal Auditing: - definizione della funzione di Internal Audit aziendale (entro il 30 aprile); - mappatura dei processi prioritari (entro il 31 luglio); - analisi di almeno tre processi ed implementazione delle azioni per la riduzione del rischio (entro il 31 dicembre)	

D.6	Adempimenti ex art. 3, c. 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005	Rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS	SI entro il 30 giugno 2011	SI	
-----	--	---	-------------------------------	----	--

D.7 2012	Monitoraggio sull'andamento dei costi	Redazione di prospetti, predisposti dalla Regione, di riconciliazione tra flussi informativi e CEPA in relazione ai flussi informativi: - FAROSP, DDF3, Consumi Dispositivi Medici; - Personale.		Redazione di prospetti trimestrali a partire dal IV trimestre 2011	Per quanto riguarda il Personale, i dati vengono rilevati dai cedolini.
-------------	---------------------------------------	--	--	--	---

AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
Area		Obiettivo	Indicatore	valore soglia per il 2011	valore soglia per il 30/6/2012	Note
Area Sanitaria	E.1	Riduzione della mobilità extraregionale relativa alle specialità medio-alte	Riduzione del numero di prestazioni relative alle specialità medio-alte a favore di residenti veneti in mobilità extraregionale	Diminuzione del 10% rispetto al valore dell'anno precedente	Diminuzione del 20% rispetto al valore del 2010	Fonte: Data Warehouse
	E.1 2012	Aumento dei ricoveri in alta specialità	Numero ricoveri alta specialità		Aumento del 5% rispetto all'anno precedente	Fonte: Data Warehouse
	E.2	Apporto al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille a livello regionale attraverso la diminuzione del numero dei ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati, provvedendo all'erogazione delle relative prestazioni in setting assistenziali più appropriati, quali DH, DS, Day Service	% di DRG "ad alto rischio di inapproprietezza" se erogati in regime di degenza ordinaria e diurna	valori percentuali/soglie di ammissibilità determinati dalla DGR 4277/2009. Tali soglie potranno essere rideterminate sulla base delle eccellenze presenti nelle Aziende della Regione del Veneto.	Valori percentuali/soglie di ammissibilità determinati dalla DGR 4277/2009. Tali soglie potranno essere rideterminate sulla base delle eccellenze presenti nelle Aziende della Regione del Veneto.	
	E.2 2012	Apporto al raggiungimento del tasso di ospedalizzazione pari a 140 per mille a livello regionale attraverso la diminuzione del numero dei ricoveri, provvedendo all'erogazione delle relative prestazioni in ambito ambulatoriale (Day Service)	Riduzione assoluta del numero totale ricoveri (RO+DH)		Il numero di ricoveri al 30/6/2012 non potrà superare una soglia specifica, determinata per ciascuna Azienda a livello regionale	
	E.3	Apporto al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 600/2007 in relazione alle percentuali di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa, attraverso la messa a disposizione di agende su base provinciale e regionale	Messa a disposizione di agende delle prestazioni erogate, per branca specialistica, per ogni classe di priorità (SI/NO)	SI	SI	
	E.3 2012	Apporto al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla DGR 863/2011 in relazione alle percentuali di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi di attesa, attraverso la messa a disposizione di agende su base provinciale e regionale	Realizzazione di un prospetto illustrativo delle agende messe a disposizione, per quali prestazioni, per quali classi di priorità ed in che percentuale per ciascuna agenda		SI	Redazione di prospetti trimestrali a partire da gennaio 2012
	E.4	Implementazione di un sistema di monitoraggio del rischio clinico tramite raccolta di schede di rilevazione degli eventi avversi (incident report) e analisi degli eventi avversi o quasi errori (sistema di auditing)	Adozione di un software unico per il monitoraggio del rischio clinico (SI/NO)	SI	SI	