



**REGIONE DEL VENETO**  
**AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 420 del 09/05/2013**

OGGETTO: Adozione del Documento di Direttive per l'anno 2013.

Il Direttore della **SC Controllo di Gestione** riferisce:

In conformità a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 55/94 articolo 13, l'Azienda Ospedaliera di Padova ha adottato la metodica di budget "allo scopo di pervenire, su arco annuale e con sistematico riferimento alle scelte della programmazione, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, ai fattori operativi da utilizzare, alle risorse finanziarie da acquisire e da impiegare, agli investimenti da compiere".

Al fine di ottemperare alla normativa vigente, è stato predisposto il Documento di Direttive anno 2013, tenendo conto dell'attuale quadro normativo sanitario; in particolare, in attesa dell'assegnazione regionale alle Aziende di nuovi obiettivi per il triennio 2013 - 2015, la programmazione aziendale 2013 parte dagli indirizzi contenuti nella DGRV n. 3140/2010 e la successiva DGRV n. 2369/2011 che aveva come fine principale il conseguimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai LEA.

Gli obiettivi strategici aziendali sono in linea con quanto riportato dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 che, pur confermando le linee di indirizzo della precedente programmazione, prevede importanti interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale atti a garantire la sostenibilità economica del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR), dettata principalmente dalla prolungata fase di crisi economica e dalla rapida diffusione di nuove tecnologie.

Inoltre, il documento di direttive pone attenzione al contesto interno in cui opera l'Azienda Ospedaliera di Padova e tiene conto delle proposte/osservazioni formulate dal Comitato di Budget e dai Gruppi di lavoro istituiti per argomenti specifici.

In particolare, il documento di direttive recepisce il contenuto del Libro

Bianco 2013, presentato in riunione plenaria ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Struttura Complessa e ai Coordinatori delle diverse aree aziendali in data 23 aprile 2013 e successivamente il 7 maggio al Consiglio dei Sanitari.

Il Libro Bianco costituisce la rappresentazione dei principali dati relativi all'Azienda Ospedaliera di Padova e contiene in forma riassuntiva le informazioni relative alle principali variabili organizzative, gestionali, economiche, finanziarie e patrimoniali dell'azienda.

Il Documento di Direttive, presentato il 7 maggio al Consiglio dei Sanitari e ai Direttori di Dipartimento DAIS e in data 8 maggio in seduta plenaria ai Direttori di Struttura Complessa e ai Coordinatori delle diverse aree aziendali rappresenta il punto di partenza del processo di budget per l'esercizio 2013 ed esplicita al suo interno gli obiettivi individuati come prioritari dalla Direzione Strategica e le procedure per la loro negoziazione, nel corso della quale si approfondiranno ulteriormente le aree di criticità al fine del perseguimento dell'equilibrio economico - finanziario.

## **IL DIRETTORE GENERALE**

**PRESO ATTO** della suesposta proposta e accertato che il Direttore della **SC Controllo di Gestione** ha attestato la regolarità amministrativa della stessa in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale;

**RITENUTO** di dover adottare in merito i provvedimenti necessari;

**VISTO** il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e le leggi regionali n. 55 e n. 56 del 1994 e successive modifiche ed integrazioni;

**ACQUISITO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

**IN BASE** ai poteri conferitigli dal D.P.G.R. n. 220 del 29.12.2012.

**DELIBERA**

di adottare il Documento di Direttive per l'anno 2013 nel testo che, qui allegato, forma parte integrante del presente provvedimento.

Il Direttore Generale  
Dott. Claudio Dario

**2013**

Azienda Ospedaliera Padova



# **DOCUMENTO DI DIRETTIVE ANNO 2013**

**PADOVA, 9 MAGGIO 2013**

## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>1 Quadro di riferimento per la programmazione</b>	<b>2</b>
1.1 Contesto normativo esterno	2
1.2 Contesto interno	5
1.3 Elementi di input del Documento di Direttive	6
<b>2 Metodica di budget</b>	<b>12</b>
<b>3 Obiettivi strategici aziendali 2013</b>	<b>13</b>
3.1 Posizionamento dell'offerta sanitaria dell'Azienda quale riferimento all'interno del sistema sanitario regionale	13
3.2 Revisione organizzativa per migliorare l'efficacia ed efficienza dei servizi erogati	13
3.3 Corretto impiego delle risorse	14
3.4 Sviluppo e implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale.	14
3.5 Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e soddisfazione dell'utenza	14
3.6 Sostegno all'innovazione e alla ricerca	14
3.7 Governo del rischio	14
<b>4 Principali linee di sviluppo e progettualità aziendali</b>	<b>15</b>
<b>5 Monitoraggio degli obiettivi e impatto economico</b>	<b>17</b>
<b>Glossario</b>	<b>18</b>
<b>ALLEGATO</b>	<b>19</b>

## Introduzione

Il Documento di Direttive rappresenta, ai sensi della L.R. n.55/94, lo strumento di raccordo tra gli strumenti della programmazione regionale e i budget aziendali, in aderenza alle scelte e ai contenuti dei piani, programmi e progetti adottati dall'Azienda. Il Documento di Direttive 2013 viene predisposto in assenza di un Piano Attuativo Locale (PAL) triennale, per consentire l'avvio del percorso di budget in tempi ragionevoli e coerenti con la logica organizzativa aziendale. Il PAL è peraltro in fase di predisposizione e rappresenta uno degli obiettivi aziendali per il 2013.

Il Documento di Direttive viene formulato dal Direttore Generale e origina quindi dalla pianificazione aziendale strategica: alla luce degli indirizzi regionali e dei vincoli del contesto ambientale esplicita quindi gli obiettivi per l'esercizio e le procedure per la loro negoziazione e definizione.

Nell'attesa che vengano definiti dalla Regione gli obiettivi aziendali per il triennio 2013-2015 e che vengano approvate le schede di dotazione ospedaliera, i principali riferimenti per la programmazione aziendale sono il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 e gli obiettivi fissati dalla Regione per i Direttori delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per il biennio 2010-2012 (DGRV 3140/2010 e 2369/2011). Il PSSR, pur confermando le linee di indirizzo della precedente programmazione, prevede importanti interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale anche al fine di garantire la sostenibilità economica del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR), dettata principalmente dalla prolungata fase di crisi economica e dalla rapida diffusione di nuove tecnologie. L'Azienda Ospedaliera di Padova, in base al PSSR, costituisce centro hub per la provincia, centro di riferimento regionale per alcune funzioni (es. emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica), nonché centro di eccellenza e punto di riferimento a livello nazionale.

L'Azienda Ospedaliera deve quindi garantire un'attività assistenziale nel rispetto della programmazione nazionale e regionale che, anche alla luce della presenza della Scuola di Medicina dell'Università, si deve integrare con le attività di ricerca e didattica.

## 1 Quadro di riferimento per la programmazione

### 1.1 Contesto normativo esterno

In attesa dell'assegnazione alle Aziende degli obiettivi per il triennio 2013 - 2015 da parte dell'amministrazione regionale, la programmazione aziendale 2013 parte dagli indirizzi contenuti nella DGRV n. 3140/2010 e la successiva DGRV n. 2369/2011, la cui finalità era quella di consentire la graduale convergenza di tutte le aziende verso modelli organizzativi che rappresentano best-practices regionali.

Di seguito vengono indicate le principali disposizioni nazionali e regionali che hanno indirizzato la programmazione aziendale per l'anno 2013.

#### NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA

- **DGRV n. 3140 del 14.12.2010:** provvedimento che, 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, assegna 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. Successivamente gli obiettivi sono stati integrati, per l'anno 2012, con **DGRV n. 2369 del 23.12.2011** alla luce degli elementi informativi ottenuti e dell'esperienza maturata nel corso dell'attività di monitoraggio e di verifica realizzata dalla Regione nel corso del 2011.
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016** (approvato con L.R. n.23 del 29.06.2012 e modificato con L.R. 46 del 3.12.2012): tra gli ambiti di programmazione dell'assistenza ospedaliera viene indicata la necessità di una riorganizzazione sulla base dei diversi livelli di specializzazione e di intensità di cura: ai due poli di eccellenza di Padova e Verona, dove operano le aziende universitarie integrate con le rispettive Ulss cittadine, si affianca la rete degli ospedali territoriali, organizzati secondo il modello anglosassone "hub & spoke". In particolare, la Regione ha:
  - richiesto l'implementazione di modelli organizzativi, sia a livello gestionale che professionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio, confermando e rafforzando il modello di organizzazione e gestione dipartimentale dei percorsi clinici;
  - favorito l'internazionalizzazione delle strutture appartenenti al SSSR attraverso la formazione del personale sanitario dipendente ai programmi ed ai progetti finanziati dalla Commissione Europea;
  - definito le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona centri di riferimento regionale per alcune funzioni (es. emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica) e punti di riferimento a livello nazionale;
  - definito progressivamente la rete di assistenza per le malattie rare;

- confermato l'attuale assetto della rete trapiantologica regionale, mantenendo il Coordinamento regionale in Azienda Ospedaliera in virtù sia della dimensione trapiantologica che della posizione baricentrica sul territorio regionale: sono attivi dieci programmi di trapianto d'organo e tre poli di banking tissutale con centralizzazione e distribuzione di tessuti umani. Alcuni servizi di secondo livello (Anatomia e Istologica Patologica, Microbiologia e Virologia, Medicina Legale) sono svolti dalle strutture dell'Azienda Ospedaliera di Padova per l'intera rete regionale;
- definito l'Oncoematologia pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova come il fulcro della rete oncologica territoriale, con funzioni di hub per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza in stretta sintonia con le altre Aziende Ospedaliere, garantendo tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, e assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa;
- costituito una rete di servizi clinico-assistenziali specificatamente dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza grazie anche al Centro Regionale di Riferimento per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), affidato alla Azienda Ospedaliera di Padova.

#### **LINEE DI INDIRIZZO IN MATERIA DI PERSONALE**

- **DGRV n. 150 del 27.10.2009:** provvedimento recante nuove norme sulla performance, merito e premialità che tendono all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e della trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni.
- **DGRV n. 2205 del 6.11.2012:** provvedimento adottato in attuazione della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22, che approva le linee generali di indirizzo riguardanti la misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale e la trasparenza dell'attività amministrativa, volte a favorire un'applicazione omogenea da parte delle aziende ed enti dello stesso SSR delle disposizioni in materia contenute nel D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150.

#### **LINEE DI INDIRIZZO IN MATERIA DI REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA (SPENDING REVIEW)**

- **DGRV n. 1670 del 07.08.2012:** provvedimento che ridetermina per l'anno 2012 i limiti di costo per alcune voci di conto di bilancio delle Aziende Sanitarie.
- **Decreto Legge n. 95 del 6.11.2012:** provvedimento recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini; in particolare, per il personale si rimanda all'art. 5 comma 8 sulla fruizione delle ferie.
- **DGRV n. 2621 del 18.12.2012:** provvedimento recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (c.d. *spending review*): in particolare sono



emanate disposizioni per la revisione della spesa nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), principalmente, per l'Azienda, in materia di personale del SSR.

#### **ASSEGNAZIONE ALLE AZIENDE SANITARIE DEL VENETO DELLE RISORSE FINANZIARIE**

- **DGRV n. 2213 del 20.12.2011:** provvedimento che determina la remunerazione delle prestazioni di ricovero erogate nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto per le Aziende Ospedaliere e l'IRCSS IOV secondo le tariffe previste dalla TUC (Tariffa Unica Convenzionale) vigente nell'anno di riferimento.
- **DGRV n. 154/CR del 24.10.2012** di assegnazione provvisoria alle ASL delle risorse finanziarie per l'erogazione dei LEA per gli esercizi 2013, 2014 e 2015: provvedimento che pianifica per l'Azienda Ospedaliera un risultato di esercizio 2013 di - 38,7 milioni di euro.
- **DGRV n. 2618 del 18.12.2012:** provvedimento recante indicazioni per l'assegnazione del fondo per il finanziamento degli investimenti e la correlata **DGRV n. 2855 del 28.12.2012** relativa alle modalità di contabilizzazione di investimenti finanziati con particolari fonti di finanziamento.

#### **LINEE DI INDIRIZZO IN MATERIA DI ACCREDITAMENTO**

- **L.R. n. 22 del 2002:** norma che regola i criteri di autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie.

#### **LINEE DI INDIRIZZO IN MATERIA DI ATTIVITA' SANITARIA E SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA**

- **DGRV n. 3223 del 8.11.2002:** provvedimento relativo alle schede di dotazione ospedaliera, successivamente modificato per l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS con **DGRV n. 2537 del 4.08.2009** e con la successiva **DGRV n. 339 del 29.03.2011** relativa all'attivazione della UOC Neurochirurgia pediatrica.
- **DGRV n. 311 del 15.03.2011:** provvedimento avente ad oggetto la determinazione dei tetti di spesa 2011 per gli erogatori pubblici ed equiparati provvisoriamente/definitivamente accreditati (ospedali classificati, istituti sanitari privati qualificati presidio ULSS, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) relativamente all'assistenza specialistica ambulatoriale.
- **DGRV n. 600 del 13.03.2007 e DGRV n. 863 del 21.06.2011:** provvedimenti che recepiscono l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 e adottano il Piano Attuativo Regionale: le delibere si collocano nel contesto di riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale al fine della maggiore tempestività nell'erogazione delle prestazioni.
- **DGRV n. 859 del 21.06.2011:** provvedimento che aggiorna il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Veneto e le relative tariffe.

- **DGRV n. 1180 del 25.06.2012:** provvedimento in cui vengono definiti gli aspetti applicativi derivanti dall'accordo quadro tra la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto per gli scambi di prestazioni sanitarie rivolte ai rispettivi cittadini residenti, per l'anno 2012.
- **DGRV n. 320 del 12.03.2013:** provvedimento che pone l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di ottenere un efficace governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.
- **DGRV n. 442 del 10.04.2013:** provvedimento che recepisce il DM 18 ottobre 2012 di "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale".

#### **LINEE DI INDIRIZZO IN MATERIA DI CONTROLLI**

- **DGRV n. 3444 del 30.12.2010:** provvedimento di aggiornamento del sistema di controlli dell'attività sanitaria di ricovero e ambulatoriale nella Regione Veneto.
- **DGRV n. 995 del 5.06.2012:** provvedimento avente ad oggetto lo sviluppo della funzione di internal auditing finalizzata alla creazione ed alla gestione di un Sistema di Controllo Interno nelle Aziende del SSR.

#### **TRASPARENZA DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI**

- **Decreto Legislativo n. 33 del 14.03.2013,** provvedimento di riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.

### **1.2 Contesto interno**

Con decreto 29 dicembre 2012 n. 220 il Presidente della Giunta Regionale ha nominato il nuovo Direttore Generale per il triennio 2013-2015; successivamente sono stati nominati il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, con un completo rinnovo della Direzione Strategica.

Diversamente dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, l'Università di Padova non ha ancora proceduto alla fase attuativa dell'intesa, mantenendo a tutt'oggi, attraverso lo strumento convenzionale, un modello funzionale tradizionale di Azienda Mista, proiettato in un coordinamento territoriale con altri presidi e poli ospedalieri delle attività proprie dell'Università. Tale scelta ha portato ad istituire nel 2012 i Dipartimenti Sperimentali ad Attività Integrata per l'area sanitaria.

In particolare, con l'applicazione della Legge 240/2010 sull'organizzazione della didattica e della ricerca, si rende sempre più necessario determinare i reali fabbisogni di personale ospedaliero e universitario che opera all'interno del SSN con una prospettiva di lungo corso, tenendo conto anche dei

profondi mutamenti a cui sta andando incontro l'assistenza sanitaria in risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Inoltre, sussistono in azienda i Dipartimenti Interaziendali, principalmente con l'Azienda Ulss 16, che comprendono quasi tutte le strutture tecnico-amministrative e in parte l'area sanitaria (si veda ad esempio il Dipartimento di Laboratorio, Radiologia, ecc.), nonché alcuni Dipartimenti provinciali (si veda ad esempio il Dipartimento Trasfusionale, il Pronto Soccorso e l'Anatomia Patologica).

Va ricordato che in Azienda sono collocati diversi Centri regionali o di riferimento regionale che svolgono attività di particolare rilevanza clinica e/o di ricerca e aventi funzioni di supporto alle reti cliniche.

Infine va segnalato che l'Azienda Ospedaliera di Padova non ha ancora predisposto l'atto aziendale, ossia il documento che definisce il modello di funzionamento della vita aziendale: la predisposizione di questo documento rappresenta uno degli obiettivi aziendali per il 2013.

### **1.3 Elementi di input del Documento di Direttive**

Il Documento di Direttive 2013 nasce dal recepimento della normativa vigente e dall'analisi di una serie di documenti e attività aziendali che vengono ricordati di seguito.

#### **a. Libro Bianco**

- Pubblicato il 23 aprile 2013, rappresenta una fotografia delle principali variabili organizzative, gestionali, economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Azienda Ospedaliera al 31.12.2012.

#### **b. Programmazione economica**

- Bilancio economico preventivo 2013 e Relazione al bilancio economico preventivo 2013:
  - Bilancio Economico Preventivo 2013 DDG n. 254 del 21/03/2013
  - Applicazione delle direttive fornite alle Aziende ULSS per la predisposizione del Bilancio preventivo economico annuale 2013 come da DGRV n. 2864 del 28.12.2012.
- Piano Investimenti:
  - Documento di sintesi degli investimenti prioritari e ritenuti urgenti per l'anno 2012, prot. n. 15045 del 20/03/2012.
- Pianificazione gare sopra e sotto soglia:
  - Programmazione, per l'anno 2013, di acquisizione di forniture e servizi di competenza del Dipartimento Interaziendale Acquisizione e Gestione Beni Servizi e Logistica, trasmessa alla Direzione Generale in data 12/04/2013 a seguito dell'attività svolta dal tavolo tecnico istituito in materia.
- Manovra sul personale:

- Revisione della spesa del personale del SSR come da DGRV n. 2621 del 18.12.2012.

**c. Dotazione posti letto e Organizzazione aziendale**

- DDG n. 885 del 07/10/2011 che recepisce ed attua la DGRV n. 339 del 29 marzo 2011.
- DDG che istituiscono i Dipartimenti ad Attività Integrata Sperimentale e i Dipartimenti ad Attività Integrata Sperimentale Interaziendale

**d. Prescrizioni del Collegio Sindacale:**

- Relazione del collegio sindacale in merito al Bilancio Economico Preventivo 2012, prot. 15.579 del 22 marzo 2013.
- Relazione sintetica su questioni pendenti e criticità rilevate dal Collegio Sindacale nell'ambito della propria attività di controllo, prot. 15408 del 22 marzo 2013.

**e. Controlli Interni aziendali**

- DDG n. 1364 del 21/12/2012 che approva il Piano di Sviluppo del sistema di Controllo Interno dell'Azienda Ospedaliera di Padova, come da DGR n. 2369 del 29 dicembre 2011.

**f. Qualità e accreditamento**

- Rapporto di verifica da parte della Regione Veneto per l'Accreditamento Istituzionale  
Nel mese di novembre 2011 l'Azienda Ospedaliera di Padova ha sostenuto la verifica per l'accREDITamento istituzionale ai sensi della LR 22/02 da parte del Gruppo Tecnico Multidisciplinare costituito dall'ARSS Veneto. In data 2 luglio 2012 l'Azienda Ospedaliera di Padova ha ricevuto il Decreto regionale di accREDITamento istituzionale.

Dal rapporto di verifica emergono alcune raccomandazioni carattere generale:

- sviluppo e implementazione di percorsi assistenziali;
  - individuazione e monitoraggio di indicatori clinici di processo e di esito;
  - definizione e applicazioni modalità inserimento del personale medico di nuova acquisizione;
  - riorganizzazione dell'attività di diagnostica specialistica ad impatto assistenziale.
- Sistema di gestione per la qualità Aziendale certificato ISO 9001  
L'Azienda ha sviluppato da diversi anni un Sistema di Gestione per la qualità Aziendale che comprende una serie di processi sanitari e di supporto tecnico-amministrativi.

Attualmente il sistema è certificato ISO 9001 attraverso una certificazione di sistema aziendale (certificato n. 5.871) e alcune certificazioni a livello di Unità Operativa.

- **Accreditamento di eccellenza secondo lo standard Accreditation Canada**

A seguito della visita da parte dei valutatori di Accreditation Canada a dicembre 2009, l'Azienda ha ricevuto il report finale a febbraio 2010 ottenendo l' "Accreditamento con report".

Entro il 28 febbraio 2011 è stata inviata la seconda relazione sulla gestione delle altre aree di miglioramento richieste nel report di accreditamento. Accreditation Canada ha richiesto ulteriori evidenze in merito ad alcune raccomandazioni del report che sono state regolarmente inviate a luglio.

La fase di sperimentazione regionale si è conclusa con la scadenza del certificato di accreditamento e con essa anche il relativo finanziamento regionale del progetto, pertanto la eventuale prosecuzione del rapporto con Accreditation Canada dovrà essere finanziata con fondi aziendali.

- **Centri Regionali Specializzati**

I Centri Regionali Specializzati svolgono attività di particolare rilevanza clinica e/o di ricerca ed hanno funzioni di supporto alle reti cliniche definite nel PSSR.

Per i Centri specializzati è stata istituita una commissione presieduta dal Segretario regionale alla Sanità con il compito di effettuare l'istruttoria in merito alle domande di riconoscimento di nuovi Centri Regionale Specializzati. Con DGRV 14 gennaio 2011, la Regione Veneto ha riorganizzato i Coordinamenti regionali (strutture che svolgono attività di coordinamento di reti clinico-assistenziali di rilevanza prioritaria secondo gli indirizzi del PSSR) e i Registri regionali (strutture che svolgono attività di rilevazione epidemiologica per patologie o problemi di salute rilevanti a livello di popolazione, con funzioni di supporto alle attività di sanità pubblica e di miglioramento dell'assistenza in coerenza con la programmazione regionale). La stessa DGR 14 gennaio 2011 stabilisce che i Centri Regionale Specializzati sono individuati con provvedimento di Giunta Regionale, ma collocati direttamente all'interno di strutture aziendali e pertanto non finanziati dalla Regione.

La Commissione presieduta dal Segretario Regionale alla Sanità non ha ancora assunto alcuna decisione in merito alle richieste di riconoscimento dei nuovi Centri Regionali Specializzati.

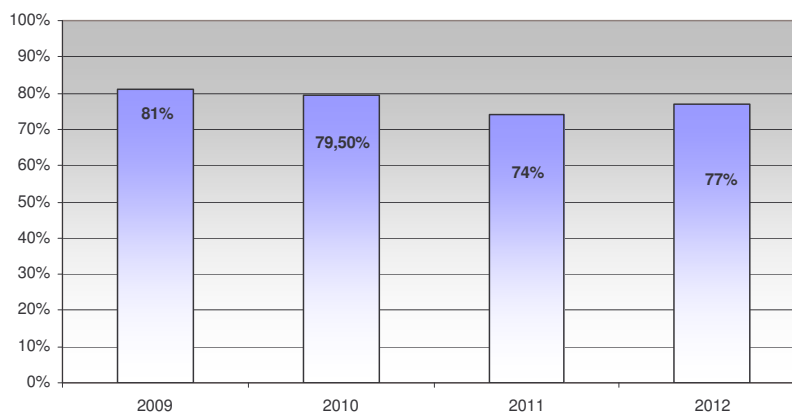
#### **g. Relazioni con l'utenza**

- **Il punto di vista dei pazienti: la Qualità Percepita**

Il concetto di qualità percepita è considerato uno degli aspetti di sistema nei processi di miglioramento e quindi indice della qualità aziendale. La percezione soggettiva si misura sulle aspettative e sull'esperienza. Il rapporto tra aspettative ed esperienza genera il cosiddetto valore di maggior o minor soddisfazione. Questo dato è mutevole, a seconda del "momento"

vissuto dalla persona, del suo stato d'animo, dell'eventuale sua precedente esperienza, dei suoi bisogni impliciti, espliciti e latenti, della "fama" del servizio fruito o da fruire, dell'organizzazione del servizio, vista sia sotto l'aspetto tecnico-organizzativo che professionale. L'insieme di questi fattori e la loro interrelazione incide sulla percezione di un Servizio e sulla soddisfazione dell'utente.

Il seguente grafico rappresenta il grado di soddisfazione complessivo da parte dei pazienti:



*Grafico 1 - Grado di soddisfazione complessivo da parte dei pazienti (2009-2012)*

Dalle indagini della Qualità Percepita sono emersi 915 suggerimenti che riguardano maggiormente:

- **Aspetti professionali:** la rassicurazione da parte del Medico, l'affidabilità e l'appropriatezza delle prestazioni fruito, nonché la competenza e la professionalità degli operatori.
  - **Aspetti alberghieri e comfort:** la qualità dei pasti, la temperatura non adeguata nelle sala d'attesa degli ambulatori e/o nelle stanze di degenza, la pulizia degli ambienti, l'illuminazione, e la segnaletica
  - **Aspetti relazionali:** qualità della relazione, in termini di cortesia, disponibilità, accoglienza da parte di tutti gli operatori sanitari, tecnici e amministrativi.
  - **Tempi di attesa:** tempestività, puntualità e regolarità nell'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero.
  - **Struttura e Logistica:** richiesta di parcheggi.
- La Gestione del reclamo

L'insoddisfazione di una persona si esprime con il reclamo, inteso come "qualunque espressione di insoddisfazione che richieda una risposta". Essendo utopistico immaginare un'organizzazione pubblica esente da critiche da parte dei suoi utenti ed essendo difficile pensare che un'azienda sanitaria possa impostare azioni di miglioramento della qualità senza tener conto dell'opinione degli utenti, i reclami, se opportunamente raccolti ed analizzati, costituiscono una risorsa di grande valore per l'Azienda. Essi rappresentano infatti un'occasione preziosa per identificare e

correggere gli errori, migliorare la qualità dei servizi offerti ai cittadini ed aumentare la loro fiducia.

La tabella seguente presenta il numero e la tipologia di reclami:

Tipologia reclami	Anno 2009	%	Anno 2010	%	Anno 2011	%	Anno 2012	%
Dimensione interpersonale	97	6%	112	10%	256	26%	284	38%
Funzionamento Tecnico-organizzativo	1.428	83%	848	76%	412	42%	232	30%
Prestazioni sanitarie	190	11%	151	14%	294	30%	231	30%
Insoddisfazione generica	8	0%	3	0%	18	2%	24	2%
<b>Totale</b>	<b>1.723</b>	<b>100%</b>	<b>1.114</b>	<b>100%</b>	<b>980</b>	<b>100%</b>	<b>771</b>	<b>100%</b>

*Tabella 1 - Numero e tipologia di reclami (2009-2012)*

#### h. Benessere organizzativo

In questi anni si sono svolte diverse azioni con l'obiettivo di conoscere in maniera approfondita l'area del benessere organizzativo. In tal senso il Comitato per le Pari Opportunità e il Comitato Mobbing (area Dirigenza e area Comparto) sono stati sostituiti, così come previsto dalla normativa in materia, dal Comitato Unico di Garanzia (CUG), che si è impegnato a garantire:

- la parità e le pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e assicurando l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative;
- la razionalizzazione e la maggiore efficienza ed efficacia dell'organizzazione anche in materia di pari opportunità, di contrasto alle discriminazioni e di benessere dei lavoratori e delle lavoratrici anche intervenendo con azioni specifiche.

Si è sviluppato, come conseguenza del lavoro di questi comitati, un modello organizzativo articolato su 3 livelli, delineato nella DDG n. 627 dell' 11.06.2010:

- **1° livello:** Sportello RETE che rappresenta un Punto di Ascolto del Personale.
- **2° livello:** Equipe tecnico-multidisciplinare che si occupa dello studio e dell'analisi di casi di personale problematico, con relativo piano di presa in carico.
- **3° livello:** Tavolo del Benessere Organizzativo che è incaricato della predisposizione della politica aziendale e della pianificazione di obiettivi ed azioni in questo ambito, oltre che del monitoraggio dell'intero sistema in termini di efficacia ed efficienza.

Nella logica dell'implementazione, varie ricerche hanno fatto emergere un quadro diversificato con aree di criticità ma anche punti di forza del nostro sistema, tra cui si segnala:

**Aree di criticità:**

- sensazione di contare poco nell'organizzazione e di non essere valutato/a in maniera adeguata;
- sensazione di far parte di un team di lavoro dove è diffuso il pettegolezzo, l'aggressività e il nervosismo;
- difficoltà nella conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa;

**Punti di forza:**

- diffusione del senso di appartenenza all'organizzazione;
- volontà di impegnare nuove energie e di affrontare nuove sfide;
- elevato valore sociale del lavoro svolto.

**i. Tempi di attesa**

- Piano Attuativo Aziendale di contenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero ospedaliero 2010-2012, DDG n. 723 del 11/08/2011:
  - l'Azienda Ospedaliera ha aggiornato il proprio "Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi d'Attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero ospedaliero" secondo quanto disposto dalla DGRV n. 863/2011 al fine di garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari secondo criteri di appropriatezza, con il rispetto delle classi di priorità e della trasparenza.

**j. Rapporti con l'Università**

- Protocollo di Intesa fra Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona le Aziende Ospedaliere Universitarie Integrate (AOUI), Intesa Regione Veneto e Università degli Studi di Padova e Verona del 17/07/2007
  - come disposto dal Decreto Legislativo n. 517/99, il Protocollo di Intesa fra Regione Veneto e Università degli Studi di Padova disciplina i rapporti fra il Servizio Sanitario Regionale e l'Università, convenendo nei seguenti punti principali:
    - l'Università degli Studi di Padova e Verona contribuiscono all'elaborazione del PSSR nonché alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, in particolare per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca;
    - la Regione e le Università devono istituire le AOUI rispettivamente di Padova e di Verona.

Il Protocollo di intesa contiene inoltre norme in materia di personale e trattamento economico del personale universitario, nonché in materia di finanziamento, patrimonio e contabilità delle aziende ospedaliero-universitarie.



## 2 Metodica di budget

Al fine di presidiare efficacemente le proprie strategie, con il presente documento la Direzione Aziendale si prefigge il rispetto dei seguenti criteri:

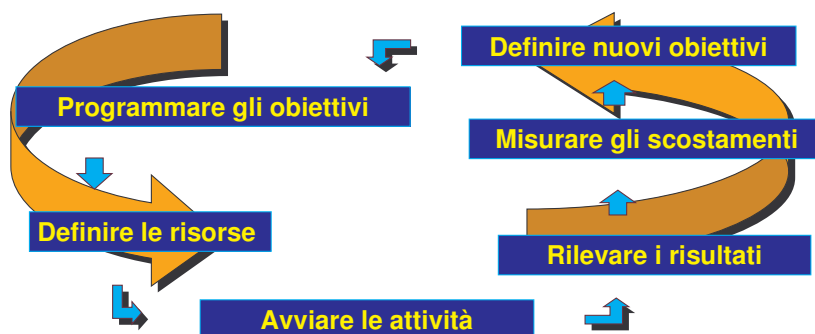
- declinazione degli obiettivi operativi all'interno delle priorità e definizione dei progetti aziendali con allocazione delle relative risorse;
- individuazione degli indicatori sintetici, esaustivi e di semplice misurazione per i principali fenomeni gestionali, al fine di monitorare e valutare l'andamento degli obiettivi da monitorare;
- definizione della pesatura degli obiettivi operativi finalizzata alla valutazione delle UUOO coinvolte;
- definizione e negoziazione degli obiettivi operativi con le UUOO coinvolte;
- monitoraggio periodico (trimestrale) degli obiettivi attraverso la misurazione degli indicatori;
- valutazione finale delle UUOO;
- comunicazione dei risultati.

L'anno 2013 si caratterizza per il cambiamento della Direzione Aziendale, che ha comportato un fisiologico ritardo nell'avvio del processo di budget. Questo ha portato alla scelta di proporre solo progetti "top down", definiti dalla Direzione e concordati con le Unità Operative.

Gli obiettivi per l'anno 2013 sono stati scelti in base alla priorità, alla possibilità di raggiungerli entro l'anno (o almeno che le attività possano partire entro l'anno), alla coerenza con la pianificazione delle risorse: personale e investimenti (edilizia, apparecchiature, ICT).

Una volta portato a regime il processo di Programmazione e Controllo aziendale, obiettivo della Direzione è quello di completare la stesura del Documento di Direttive entro la fine dell'anno precedente a quello di riferimento e di completare la negoziazione del budget con le Unità Operative entro il mese di marzo dell'anno di riferimento. Inoltre, accanto ad obiettivi "top down", si affiancheranno obiettivi di tipo "bottom up", ovvero la discussione lascerà largo spazio agli obiettivi proposti delle Unità Operative volti al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

### Ciclo di budget annuale



### 3 Obiettivi strategici aziendali 2013

Le aree di intervento ritenute prioritarie nella programmazione aziendale 2013 sono condizionate dai necessari interventi rivolti al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi produttivi, nel rispetto della programmazione regionale di cui al PSSR e tenendo conto infine delle specifiche esigenze aziendali.

Quindi, nel rispetto della sostenibilità economica e dell'appropriatezza clinica e organizzativa, gli obiettivi strategici aziendali per il 2013 sono i seguenti:

1. posizionamento dell'offerta sanitaria dell'Azienda quale riferimento all'interno del sistema sanitario regionale;
2. revisione organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati;
3. corretto impiego delle risorse;
4. sviluppo e implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale;
5. miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della soddisfazione dell'utenza;
6. sostegno all'innovazione e alla ricerca;
7. governo del rischio.

Nell'allegato vengono illustrati, per ogni obiettivo strategico, gli obiettivi operativi, raggruppati per aree tematiche, con i relativi indicatori e soglie.

#### 3.1 Posizionamento dell'offerta sanitaria dell'Azienda quale riferimento all'interno del sistema sanitario regionale

L'obiettivo è di valorizzare l'attività che contraddistingue l'Azienda Ospedaliera come struttura hub per la provincia di Padova nonché quale centro di riferimento regionale e punto di riferimento a livello nazionale.

#### 3.2 Revisione organizzativa per migliorare l'efficacia ed efficienza dei servizi erogati

La continua evoluzione dei sistemi sanitari sottopone le aziende sanitarie a sollecitazioni che incidono sia sugli aspetti strutturali, sia sugli aspetti comportamentali e culturali della variabile organizzativa.

In risposta a quanto previsto anche dal PSSR, per garantire i bisogni consolidati ed emergenti della società veneta di oggi è necessario prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale, promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

### **3.3 Corretto impiego delle risorse**

L'obiettivo è sviluppare e/o consolidare le attività erogate al fine di garantire il corretto utilizzo delle risorse anche alla luce dell'introduzione di nuove metodiche legate ai diversi gradi di complessità della patologia e dell'intensità di prestazioni erogate.

### **3.4 Sviluppo e implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale.**

Al fine di garantire il rispetto della normativa vigente e della programmazione complessiva, l'Azienda si pone l'obiettivo di predisporre e adeguare la documentazione nei diversi settori in cui opera, e di monitorare costantemente le attività.

### **3.5 Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e soddisfazione dell'utenza**

L'obiettivo strategico è volto a favorire un modello organizzativo che garantisca a tutti i pazienti, accessibilità ai trattamenti e uniformità di prestazioni in luoghi adeguati e con una tempistica adeguata, rispondendo in primis, a quelle che sono le indicazioni regionali.

### **3.6 Sostegno all'innovazione e alla ricerca**

L'obiettivo è rivolto al sostegno delle azioni che possono favorire l'innovazione nel campo dell'appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci e dei dispositivi e della ricerca clinica, tenendo conto sia delle competenze acquisite che delle opportunità tecnologiche e di mercato complessive.

### **3.7 Governo del rischio**

La valutazione del rischio deve produrre una visione condivisa delle priorità dei rischi principali ed emergenti e portare ad un miglioramento nelle aree più importanti/critiche dell'azienda.

La vera opportunità di un approccio integrato è la possibilità di ridurre significativamente i costi, identificando inefficienze operative, razionalizzando i controlli e diffondendo a tutti i livelli aziendali la cultura della gestione del rischio. In particolare:

- i. Riconoscere il valore e le potenzialità della documentazione clinica e gestionale per la prevenzione del rischio clinico e l'analisi degli eventi ad esso correlati.
- ii. Identificare le funzioni connesse al rischio per le diverse figure professionali e le relative responsabilità.
- iii. Identificare le implicazioni in termini di rischio clinico delle tecnologie sanitarie.

- iv. Riconoscere le implicazioni organizzative ed economiche del rischio amministrativo contabile.

#### 4 Principali linee di sviluppo e progettualità aziendali

Le linee generali della programmazione aziendale, articolate nei singoli obiettivi operativi individuati per ciascuno degli obiettivi strategici, sono riassumibili nelle seguenti linee progettuali principali:

- 1) Definizione del ruolo dell'Azienda nel contesto locale, provinciale, regionale e nazionale e definizione dell'identità aziendale: elaborazione del "master plan".
- 2) Aggiornamento e sviluppo dei rapporti con l'Università degli Studi di Padova.
- 3) Sviluppo e implementazione della programmazione e delle attività di controllo aziendali, con la predisposizione dei seguenti documenti programmatori:
  - a. Piano attuativo locale 2013-2015
  - b. Atto Aziendale
  - c. Piano delle performance
  - d. Piani di settore
  - e. Piano aziendale delle liste d'attesa
  - f. Piano per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione
  - g. Piano della trasparenza
- 4) Sviluppo della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale" in accordo con la Regione Veneto e gli altri attori coinvolti.
- 5) Definizione di un piano complessivo di interventi strutturali di breve/medio periodo nell'arco temporale dell'attuazione del "Nuovo Ospedale". Nell'attesa di definire la progettualità che porterà al nuovo Ospedale di Padova, sono necessari importanti interventi di ristrutturazione edilizia, subordinati a finanziamenti in parte già ottenuti e in parte in fase di definizione, che si svilupperanno nel prossimo triennio:
  - a. ristrutturazione del "Corpo Trattamenti" del Policlinico, con allestimento di nuove sale operatorie e terapie intensive; il Policlinico assumerà così una maggiore "vocazione chirurgica".
  - b. Ristrutturazione degli spazi adibiti ad attività internistica nel Monoblocco, che assumerà maggiore "vocazione internistica".
  - c. Riqualficazione dell'area materno infantile:
    - I. integrazione delle sale parto/punti nascita;
    - II. ristrutturazione dell'area intensiva neonatale/pediatria;

- III. ristrutturazione del DH dell'Oncoematologia pediatrica, con termine previsto per l'autunno con il rientro dalle sedi temporanee (stabile delle Malattie Infettive e Degenza dal Policlinico).
- d. Nuova sede dell'UOC Immunotrasfusionale presso il Giustiniano e riassorbimento delle attività collegate ai trapianti attualmente svolte presso il NITp di Milano.
- 6) Predisposizione di un piano complessivo per ricondurre in area ospedaliera le attività aziendali attualmente ospitate in sedi extra-aziendali: Odontoiatria, attività operatoria dell'Oculistica.
- 7) Area della Ricerca Biomedica avanzata: Centro Biomedico di Via Orus e Torre della Ricerca.
- a. Attivazione completa del Centro Biomedico di via Orus per lo sviluppo delle attività di ricerca dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Università. Attualmente sono in corso le procedure per completare l'adeguamento strutturale e gli arredi: tale fase impegnerà l'intero anno 2013 e successivamente si potrà effettuare il trasferimento delle attività programmate dalle sedi dell'Azienda alle nuove destinazioni di via Orus.
- b. Attivazione della Torre della Ricerca, con trasferimento delle attività di laboratorio programmate: è in corso la definizione del piano di attivazione delle Torre della Ricerca che permetterà quindi i trasferimenti previsti dei laboratori del Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino nel corso dei prossimi mesi.
- 8) Interventi di riorganizzazione dell'attività sanitaria rivolti a garantire una maggiore funzionalità ed efficienza delle attività:
- a. Riqualificazione dell'area chirurgica (degenze e sale operatorie) per lo sviluppo dell'attività chirurgica di alta complessità.
- b. Revisione del modello di gestione dell'urgenza chirurgica.
- c. Centralizzazione delle attività di Day Surgery/chirurgia ambulatoriale al Giustiniano: il progressivo e continuo incremento dell'attività di Day Surgery, grazie alla continua evoluzione delle tecniche assistenziali che permettono di ridurre i tempi di preparazione preoperatoria, le procedure operatorie e i tempi di assistenza post-operatori, nonché al trasferimento da regime ordinario a regime di Day Surgery di numerose procedure chirurgiche, fa sì che la centralizzazione dell'attività in un unico Centro dedicato porti a migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema chirurgico aziendale.
- d. Riorganizzazione e razionalizzazione delle attività di anestesia e rianimazione, con ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva postoperatoria e riduzione/sospensione del ricorso alla Terapia Intensiva dell'Ospedale Sant'Antonio.
- e. Completamento della centralizzazione delle piastre endoscopiche per i pazienti esterni al Giustiniano e per i pazienti ricoverati nella nuova piastra del Monoblocco.
- f. Completamento della centralizzazione degli ambulatori cardiologici al Monoblocco.
- g. Centralizzazione dell'area ambulatoriale/DH internistica.

- h. Riordino delle attività di laboratorio ai sensi della legge 22 sull'accreditamento.
  - i. Revisione del sistema delle guardie e delle pronte disponibilità.
  - j. Centralizzazione delle attività di preparazione dei farmaci antiblastici dell'Azienda presso i laboratori del Servizio di Farmacia dell'Istituto Oncologico Veneto.
  - k. Implementazione degli interventi di informatizzazione della documentazione clinica, con estensione della firma digitale quale standard aziendale.
- 9) Riorganizzazione dell'area amministrativa, anche alla luce del ripensamento dei Dipartimenti interaziendali, nell'ambito della predisposizione dell'atto aziendale.
- 10) "Messa in sicurezza del sistema": revisione/aggiornamento delle procedure amministrative nella logica del controllo interno e dell'attento monitoraggio delle attività esternalizzate (logistica, sterilizzazione, ristorazione, ecc.).

Le progettualità sopra descritte verranno declinate in singoli progetti con definizione di tempistica, indicatori di risultato e individuazione dei livelli di responsabilità.

## **5 Monitoraggio degli obiettivi e impatto economico**

Per il rispetto dei vincoli economici posti dalla Regione, il monitoraggio trimestrale degli obiettivi di budget verrà accompagnato da un documento di sintesi predisposto dal Controllo di Gestione mensilmente sull'andamento dei beni soggetti a vincolo economico e trimestralmente sull'andamento dei servizi.

Per gli investimenti, trimestralmente verrà effettuata una valutazione dell'impatto del Piano degli Investimenti sul Risultato economico di Esercizio.

Verranno infine effettuati incontri mensili della Direzione Strategica con gli uffici competenti per valutare lo stato di avanzamento del Piano del Personale, del Piano degli Investimenti e della Programmazione delle Gare per l'acquisizione di Beni e Servizi.

## Glossario

AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AOUI	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata
ATC	Anatomico Terapeutico Chimico
CCPOT	<i>Critical care pain observation tool</i>
CDA	Carta di Accoglienza
CDG	Controllo di Gestione e Programmazione
CDS	Carta dei Servizi
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DDG	Deliberazione del Direttore Generale
DGR o DGRV	Deliberazione della Giunta Regionale (del Veneto)
DH	Day Hospital
DIABS	Dipartimento Interaziendale Acquisto Beni e Servizi
DLgs	Decreto Legislativo
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
DRG	Diagnosis Related Group
GG	Giorni
IOV	Istituto Oncologico Veneto
IRCSS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IT	Information Technology
LR	Legge Regionale
NITp	Nord Italia Transplant
NRC	Nucleo per la Ricerca Clinica
NRS	Scala numerica verbale
OBI	Osservazione Breve Intensiva
PL	Posti Letto
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PS	Pronto Soccorso
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
RO	Ricovero ordinario
SDO	Schede di Dimissione Ospedaliera
SPS	Servizio Professioni Sanitarie
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SSSR	Servizio Socio Sanitario Regionale
TAVI	<i>Transcatheter Aortic Valve Implantation</i>
UDF	Unità Distribuzione Farmaci
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
UUOO	Unità Operative
UVTA	Unità Valutazione Technology Assessment

**ALLEGATO****Elenco degli obiettivi operativi, raggruppati per aree tematiche, per ogni obiettivo strategico**

Nelle tabelle sotto riportate, vengono individuate le UO coinvolte nel raggiungimento dell'obiettivo; la prima UO indicata è quella considerata referente per il raggiungimento dell'obiettivo.

**Obiettivo Strategico 1. Posizionamento dell'offerta sanitaria dell'Azienda quale riferimento all'interno del sistema sanitario regionale.****Argomento: Alta specialità**

<b>CodObiettivo</b>	<b>Obiettivo OPERATIVO</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia 2013</b>	<b>Unità di budget</b>
1.1	Avvio programma di riassorbimento attività presso il trasfusionale dell'Azienda connessa al trapianto d'organo attualmente svolte dall'IRCCS Policlinico di Milano	Definizione progetto	Progetto e avvio delle attività	<b>Ref.: DMO</b> Immunotrasfusionale
1.2	Incremento attività di chirurgia in Neurochirurgia	N° interventi	+400 interventi annui (da settembre, +120 interventi)	<b>Ref.: Neurochirurgia</b> DMO
1.3	Riprogrammazione dell'attività interventistica cardiologica	N° procedure	almeno + 60 procedure di ablazione su base annua	<b>Ref.: Cardiologia</b> DMO
1.4	1.Sviluppo della progettualità relativa al "Nuovo Ospedale", in accordo con la Regione del Veneto e gli altri attori coinvolti	Accordo di Programma	Accordo firmato	<b>Ref. DMO,</b> Tecnico
1.5	Predisposizione di un progetto complessivo per la ristrutturazione del Policlinico/ Area Materno-infantile per intercettare il finanziamento ministeriale	Progetto	Progetto inviato in Regione	<b>Ref. DMO,</b> Tecnico
1.6	Sviluppo delle reti cliniche di patologia	Definizione progetto	presenza del progetto	<b>Ref. DMO</b>



## Obiettivo Strategico 2. revisione organizzativa per migliorare equità, efficacia ed efficienza dei servizi erogati.

**Argomento:** appropriatezza clinico-organizzativa area medica-chirurgica

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
2.1	Sviluppo e implementazione di percorsi clinico-assistenziali	N° percorsi sviluppati	≥ 2	<b>Ref.: Qualità</b> UUOO sanitarie DMO, SPS.
2.2	Definizione di un modello aziendale che prevede l'individuazione e monitoraggio di indicatori clinici di processo e di esito	Individuazione indicatori e definizione di un cruscotto di monitoraggio	Elenco indicatori e cruscotto di monitoraggio	<b>Ref.: DMO</b> Controllo di gestione, Qualità, IT, SPS
2.3	Pianificazione disponibilità posti di terapia intensiva per la chirurgia di elezione	N° interventi chirurgici non effettuati per non disponibilità di PL	-30% dell'anno precedente	<b>Ref.: DMO</b> area TIPO-chirurgie
2.4	Trasferimento da ricovero ordinario di 0-1gg a OBI: delle osservazioni prolungate delle pazienti ostetriche per il monitoraggio dei falsi travagli	Trasferimento da ricovero ordinario di 0-1gg a OBI	avvio attività	<b>Ref.: Area ostetrica-ginecologia</b> DMO IT
2.5	Trasferimento da ricovero ordinario di 0-1gg a OBI: delle osservazioni prolungate di pazienti traumatologici non chirurgici	N° RO 0-1gg/Tot. Ricoveri	-30% anno precedente (II semestre)	<b>Ref.: Area ortopedie</b> DMO IT
2.6	Trasferimento in regime ambulatoriale: attività trasfusionali erogate dalle UOC (ad eccezione dell'UOC Immunotrasfusionale) erogate in DH	N° casi amb/Totale casi trattati (amb+dh)	≥ 50% (periodo: II semestre)	<b>Ref.: clinica medica 2 - oncoematologia pediatrica</b> DMO
2.7	Trasferimento in regime ambulatoriale: cistoscopie con flessibile in regime ambulatoriale	N° casi ambulatoriali	≥ 500 casi	<b>Ref.: Urologia</b> DMO Uff. Prestazioni Sanitarie
2.8	Riduzione degenza media preoperatoria della neurochirurgia per gli interventi sulla colonna dorsale e cervicale	Degenza media preoperatoria	1 gg nel 50% casi	<b>Ref.:Neurochirurgia</b> DMO
2.9	Incremento di attività di day surgery e ambulatoriale chirurgico	N° procedure chirurgiche	3.000 annui (da giugno +250 al mese)	<b>Ref.: Centro multidisciplinare di day surgery</b> DMO
2.10	Individuazione di un modello di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse condivise nell'area ambulatoriale/ day hospital	Centralizzazione attività Dip. Chirurgia	Trasferimento delle attività	<b>Ref.: DMO</b> dip chirurgia

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
2.11	Individuare criteri condivisi per la richiesta e l'erogazione delle prestazioni di ecocardio e ecodoppler - condividere e sperimentare i criteri	Predisposizione documento linee guida	Documento presente	<b>Ref.: UVTA</b> Cardiologia e una unità richiedente
2.12	Riorganizzazione del Centro Disturbi Comportamento Alimentare	Ristrutturazione e riorganizzazione delle attività	Avvio delle attività nel nuovo Centro	<b>Ref.: Clinica Psichiatrica</b> DMO, Ufficio Tecnico
2.13	Revisione del modello di gestione dell'urgenza chirurgica	Definizione del nuovo modello	Avvio delle attività in base al nuovo modello	<b>Ref.: DMO</b> UUOO Chirurgiche UUOO Anestesia e Rianimazione, SPS

**Argomento: appropriatezza clinico-organizzativa area servizi**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
2.14	Revisione delle procedure di erogazione di esami di laboratorio in service verso terzi	Predisposizione procedura	Documento deliberato e convenzioni attivate	<b>Ref.: Direz Amministrativa</b> Lib prof e marketing DMO UO Laboratorio Controllo di Gestione
2.15	Riduzione prestazioni di laboratorio e radiologiche interventistiche richieste ad altre strutture sanitarie	Autorizzazioni DMO	riduzione 70% rispetto all'anno precedente (ultimo trimestre)	<b>Ref.: DMO</b> Chirurgie Generali Pediatria
2.16	Utilizzo massimale delle grandi apparecchiature per erogare le prestazioni nei tempi previsti (DGR 320/2013) e contestuale ampliamento attività radiologica	N° TAC-RM-ECO	+6000 RM; +8100 TAC; +4500 Eco su base annua	<b>Ref.: DMO</b> Dip. Radiologia
2.17	Ampliare la disponibilità di prestazioni radiologiche anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24	Fasce orarie attive nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali 20-24 attivate	N° gg aperture straordinarie	<b>Ref.: DMO</b> Dip. Radiologia
2.18	Riorganizzazione attività di laboratorio ai sensi della L.R. n. 22 del 2002: Consolidamento linee produttive laboratoristiche	Formalizzazione e attivazione piano di riordino generale per ciascuna linea di attività	Consolidamento 1° gruppo di attività	<b>Ref.: DMO</b> Laboratori
2.19	Riorganizzazione attività di laboratorio ai sensi della L.R. n. 22 del 2002: ii. Armonizzazione dell'attività decentrata di laboratorio	Definizione formale inquadramento attività di laboratorio ai sensi legge 22	100% accreditati	<b>Ref.: DMO</b> Laboratori
2.20	Completamento della centralizzazione degli ambulatori cardiologici al Monoblocco.	Trasferimento dell'attività nella nuova sede	Avvio delle attività	<b>Ref.: DMO</b> Cardiologia
2.21	Completamento della centralizzazione delle piastre endoscopiche per i pazienti esterni al Giustiniano e per i pazienti ricoverati nella nuova piastra del Monoblocco.	Trasferimento dell'attività nella nuova sede	Avvio delle attività	<b>Ref.: DMO</b> Chirurgie e Gastroenterologia
2.22	Centralizzazione dell'area ambulatoriale/DH internistico	Definizione di un progetto	Avvio delle attività	<b>Ref.: DMO</b> Area medica e area chirurgica

**Argomento: personale**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
2.23	Definizione e applicazioni modalità inserimento del personale dirigente sanitario di nuova acquisizione o di nuova assegnazione	Documento metodologico del piano di inserimento del personale dirigente e applicazione sperimentale nelle UOC	Documento	<b>Ref.: Personale</b> Qualità, Formazione, DMO
2.24	Revisione delle modalità inserimento del personale del comparto sanitario di nuova acquisizione	Revisione documento	Documento	<b>Ref.: SPS</b> Personale, Qualità, Formazione
2.25	Revisione del sistema delle guardie e delle pronte disponibilità	Predisposizione procedura	Applicazione del nuovo modello	<b>Ref.: DMO</b> Qualità
2.26	Ricognizione e regolamentazione delle varie figure professionali che operano in Azienda	Predisposizione documento e procedure per le singole tipologie	Applicazione delle procedure	<b>Ref.: DMO</b> Personale, Incarichi Professionali, SPS, Formazione, Qualità, Affari Generali
2.27	Predisposizione schema contratto Universitari alla luce della recente DGRV n. 342/2013 sui Direttori di Struttura Complessa	Predisposizione documento	Documento presente	<b>Ref.: Personale</b>

**Argomento: miglioramento nella gestione dei processi organizzativi**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
2.28	Puntuale registrazione/invio mensile delle prestazioni per esterni ai fini invio flusso art 50 (Min. Finanze)	% prestazioni inviate in ritardo	≤5% a livello aziendale	<b>Ref.: Controllo di gestione</b> UUOO sanitarie
2.29	Invio di almeno il 95% delle SDO entro il 15 del mese successivo alla dimissione	N. ricoveri ordinari trasmessi oltre i termini stabiliti	≤20 ricoveri a livello aziendale	<b>Ref.: Uff Prestazioni Sanitarie</b> UUOO sanitarie
2.30	Revisione e implementazione "Tariffario aziendale" delle prestazioni specialistiche	1. documento di revisione 2. n° prestazioni nuove codificate nell'anno	Documento presente	<b>Ref.: Uff Gestione tariffario</b> IT, Controllo di Gestione
2.31	Miglioramento nella compilazione della lista operatoria	N° liste operatorie complete/ Totale liste operatorie	≥70%	<b>Ref.: DMO</b> Area chirurgica
2.32	Procedura per acquisizione attrezzature tramite donazioni o comodato d'uso	Predisposizione documento	Documento presente	<b>Ref.: Ing. Clinica, DMO</b> UVTA, Qualità
2.33	Invio del file F all' Unità di Distribuzione Diretta Farmaci entro il giorno 5 del mese successivo all'erogazione al paziente	% N° di ricette registrate dopo il 25 del mese successivo	≤5%	<b>Ref.: Farmacia</b> tutte le UO che erogano farmaci in File F
2.34	Riorganizzazione dell'Area Amministrativa	Revisione Dipartimenti Amministrativi Interaziendali	Documento di riorganizzazione	<b>Ref.: UUOO Area Amministrativa</b>
2.35	Predisposizione del Regolamento dei Dipartimenti	Regolamento dei Dipartimenti	Approvazione del Regolamento e sua implementazione	<b>Ref.: UUOO Area Sanitaria e Amministrativa</b>
2.36	Revisione del modello di gestione del CUP e delle liste di attesa in Azienda	Descrizione del nuovo modello organizzativo	Documento presente e avvio del nuovo modello	<b>Ref.: DMO,</b> SPS, Dir. Amm. Ospedale, IT, Controllo di Gestione

**Argomento: informatizzazione\***

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
2.37	Gestione informatica delle consulenze (richiesta, refertazione, firma digitale)	% referti digitali/ totale referti specialistici	≥ 90%	<b>Ref.: DMO</b> IT, Area medica-Area chirurgica, SPS
2.38	Informatizzazione della cartella clinica di ricovero	% cartelle digitali/ totale dimissioni	≥ 25%	<b>Ref.: DMO</b> IT, Area medica-Area chirurgica, SPS
2.39	Informatizzazione della lettera di dimissione	% lettere firmate digitalmente/ totale dimissioni	≥ 80%	<b>Ref.: DMO</b> IT, Area medica-Area chirurgica
2.40	Informatizzazione della terapia	% terapie digitali/ totale dimissioni	≥ 10%	<b>Ref.: DMO</b> IT, Area medica-Area chirurgica, SPS
2.41	Informatizzazione richieste anatomia patologica	% richieste digitali/ totale richieste	≥ 90%	<b>Ref.: DMO</b> IT, Area medica-Area chirurgica, Anatomie, SPS
2.42	Prescrizione informatizzata dei farmaci alla dimissione	% prescrizioni digitali/ totale ricette spedite dall' UDF	≥ 90%	<b>Ref.: Farmacia</b> IT, DMO, Area medica-Area chirurgica
2.43	Prescrizione informatizzata dei farmaci alla dimissione da visita ambulatoriale	% prescrizioni digitali/ totale ricette spedite dall' UDF	≥ 50% a partire da agosto	<b>Ref.: Farmacia</b> Reumatologia, Neurologia, Dermatologia
2.44	Utilizzo cartella ambulatoriale informatizzata	% referti digitali/ totale referti specialistici	≥ 60%	<b>Ref.: DMO</b> IT, Area medica-Area chirurgica, Area Materno Infantile, SPS
2.45	Verbali di PS firmati digitalmente	% verbali PS firmati digitalmente/ totale verbali PS	≥ 30%	<b>Ref.:PS</b> IT, DMO

\*dato rapportato all'ultimo mese dell'anno

**Argomento: accreditamento e certificazione ISO 9001**

<b>CodObiettivo</b>	<b>Obiettivo OPERATIVO</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia 2013</b>	<b>Unità di budget</b>
2.46	Integrazione Sistemi qualità Unità Operativa nel Sistema di qualità aziendale	Certificato ISO 9001 unico	Presente	<b>Ref.: Qualità</b> Clin pediatrica, patologia neonatale, oncoematologia ped, clin ginecologica (PMA)
2.47	Mantenimento certificazione ISO 9001	Certificato ISO 9001	Presente	<b>Ref.: Qualità</b> UUOO certificate

**Obiettivo Strategico 3. corretto impiego delle risorse.****Argomento: Beni e Servizi**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
3.1	Conferma dei costi per dispositivi e farmaci anno 2012	Mantenimento costi 2012	SI	<b>Ref.:tutte UU.00</b> Farmacia, DIABS
3.2	Passaggio da dispositivi monouso ad alto costo unitario di tipo elettrochirurgico a dispositivi equivalenti e riutilizzabili	Numero dispositivi monouso/ totale dispositivi	≤ 5% rispetto anno precedente	<b>Ref.:UVTA</b> area chirurgie generali escluso chir pediatrica
3.3	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci:rivedere l'appropriatezza prescrittiva del fibrinogeno rispetto alle richieste di plasma derivati EC , PFC e PLTS	Diminuzione di richiesta di unità di plasma derivati per pz rispetto al valore 2012 o diminuzione del consumo di fibrinogeno	≤ 30% rispetto anno precedente	<b>Ref.: Immunotrasfusionale</b> Cardiochirurgia, Cardiochirurgia Pediatrica, Cardiochirurgia Tipo, Chirurgia Epatobiliare
3.4	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: rivedere l'appropriatezza prescrittiva del fibrinogeno con segnalazione dei nominativi di tutti i pazienti trattati alla Direzione dell' immunotrasfusionale	Nominativi pazienti trasmessi	100%	<b>Ref.: Immunotrasfusionale</b> Cardiochir, Cardiochir Pediatrica, Cardiochir Tipo, Chir Epatobiliare, Anestesia e Rianimazione, Istar 3, SO Cardiochirurgia, SO policlinico 2^ piano
3.5	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: intensificare la prescrizione di biosimilari filgastrim	% di confezioni di Biosimilare prescritte (uso ospedaliero e Distribuzione Diretta) rispetto al totale delle confezioni richieste della rispettiva categoria ATC L03AA Fattori di Stimolazione delle colonie	≥ 85%	<b>Ref.: Farmacia</b> Malattie infettive, UO di medicina, ematologia, oncoematologia ped
3.6	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: intensificare la prescrizione di biosimilari eritropoietina	% di confezioni di Biosimilare prescritte (uso ospedaliero e Distribuzione Diretta) rispetto al totale delle confezioni richieste della rispettiva categoria ATC B03XA altri preparati antianemici	≥ 30%	<b>Ref.: Farmacia</b> Nefrologia e dialisi e UO di Medicina
3.7	Riduzione della spesa complessiva per l'acquisizione di antibiotici di terza generazione	Importo totale spesa	≤ 5% rispetto al 2012	<b>Ref.:Farmacia</b> DMO Malattie Infettive UU00 autorizzate da Mal Inf
3.8	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: antibiotici e antimicotici	Importo totale della spesa categoria ATC J01 Antibatterici per uso sistemico e J02 antimicotici per uso sistemico per singola UO (uso ospedaliero )	≤ 5% rispetto al 2012	<b>Ref.: Farmacia</b> tutte le UO



CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
3.9	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: antivirali	Importo totale della spesa categoria ATC J05 Antivirali per uso sistemico per pazienti HIV	≤ 5% rispetto al 2012	<b>Ref.: Farmacia</b> Malattie infettive,
3.10	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: farmaci immunosoppressivi	Importo totale della spesa di ATC L04A Immunosoppressivi (uso ospedaliero e Distribuzione Diretta )	≤ 5% rispetto al 2012	<b>Ref.: Farmacia</b> Reumatologia adulti, dermatologia , neurologia (centro per la sclerosi multipla) ematologia
3.11	Appropriatezza prescrittiva dei farmaci: farmaci anticorpi monoclonali	Importo totale della spesa di ATC L01XC Immunosoppressivi	≤ 5% rispetto al 2012	<b>Ref.: Farmacia</b> ematologia
3.12	Compilazione delle schede di monitoraggio clinico dei pazienti sottoposti a trattamento con medicinali inseriti nella legge 648/96	Per i medicinali somministrati in reparto: % richieste motivate che pervengono alla Farmacia rispetto al numero di schede di monitoraggio inviate alla Regione	100%	<b>Ref.: Farmacia</b> tutte le UO che prescrivono farmaci erogabili ai sensi della Legge 648/96
3.13	Definizione dei volumi di attività delle procedure chirurgiche/interventistica ad alto costo unitario di dispositivo avendo predefinito i criteri di appropriatezza	Documento di programmazione dell'attività concordando il num max procedure 1. assistenza ventricolare 2. fibrillazione atriale 3. custom made 4. un dispositivo ad alto costo per neuro-radiologia interventistica	Rispetto della programmazione	<b>Ref.: UVTA</b> cardiochirurgia cardiologia chirurg vascolare neuroradiologia e radiologia interventistica
3.14	Gestione del materiale sterilizzato: definizione e determinazione del numero di kit standard per procedura chirurgica	Definizione kit	si	<b>Ref.: DMO,</b> SPS UU.OO Chirurgiche
3.15	Costo-efficacia dei dispositivi per prevenzione trattamento lesioni da decubito	Predisposizione analisi situazione attuale al fine di fornire elementi di indirizzo futuri	predisposizione documento	<b>Ref.: UVTA</b> SPS
3.16	Applicazione delle disposizioni della DGRV 2864/2012 con particolare riferimento alla razionalizzazione e riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari	Spesa per acquisto di beni e servizi non sanitari	Rispetto tetto di spesa	<b>Ref.: DIABS, Dip. Area amministrativa e Affari generali, Dip. Area amministrativa e Legale, Tecnico, Direz Amministrativa, Affari generali, Legale e assicurazioni, IT</b>

**Argomento: personale**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
3.17	Definizione degli orari di apertura sia dei servizi ospedalieri che operano nelle 12 ore che quelli a ciclo continuo nelle 24 ore	Stesura di un documento ufficiale	presente	<b>Ref.: Personale</b> DMO SPS
3.18	Decentramento alle UO della gestione della turnistica e di alcune tipologie di assenza	Decentramento attività presso singole unità operative, gestione informatizzata	≥ 25% UO	<b>Ref.: Personale</b> DMO SPS UUOO coinvolte
3.19	Programmazione annuale delle ferie	Riduzione dei giorni di ferie cumulati anno in corso+non goduto anni precedenti	≤ 5%	<b>Ref.: Personale</b> Tutte le UUOO
3.20	Gestione del percorso di valutazione della performance individuali	Trasparenza e condivisione dei criteri di valutazione	Almeno 1 incontro di UO verbalizzato	<b>Ref.: Personale</b> Tutte le UUOO
		Compilazione dei documenti di valutazione rispettando le scadenze	presente	
3.21	Rispetto dei vincoli economici in materia di personale come da DGRV 2864/2012	Spesa personale	Rispetto tetto di spesa	<b>Ref.: Personale</b>

**Argomento: spazi e tecnologie**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
3.22	Miglioramento dell'utilizzo degli ambulatori chirurgici	N° interventi in ambulatorio chirurgico	≥ 800 interventi annui per ambulatorio chirurgico	<b>Ref.: DMO</b> Area ambulatori chirurgici
3.23	Utilizzo a pieno regime delle attrezzature presenti presso il servizio per la Patologia della Riproduzione Umana in collaborazione con l'UOC Microbiologia	Aumento prestazioni in fatturazione	≥ 800.000 € rispetto all'anno 2012	<b>Ref.: Microbiologia</b> Serv per la Patologia della riproduzione umana, DMO

#### Obiettivo Strategico 4. Sviluppo e implementazione del sistema di programmazione e controllo aziendale.

Argomento: avvio del sistema di programmazione aziendale

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
4.1	Predisposizione del Piano generale aziendale di gestione della logistica	Documento	Presente	Ref.: DIABS
4.2	Predisposizione del Piano Attuativo Locale	Documento	Presente	Ref.: <b>Controllo di Gestione</b> UUOO del Comitato di Budget
4.3	Predisposizione Atto aziendale	Documento	Presente	Ref.: DMO, Qualità, Personale, Serv Prof. Sanitarie, CdG
4.4	Predisposizione Piano Aziendale delle liste di attesa aggiornato	Documento	Presente	Ref.: DMO, SPS
4.5	Predisposizione piani di settore	Documento	Presente	Ref.: <b>UUOO Area Amministrativa e Sanitaria</b>
4.6	Predisposizione Piano della Performance	Documento	Presente	Ref.: <b>Personale</b> CdG
4.7	Predisposizione Piano triennale di prevenzione della Corruzione	Documento	Presente	Ref.: <b>Affari Legali</b> Economico Patrimoniale, Internal Audit
4.8	Predisposizione programma in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi (l. 241/90 e aggiornamenti)	Documento	Presente	Ref.: <b>Affari generali</b>
4.9	Predisposizione programma in materia di recupero crediti	Documento	Presente	Ref.: <b>Economico Patrimoniale</b>
4.10	Documento contenente programmazione gare beni e servizi	Documento	Presente	Ref: DIABS

<b>CodObiettivo</b>	<b>Obiettivo OPERATIVO</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia 2013</b>	<b>Unità di budget</b>
4.11	Piano degli investimenti	Documento	Presente	<b>Ref: CDG,</b> DMO, Tecnico, Ingegneria Clinica,
4.12	Manovra sul personale: predisposizione documento di programmazione	Documento	Presente	<b>Ref: Personale,</b> <b>DMO</b>
4.13	Predisposizione Piano Triennale per la Trasparenza	Documento	Presente	<b>Ref: Amm. Affari</b> <b>Generali</b> IT, URP
4.14	Adeguamento Regolamento per gli incarichi extraistituzionali di cui all'art. 53 del DLgs 165/2001	Revisione regolamento	Presente	<b>Ref: Incarichi</b> <b>Professionali e</b> <b>attività</b> <b>extraistituzionali</b>
4.15	Predisposizione Nuovo Regolamento Spese in economia	Predisposizione regolamento	Presente	<b>Ref: Logistica e</b> <b>serv alberghieri</b>
4.16	Predisposizione Regolamento Incarichi Legali	Predisposizione regolamento	Presente	<b>Ref: Legale e</b> <b>Assicurazione</b>

## Obiettivo Strategico 5. Miglioramento dell'accessibilità ai servizi e della soddisfazione dell'utenza.

### Argomento: accessibilità ai servizi

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
5.1	Rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero	Rispetto degli indicatori previsti dalla DGR 600/07	Valore fissato dalla DGR 600/07 e successive integrazioni (DGRV 3140/2369)	<b>Ref.: DMO</b>
5.2	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	Chirurgie: N° pazienti che riferiscono dolore <= 3 (NRS) nelle 48/72 ore post operatorie	aumento 5%/anno paz. con NRS <=3 nelle 48/72 ore post operatorie (monitoraggio a campione 1 volta anno)	<b>Ref.: UVTA</b> area chirurgica, SPS, Qualità
5.3	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	Medicine: N° pazienti che riferiscono riduzione dolore nelle 48 ore successive al ricovero	riduzione 5% dell'intensità NRS rilevata all'ingresso (monitoraggio a campione 1 volta anno)	<b>Ref.: UVTA</b> area medica (esclusa psichiatria), SPS, Qualità
5.4	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	Pediatria: N° bambini a cui viene misurato il dolore almeno 1 volta al giorno durante tutto il ricovero con scala adeguata all'età	80% (monitoraggio a campione 1 volta anno)	<b>Ref.: UVTA</b> area pediatrica, SPS, Qualità
5.5	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	TIPO: N° pazienti su scala NRS <= 3 e scala CCPOT <= 2	aumento 5%/anno paz. con NRS <3 e CCPOT <2 nelle 48/72 ore (monitoraggio a campione 1 volta anno)	<b>Ref.: UVTA</b> area terapie intensive, SPS, Qualità
5.6	Ridurre N° pazienti con dolore "inutile"	PS: N° pazienti che afferiscono all'area verde a cui viene misurato il dolore all'ingresso, durante l'attesa e alla dimissione	rilevazione su almeno 80% dei pazienti che afferiscono all'area verde (a partire da II semestre)	<b>Ref.: UVTA</b> PS, SPS, Qualità

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
5.7	Aumentare il consumo di farmaci per il trattamento del dolore	utilizzo oppiacei forti(escl. Metadone e prod. Trans dermici) e riduzione ketoralac per via parenterale	oppiacei forti (escl. Metadone e prod. Trans dermici) >5% - ketoralac per via parenterale <5% rispetto anno prec.	<b>Ref.: UVTA</b> area medica e chirurgica di degenza (no pediatria e PS) SPS, Farmacia, Qualità
5.8	Riduzione esami che non vanno a buon fine	N° colonscopie che non vanno a buon fine/ totale casi (campionamento a fine anno)	≤5%	<b>Ref.: UVTA</b> Piastre endoscopiche SPS
5.9	Monitoraggio qualità percepita	Azione di miglioramento e/o correttiva	≥ 1	<b>Ref.: URP</b> tutte le UUOO
5.10	Revisione complessiva spazi/ristrutturazioni ospedale	Predisposizione documento	Documento presente	<b>Ref. DMO,</b> Tecnico

**Argomento: soddisfazione dell'utenza**

<b>CodObiettivo</b>	<b>Obiettivo OPERATIVO</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia 2013</b>	<b>Unità di budget</b>
5.11	Avere Carta dei Servizi completa o, almeno, Carta di Accoglienza	Carta dei Servizi	Presente	<b>Ref.: URP</b> rivolto a quelle UUOO senza CdS
5.12	Avere Carta dei Servizi completa o, almeno, Carta di Accoglienza	Carta di Accoglienza	Presente	<b>Ref.: URP</b> rivolto a quelle UUOO senza CdA
5.13	Avere Carta dei Servizi completa o, almeno, Carta di Accoglienza	Aggiornamento Carta dei Servizi e Carta di Accoglienza	Aggiornamento documentazione	<b>Ref.: URP</b> rivolto a quelle con CdS e CdA
5.14	Monitoraggio qualità percepita	Grado complessivo di soddisfazione dell'utenza	≥ 77%	<b>Ref.: URP</b> rivolto a tutte le UUOO
5.15	Applicazione regolamento sul sostegno ai malati da parte dei familiari e/o persone delegate	Invio rendicontazione mensile delle presenze dalle UUOO all'URP	Invio mensile dell'elenco delle presenze esterne in UUOO	<b>Ref.: URP</b> Tutte le UUOO sanitarie
5.16	Mantenimento tempi di risposta dei Direttori alle segnalazioni di reclamo (standard 20gg)	% risposte al reclamo entro 20 gg / totale risposte al reclamo trasmesse	almeno 80% risposte al reclamo entro i 20 gg	<b>Ref.: Tutte le UUOO</b> URP
5.17	Riduzione tempo complessivo di risposta all'utenza sui reclami	% risposte al reclamo entro 90 gg / totale risposte al reclamo trasmesse	≥ 80% risposte al reclamo entro i 90 gg (ultimo mese)	<b>Ref.: URP</b> DMO
5.18	Realizzazione di video tutoriali su semplici manovre assistenziali	N° video in rete	≥ 5	<b>Ref.: SPS</b> Riabilitazione Ortopedica, IT

**Obiettivo Strategico 6. Sostegno all'innovazione e alla ricerca.****Argomento: farmaci e dispositivi medici**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
6.1	Revisione della procedura per la programmazione, richiesta e autorizzazione per l'acquisto di dispositivi medici ad alto costo	revisione della procedura	Applicazione della nuova procedura	<b>Ref.: UVTA</b> Cardiologia Neuroradiologia Cardiochirurgia Chirurgia vascolare
6.2	Quantità di farmaco registrata nei registri AIFA rispetto alle quantità erogate alle UUOO	%farmaco dispensata in base ai registri, rispetto alla quantità consegnata alle UO relativamente alle indicazioni terapeutiche che sono soggette a registrazione AIFA	98%	<b>Ref.: Farmacia</b> Ematologia, Chirurgia epatobiliare, Gastroenterologia, Oncoematologia
6.3	Completa registrazione dei dati pazienti nelle schede del registro AIFA	%pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati rispetto al numero totale di pazienti	100%	<b>Ref.: Farmacia</b> Ematologia, Chirurgia epatobiliare, gastroenterologia, oncoematologia
6.4	Compilazione schede AIFA completa al fine della condivisione del rischio ( risk sharing-payment by result )	%pazienti con schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti per i farmaci sottoposti a procedura AIFA di condivisione del rischio	100%	<b>Ref.: Farmacia</b> Ematologia, Chirurgia epatobiliare, gastroenterologia, oncoematologia
6.5	Compilazione del registro TAVI	%pazienti registrati nel portale regionale rispetto alle valvole acquistate	100%	<b>Ref.: Farmacia</b> Cardiochirurgia, Cardiologia
6.6	Compilazione delle schede di monitoraggio clinico dei pazienti sottoposti a trattamento con medicinali inseriti nella legge 648	Per i medicinali distribuiti a domicilio: % ricette spedite dalla Distribuzione Diretta rispetto al numero di schede di monitoraggio inviate alla Regione	100%	<b>Ref.: Farmacia</b> tutte le UO che prescrivono farmaci erogabili ai sensi della Legge 648/96 e sentire DMO per organizzazione delle carte
6.7	Revisione della procedura per la richiesta e utilizzazione di farmaci offlabel	Nuova Procedura	Applicazione della nuova procedura	<b>Ref.: Farmacia</b> DMO Controllo di Gestione
6.8	predisporre linee guida per utilizzo poliuso in laparoscopia TROCAR	stesura linee guida	riduzione 5% del dispositivo rispetto anno 2012	<b>Ref.: UVTA</b> area chirurgica
6.9	Revisione del modello organizzativo della Ricerca clinica e della gestione dei Progetti Finanziati	Nuovo modello organizzativo	Applicazione del nuovo modello	<b>Ref.: NRC,</b> DMO, Farmacia, Controllo di Gestione, Lib. Prof. Formazione Internal Audit



**Argomento: rapporti con l'Università**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
6.10	Definizione del Piano di attivazione Torre della Ricerca ai sensi delle programmazioni esistenti e approvate	Piano di attivazione	Documento presente	<b>Ref.: DMO</b> Serv. Tecnico, Logistica e serv Alberghieri, Ingegneria Clinica,
6.11	Implementazione delle azioni propedeutiche al trasferimento delle attività di ricerca e assistenza presso il Complesso Pietro D'Abano di via Orus	Predisposizione gare arredi e Predisposizione interventi strutturali	Avvio gara e Interventi strutturali	<b>Ref.: DMO</b> Serv. Tecnico, Logistica e serv Alberghieri,
6.12	Rivalutazione delle percentuali di attribuzione dei costi di gestione delle apparecchiature sanitarie universitarie utilizzate anche a fini assistenziali	Elenco apparecchiature sanitarie universitarie utilizzate anche a fini assistenziali con definizione percentuale di utilizzo a fini assistenziali	Presente	<b>Ref.: Ingegneria clinica</b> Qualità, DMO
6.13	Condivisione di linee comuni per la rilevazione delle presenze/ attività del personale universitario	Attivazione gruppo di lavoro	Avvio	<b>Ref.: DMO</b> Qualità, Libe.prof. e marketing, Personale

**Obiettivo Strategico 7. Governo del rischio.****Argomento: sicurezza del paziente**

<b>CodObiettivo</b>	<b>Obiettivo OPERATIVO</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia 2013</b>	<b>Unità di budget</b>
7.1	Adozione scheda di Conley per identificare i pazienti a rischio di caduta	Presenza della scheda all'interno della documentazione clinico assistenziale	100% pazienti che possiedono i criteri di inclusione	<b>Ref.: DMO</b> UUOO sanitarie SPS
7.2	Adozione scheda unica terapia	Utilizzo della scheda all'interno nella documentazione clinico assistenziale per tutti i pazienti	≥ 50% ricoveri	<b>Ref.: DMO</b> UUOO sanitarie SPS
7.3	Applicazione buone pratiche per la prevenzione delle infezioni legate all'assistenza / lavaggio mani	litri di gel alcolico/ 1000 giornate paziente	incremento 20% consumo di l. di gel alcolico x 1000 gg rispetto anno precedente	<b>Ref.: DMO</b> Area degenza, TIPO SPS
7.4	Applicazione checklist di sala operatoria	Utilizzo della scheda all'interno nella documentazione clinico-assistenziale per tutti i pazienti	70% ricoveri	<b>Ref.: DMO</b> Area chirurgica SPS
7.5	Partecipazione allo studio di prevalenza lesioni da pressione e infezioni ospedaliere	% dipendenti che partecipano allo studio	100% dei dipendenti	<b>Ref.: DMO</b> Area medica- chirurgica SPS
7.6	Avvio e stesura schede informative di accompagnamento al consenso all'atto sanitario	Almeno due schede informative per UO	≥ 10% UUOO	<b>Ref.: DMO</b> UUOO sanitarie SPS

**Argomento: rischio amministrativo contabile**

CodObiettivo	Obiettivo OPERATIVO	Indicatore	Valore soglia 2013	Unità di budget
7.7	Assicurare a livello organizzativo e informatico la segregazione dei compiti del personale	Esito controllo tra esistente e desiderato	Esistente=desiderato per tutti i profili	<b>Ref.: Personale</b> Internal audit
7.8	Revisione procedure LP	Revisione procedura	Procedura rivista	<b>Ref.: Libera professione e Marketing</b> Internal audit, DMO, SPS, Controllo di Gestione
7.9	Predisposizione procedura richiesta di prestazioni da UO aziendali verso enti terzi (fatturazione passiva)	Predisposizione procedura	Procedura presente	<b>Ref.: Direz. Amm. Presidio</b> Economico patrimoniale, DMO, Internal audit
7.10	Analisi e riduzione del rischio nel processo prioritario "fatturazione attiva ad enti" delle prestazioni ambulatoriali in attività istituzionale	Indice di rischio	Indice di rischio < 120	<b>Ref. DMO, IT, Economico patrimoniale, Direz.</b> Amministrativa di presidio, Internal Audit
7.11	Analisi e riduzione del rischio nel processo prioritario "Acquisizione dei contributi vincolati"	Predisposizione studio completo	Studio presente	<b>Ref. Libera professione e marketing</b> Economico patrimoniale, Internal Audit
7.12	Acquisto di prestazioni sanitarie da personale dipendente	Procedura	Procedura presente	<b>Ref. DMO</b> Libera professione e marketing, Personale, SPS, Internal Audit
7.13	Espletamento delle procedure finalizzate alla scelta del contraente e alla formalizzazione del contratto (procedura di gara, trattative etc..) relativamente a beni, servizi, outsourcing	Approvazione del documento di programmazione di dettaglio	Definizione Documento di programmazione di dettaglio	<b>Ref. DIABS</b> Internal Audit
7.14	Esecuzione del contratto relativo alla acquisizione di beni, servizi e outsourcing (dalla emissione dell'ordine di acquisto alla liquidazione delle fatture al fornitore) - gestione dei servizi esternalizzati	Procedura	Avvio Procedura	<b>Ref. DIABS</b> Internal Audit
7.15	Manutenzione di edifici e impianti	Procedura	Avvio Procedura	<b>Ref. Tecnico</b> Internal Audit
7.16	Progettazione e realizzazione di edifici e impianti	Procedura	Avvio Procedura	<b>Ref. Tecnico</b> Internal Audit
7.17	Cessione di beni a terzi	Procedura	Avvio Procedura	<b>Ref. Economico patrimoniale, DIABS</b> Internal Audit
7.18	Governo delle sperimentazioni cliniche	Indice di rischio	Indice di rischio =< 40	<b>Ref. Personale,</b> Internal Audit

## **ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

La presente deliberazione è stata pubblicata in copia all'Albo di questa Azienda Ospedaliera di Padova per 15 giorni consecutivi dal

**Il Direttore**

**S.C. AMMINISTRAZIONE E AFFARI GENERALI**

**(Dott.ssa Maria Camilla Boato)**

---

## **CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 09/05/2013

**Il Direttore**

**S.C. AMMINISTRAZIONE E AFFARI GENERALI**

**(Dott.ssa Maria Camilla Boato)**

---

Copia composta di n°44 fogli ( incluso il presente ) della delibera n. 420 del 09/05/2013 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

**Il Direttore**

**S.C. AMMINISTRAZIONE E AFFARI GENERALI**

**(Dott.ssa Maria Camilla Boato)**

---