ALLEGATOA alla Dgr n. 3140 del 14 dicembre 2010

ALLEGATOA alla Dgr n. 3140 del 14 dicembre 2010

ALLEGATOA alla Dgr n. 3140 del 14 dicembre 2010

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9^ legislatura

ALLEGATO A

Nel presente documento vengono dettagliati gli indicatori selezionati al fine di misurare il perseguimento degli obiettivi generali di salute e di funzionamento dei servizi previsti dai LEA e dai documenti regionali di programmazione, con particolare riferimento agli obiettivi previsti dalla DGR 600/2007 in relazione al rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

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.

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	
	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. Fonti: Modello La (dati eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico.
	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	SI	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	SI	L'Atto aziendale dovrà essere registrato all'interno del software regionale che verrà predisposto.
	A.5	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DGR 600/2007	Attivazione delle procedure connesse all'attivazione della check list (SI/NO)	SI entro il 31/3/2011	SI	
			Percentuale di prestazioni erogate nei tempi di attesa previsti dalla DGR 600/2007	Classe A 90%; classe B 80%; classe C 100%	Classe A 90%; classe B 80%; 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 (di cui 0,8 relative alla classe B)	
	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. Fonti: Modello La (dati eventualmente rettificati dei costi sostenuti in conto terzi o direttamente finanziati) e Conto Economico.
	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	
	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 145,00	La pesatura viene effettuata sulla base del peso regionale della spesa per fascia di età.
	A.10	Elaborazione del Piano attuativo locale delle Cure Primarie	Presenza della delibera del Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie (SI/NO)	SI	SI	
	A.11	Aggiornamento del Patto Aziendale	Aggiornamento del Patto Aziendale, in relazione agli obiettivi di governo del sistema del presente deliberato, con particolare riferimento all'attività dei distretti (SI/NO)	SI	SI	
Area Sanitaria	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% colorettale	60% citologico; 80% mammografico 65% colorettale	
	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 de! 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.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 utiizzo del software per la gestione delle liste (SI/NO)	SI	SI	
			Invio del flusso nei tempi stabiliti dalle competenti strutture regionali attraverso l'emanazione 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	
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**
Area Sanitaria	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%	

AZIENDE ULSS, AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA, AZIENDA OSPEDALIERA INTEGRATA DI VERONA E IRCCS "IOV"						
Area Amministrativa	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	Dall'1 gennaio 2011 per tutte le gare sopra soglia comunitaria dall'1 giugno 2011 per tutte le gare sopra e sotto soglia comunitaria
	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
	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.4	Analisi, anche retrospettiva, della composizione delle voci di bilancio 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.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	

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.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 inappropriatezza" 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.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.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	