


 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	



# Documento Direttive 2012

*Treviso, 13.01.2012*



<b>REDATTO DA:</b> Elenco delle persone che hanno contribuito a redigere il presente documento	<b>VERIFICATO DA:</b> Elenco dei responsabili delle strutture incaricate alla verifica del documento	<b>APPROVATO DA:</b>
<i>Gianluigi Scannapieco</i>	<i>Direttore Sanitario</i>	<i>Direttore Generale</i>
<i>Chiara Favaro</i>	<i>Direttore Amministrativo</i>	
<i>Elisa Marcon</i>	<i>Direttore Servizi Sociali</i>	
<i>Laura Cadarin</i>	<i>Direttore Dipartimento Servizi Ospedalieri</i>	
<i>Annarita Furlanetto</i>	<i>Coordinatore dei Distretti Socio-sanitari</i>	
	<i>Direttore Dipartimento di Prevenzione</i>	

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

<b>1. ANALISI DEL CONTESTO .....</b>	<b>4</b>
<b>2. METODOLOGIA ADOTTATA .....</b>	<b>5</b>
<b>3. DESCRIZIONE DEGLI ELEMENTI DI INPUT .....</b>	<b>7</b>
<b>3.1 Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.....</b>	<b>7</b>
<b>3.2 Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3 Obiettivi Regionali 2011-2012.....</b>	<b>9</b>
<b>3.4 Piano Attuativo Locale 2010-2012.....</b>	<b>9</b>
<b>3.5 Piano di Zona 2011-2015 .....</b>	<b>10</b>
<b>3.6 Piano delle attività 2011-2012.....</b>	<b>10</b>
<b>3.7 Piano Aziendale Liste attesa .....</b>	<b>11</b>
<b>3.8 Esito della visita di accreditamento Accreditation Canada.....</b>	<b>12</b>
<b>3.9 Prescrizioni requisiti accreditamento istituzionale (LR 22) .....</b>	<b>13</b>
<b>3.10 Analisi dei dati aziendali .....</b>	<b>13</b>
<b>3.11 Indicatori di outcome .....</b>	<b>13</b>
<b>3.12 Progetti aziendali 2011 .....</b>	<b>14</b>
<b>3.13 Punto di vista dell'utenza.....</b>	<b>15</b>
<b>3.14 Analisi del benessere organizzativo.....</b>	<b>19</b>
<b>4. DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI.....</b>	<b>20</b>
<b>OBIETTIVO STRATEGICO N. 1.....</b>	<b>20</b>
<b>OBIETTIVO STRATEGICO N. 2.....</b>	<b>25</b>

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

<b>OBIETTIVO STRATEGICO N. 3.....</b>	<b>27</b>
<b>OBIETTIVO STRATEGICO N. 4.....</b>	<b>28</b>
<b>OBIETTIVO STRATEGICO N. 5.....</b>	<b>38</b>
<b>5. OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 1° TRIMESTRE 2012.....</b>	<b>39</b>
<b>6. I PROGETTI DELLA DIREZIONE .....</b>	<b>40</b>
<b>6.1 CITTADELLA DELLA SALUTE .....</b>	<b>40</b>
<b>6.2 PROGETTO OSCAR – OSPEDALE SENZA CARTA.....</b>	<b>40</b>
<b>6.3 PROGETTO CURA .....</b>	<b>41</b>
<b>6.4 PROGETTO “Q.MENTUM” .....</b>	<b>42</b>
<b>7. ALLEGATO .....</b>	<b>43</b>
<b>8. GLOSSARIO .....</b>	<b>47</b>

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	



## 1. ANALISI DEL CONTESTO

Come negli anni scorsi, anche per il 2012 la programmazione aziendale fa riferimento innanzitutto al Piano Attuativo Locale (PAL) 2010-2012. Questo documento di programmazione triennale, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1.417 del 24/12/2009, ha ripreso i tre principi fondamentali dell’Azienda (centralità del paziente, unicità dell’Azienda e approccio multiprofessionale) puntando l’attenzione soprattutto sulla centralità della *persona* come attore informato e responsabilizzato sulle scelte che riguardano la sua salute. “La salute, costruiamola insieme” è infatti diventato il motivo conduttore della programmazione e delle scelte dell’Azienda ULSS 9 di Treviso e conferma la volontà aziendale di riservare particolare attenzione agli stakeholders aziendali, come anche ai propri collaboratori.

Nel PAL, sulla base di questi principi, sono stati definiti gli obiettivi strategici dell’Azienda da perseguire nel triennio 2010-2012 e gli obiettivi operativi relativi ai singoli anni. Con il presente Documento di Direttive vengono definiti gli obiettivi operativi per l’anno 2012 facendo riferimento alle indicazioni del PAL 2010-2012, aggiornandoli nell’ottica di una programmazione flessibile e coerente con le dinamiche mutevoli della realtà sanitaria e sociale.

Per quanto riguarda il contesto extra-azienda, non si può prescindere dal considerare il periodo di grave crisi economica che stanno attraversando l’Italia e l’Europa, con le inevitabili ricadute negative sul Sistema sanitario nazionale e regionale. In tal senso la Regione Veneto ha posto particolare attenzione al contenimento dei costi e all’equilibrio di bilancio delle Aziende ULSS (DGRV n. 1106 del 26/07/11 “Azioni di riequilibrio economico in applicazione del Patto per la Salute del 28 settembre 2006, ai sensi del DL 6 luglio 2011 n.98 convertito con modificazione dalla legge 15 luglio 2011, n.111”).

Nel corso del 2011 vi sono state importanti novità nell’ambito della programmazione nazionale e regionale. A livello nazionale è in fase di approvazione il nuovo PSN 2011-2013 (il 22/09/2011 è stato approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni). A livello regionale, dopo molti anni è stato finalmente approvato dalla Giunta Regionale il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale ed è diventato Disegno di Legge 15 del 26/07/2011, attualmente al vaglio della V Commissione Consiliare, in attesa di essere convertito in Legge Regionale dal Consiglio Regionale del Veneto. Si tratta di una tappa fondamentale per ridisegnare il Sistema Socio-Sanitario del Veneto, cui seguiranno una serie di delibere attuative: la prima è stata la DGR 1666 del 18/10/2011 “Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della DGR n. 41 del 18/01/2011 – medicina generale”, che ridisegna il modello di assistenza territoriale, mentre è in corso di analisi la definizione delle nuove “schede ospedaliere” che renderanno operativo il riassetto del sistema ospedaliero regionale previsto dal nuovo PSSR. Va infine ricordato che, con DGR 3140 del 14/12/2010 “Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all’Azienda Ospedaliera di Padova e all’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all’IRCCS Istituto Oncologico Veneto, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all’art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995” sono stati definiti gli obiettivi aziendali per il 2011 e il

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

2012 che rappresentano la base della programmazione aziendale e del percorso di budget anche per il 2012. Con DGR 2369 del 29/12/2011 “Integrazione obiettivi per l’anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all’Azienda Ospedaliera di Padova, all’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all’IRCCS “Istituto Oncologico Veneto”, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all’art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995” la Regione Veneto ha integrato e ridefinito gli obiettivi, gli indicatori e le soglie per l’anno 2012. Tale DGR è stata integralmente recepita in questa nuova versione del Documento Direttive 2012.

Nel 2011 si è completato il percorso dell’accreditamento istituzionale (LR 22/2002): dal 3 al 7 ottobre 2011 si è svolta la visita di accreditamento dei valutatori regionali e siamo in attesa del report della visita. Nel corso del 2012 verranno sviluppate le raccomandazioni per il miglioramento derivanti dall’attività di valutazione.



Va infine sottolineato come anche quest’anno la programmazione aziendale conferma l’importanza che l’Azienda attribuisce all’innovazione in ambito clinico, gestionale e tecnologico-informatico, coerentemente con la vision aziendale, nonché il collegamento con la formazione come leva strategica fondamentale per gestire il cambiamento.

## 2. METODOLOGIA ADOTTATA

Il Documento di Direttive è il principale strumento di programmazione annuale aziendale: per la sua stesura la Direzione Strategica, con il supporto della UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione, ha raccolto una serie di elementi di input interni ed esterni all’Azienda al fine di definire obiettivi operativi coerenti con il contesto nel quale l’Azienda si inserisce.

In attesa delle disposizioni regionali relative al D. Lgs. 150/2009, il presente documento rappresenta anche una prima applicazione del Piano delle Performance.

Il Documento di Direttive 2012 contiene gli obiettivi operativi dell’anno che discendono dal PAL 2010-2012: nel loro insieme, costituiscono il piano annuale che, una volta attuato, permetterà di raggiungere i risultati auspicati, misurati attraverso appositi indicatori. Per ciascun obiettivo operativo sono stati individuati quindi gli indicatori da monitorare per la valutazione del raggiungimento dell’obiettivo stesso, i relativi valori soglia, le Strutture Operative e le UOC/UOSD interessate; va sottolineato che l’elencazione delle UOC individuate non è esaustiva e può essere modificata/implementata in sede di individuazione degli obiettivi di budget. In generale, l’UOC indicata per prima è quella che ha la responsabilità più diretta relativamente all’attività indicata.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

### Obiettivo Strategico

Obiettivo operativo 2012	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
Definizione dell'obiettivo per l'anno 2012	Modalità di misurazione del raggiungimento dell'obiettivo	Valore da raggiungere	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospedale</li> <li>• Distretti</li> <li>• Dip. Prevenzione</li> <li>• Servizi Sociali</li> <li>• Servizi Amm. e Tecnici</li> </ul>	Declinazione per singola UOC (quando possibile) come input per il budget



Tale approccio metodologico ci aiuta a collocare le azioni da intraprendere nel processo interessato dallo sviluppo delle attività e anche ad individuare il livello di responsabilità con l'identificazione delle strutture organizzative interessate.

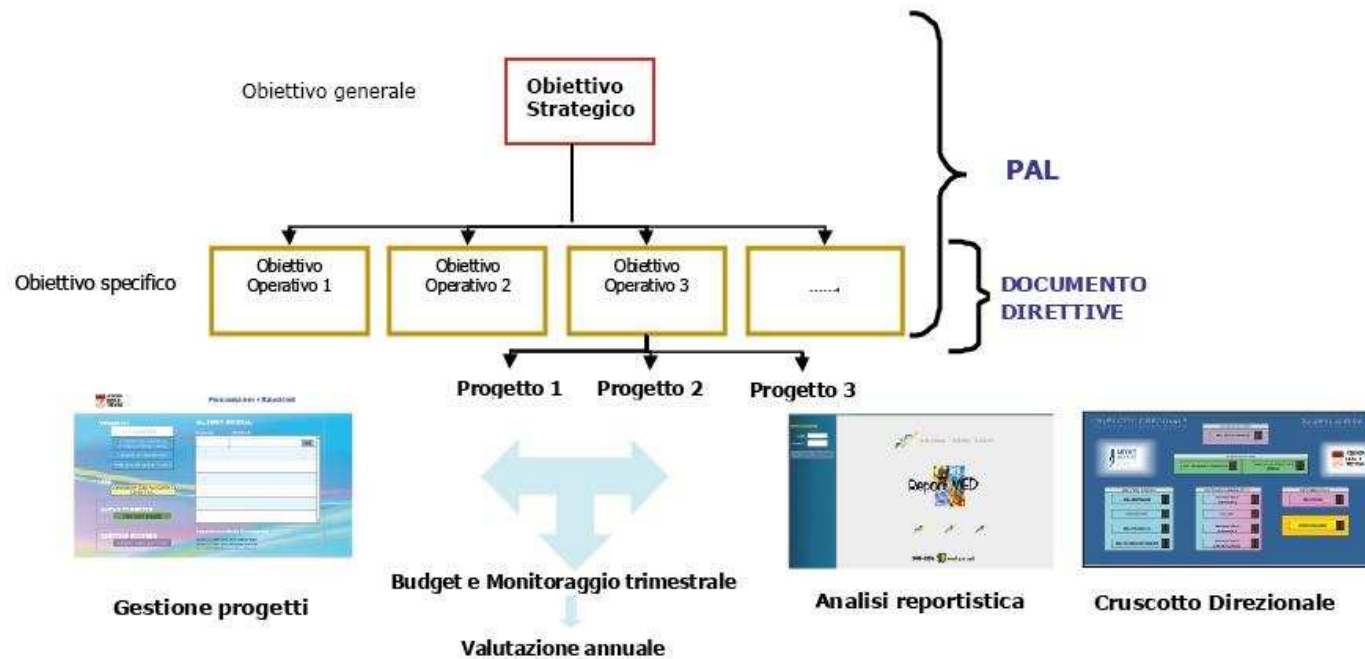
Obiettivo finale del Documento di Direttive è quindi quello di rappresentare una guida pratica e immediatamente comprensibile per coordinare e convogliare la progettualità bottom up verso gli obiettivi aziendali, evitando inutili dispersioni di risorse in ambiti non prioritari e nello stesso tempo rappresenta una base pratica per avviare il percorso del budget 2012, proponendosi come un vero e proprio "manuale" per il budget.

Il monitoraggio del Documento, analizzato dalla Direzione Strategica con cadenza trimestrale, avverrà valutando:

- l'andamento di opportuni indicatori aziendali contenuti nel Cruscotto direzionale, nei Cruscotti di Struttura Operativa e nei report di UOC/UOSD;
- lo stato di avanzamento dei progetti.

Di seguito viene riassunto l'intero percorso della programmazione aziendale, dagli obiettivi strategici del PAL, al budget e al monitoraggio:

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 7 / 47





### 3. DESCRIZIONE DEGLI ELEMENTI DI INPUT

#### 3.1 Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

Il 22/09/2011 è stata approvata dalla Conferenza Unificata la bozza del Piano: manca quindi solo l'approvazione del Consiglio dei Ministri. Il PSN rappresenta lo strumento di definizione delle macro linee di indirizzo della programmazione sanitaria.

Il PSN pone come macro obiettivo del Sistema Sanitario Nazionale la promozione della salute dei cittadini, in particolare la promozione del benessere e della salute dei cittadini e delle comunità nella consapevolezza che la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 8 / 47

Obiettivi specifici sono:



- valorizzare gli elementi di eccellenza del servizio sanitario e investire in settori strategici quali la prevenzione, le nuove tecnologie, i sistemi informatici e informativi, la clinical governance e la sicurezza delle cure, la ricerca e le innovazioni mediche;
- affrontare le criticità del sistema, con particolare attenzione al recupero di efficienza e di appropriatezza e al miglioramento della qualità percepita da parte dei cittadini, in un quadro di sostenibilità.

### 3.2 Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014

I principi fondamentali del Piano Socio Sanitario Regionale sono:

- universalità e equità;
- umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria:
  - sperimentazione dello Sportello Unico;
  - sviluppo di strumenti di comunicazione ai cittadini (carta dei servizi, siti web, bollettini periodici);
  - promozione di progetti di formazione per gli operatori;
  - sviluppo di un'attività di psicologia clinica ospedaliera;
- integrazione socio-sanitaria:
  - Comuni come enti di programmazione ed attuazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
  - Distretti come snodo cruciale sul territorio;
- integrazione ospedale-territorio:
  - ammissione e dimissione protetta (case manager infermieristico, istituzione di un Coordinamento per la pianificazione e organizzazione delle attività Ospedale-Territorio);
  - diffusione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
  - sistemi informativi integrati a supporto dell'integrazione professionale;
  - obiettivi trasversali per il budget dell'Ospedale e per il budget del Territorio;
  - Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) e Progetto Assistenziale Individualizzato.

Il PSSR intende essere un patto con la Comunità Locale: si evidenzia l'importanza di individuare forme di concertazione con le organizzazioni sindacali e la rilevanza dello sviluppo dei rapporti con associazioni di volontariato.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 9 / 47

Le principali novità relative all'organizzazione del Sistema Sanitario regionale sono:

- Assistenza territoriale: Distretto Socio-Sanitario “forte”, luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo, con funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione;
- Assistenza ospedaliera: rete ospedaliera su tre livelli:
  - Azienda Ospedaliera di Padova e Verona costituiscono strutture di riferimento nazionale;
  - Ospedali di riferimento generalmente identificati con gli ospedali dei capoluoghi di Provincia costituiscono centri hub a livello sovra-aziendale;
  - Ospedali di rete, centri spoke con un bacino di circa 200.000 abitanti.



### 3.3 Obiettivi Regionali 2011-2012

Con DGR n. 3140 del 14/12/2010 “Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all’Azienda Ospedaliera di Padova e all’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all’IRCCS Istituto Oncologico Veneto, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all’art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995” sono stati individuati i nuovi obiettivi aziendali per il biennio 2011-2012, suddivisi in tre aree: Sanitaria, Informatica e Amministrativa. Con DGR 2369 del 29/12/2011 “Integrazione obiettivi per l’anno 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all’Azienda Ospedaliera di Padova, all’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all’IRCCS “Istituto Oncologico Veneto”, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all’art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995” la Regione Veneto ha integrato e ridefinito gli obiettivi, gli indicatori e le soglie per l’anno 2012.

Il Documento Direttive 2012 recepisce al suo interno gli obiettivi regionali, evidenziandoli chiaramente, in quanto prioritari per la definizione degli obiettivi di budget delle singole UOC/UOSD, e declinandoli nella realtà aziendale come obiettivi operativi all’interno dei cinque obiettivi strategici aziendali.

### 3.4 Piano Attuativo Locale 2010-2012

Nel PAL 2010-2012 sono indicati gli obiettivi strategici per il triennio e gli obiettivi operativi distinti nei vari anni. Per una descrizione dettagliata si rimanda al PAL 2010-2012, disponibile sul sito intranet aziendale (L’Azienda>Documenti di Programmazione) o sul sito web aziendale [www.ulss.tv.it](http://www.ulss.tv.it).

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

### 3.5 Piano di Zona 2011-2015

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1417 del 26/11/2010 e successiva Deliberazione n.775 del 21/07/2011 è stato approvato il Piano di Zona 2011-2015. In data 26/09/11, con il Decreto del Dirigente Regionale della Direzione Servizi Sociali n.228, è stato ottenuto il visto di congruità del Piano di Zona della nostra Azienda.



Il Piano di Zona si configura come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Attraverso il Piano di Zona si programmano la distribuzione e l'allocazione dei fondi, coerentemente con i vincoli e le risorse stabilite su base regionale e che i diversi attori possono mettere a disposizione, nonché tutti gli interventi sociali e sociosanitari del territorio.

Il Piano di Zona persegue le finalità di:

- promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;
- favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;
- favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione;
- favorire la piena integrazione tra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- sostenere e facilitare il governo dell'integrazione sociosanitaria;
- garantire la sostenibilità della programmazione e degli interventi. A tale proposito le azioni previste nel Piano di Zona 2011-2015 verranno attuate compatibilmente all'effettiva disponibilità di risorse umane, materiali ed economiche, finanziate dai soggetti istituzionali preposti (Stato, Regione, ULSS, Comuni, partecipazione utenti) e messe in campo dai diversi attori coinvolti nella realizzazione dello Piano.

### 3.6 Piano delle attività 2011-2012

La DGRV 3140 del 14/12/2010 "Assegnazione obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Aziende ULSS del Veneto, all'Azienda Ospedaliera di Padova e all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3-bis, c. 5, del D.Lgs. 502/1992 e all'art. 1, c. 5, del DPCM 502/1995" definisce gli obiettivi delle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto per il biennio 2011-2012 e prevede che ciascuna Azienda predisponga un Piano biennale di attività da realizzare in modalità concordate

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 11 / 47



con la Segreteria regionale per la Sanità, la quale provvederà a monitorare, anche a fasi intermedie, le attività delle medesime Aziende. E' previsto inoltre che gli obiettivi siano oggetto di una più dettagliata articolazione ed analisi attraverso schede nelle quali saranno ulteriormente specificati gli indicatori ed i valori puntuali. Il Piano è stato predisposto e inviato in Regione con lettera prot. n. 4.137 del 14/01/2011.

### 3.7 Piano Aziendale Liste attesa

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 854 del 18/08/2011 è stato approvato il piano aziendale delle liste d'attesa come richiesto dalla Regione con DGRV 863/2011 (Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa). Preso atto degli obiettivi posti alle aziende dalla DGR 863/2011, l'Azienda ULSS 9 si impegna a:

- garantire al 31/12/2011 e al 30/6/2012 i tempi massimi d'attesa previsti dalla DGR 3140/2010 per quelle prestazioni ambulatoriali dell'allegato A della DGR 863/2011 che sono coincidenti con quelle già presenti nella DGR 600/2007, ovvero:
  - pazienti codificati come classe Breve (A) - valore soglia 90%
  - pazienti codificati come classe Differibile (B) - valore soglia 80%
  - pazienti codificati come classe Programmabile (C) - valore soglia 100 %
- garantire entro il 31/12/2012, scadenza del biennio del presente PRGLA, il rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione di tutte le prestazioni di cui all'allegato A della DGR 863/2011 come di seguito indicato, ovvero:
  - pazienti codificati come classe Breve (A) - valore soglia 90%
  - pazienti codificati come classe Differibile (B) - valore soglia 90%
  - pazienti codificati come classe Programmabile (C) - valore soglia 100 %

Per quanto attiene ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) per le patologie/problemi indicati dal PNGLA, monitorati secondo la metodologia predisposta dall' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), i tempi massimi di svolgimento del percorso diagnostico e, rispettivamente, dell'attesa per il ricovero saranno garantiti ad almeno il 90% dei pazienti. Nei casi in cui la percentuale, sebbene superiore al 90%, fosse però inferiore al 100% il responsabile aziendale per le liste d'attesa attiverà, in collaborazione con la Direzione Sanitaria di presidio ed i referenti dello specifico PDT, le procedure di verifica dei dati, analisi delle possibili cause e rapida predisposizione di proposte finalizzate al raggiungimento effettivo del 100% di rispetto dei tempi massimi previsti.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 12 / 47

Relativamente ai tempi d'attesa per i ricoveri ospedalieri programmati, già attualmente risultano rispettati i tempi massimi previsti. L'Azienda si impegna comunque a garantire per i ricoveri elencati nell'allegato A della DGR 863/2011 il pieno rispetto degli obiettivi entro il 31/12/2012, ovvero:

- pazienti codificati come classe A - valore soglia 100%
- pazienti codificati come classe B - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe C - valore soglia 90%
- pazienti codificati come classe D - valore soglia 90%



Si proseguirà nel sistematico monitoraggio della situazione, prevedendo comunque il tempestivo intervento della Direzione Sanitaria ospedaliera e dei responsabili di UO nei casi in cui dovessero presentarsi delle criticità.

### **3.8 Esito della visita di accreditamento Accreditation Canada**

L'Azienda ULSS 9 adotta l'accreditamento di eccellenza come modello sistemico di gestione della qualità. L'applicazione del programma ha portato, nel 2007, al riconoscimento dell'accreditamento per l'Ospedale di Treviso - Oderzo e per il Servizio di Assistenza Domiciliare dei Distretti Socio-Sanitari e nel 2010 all'accreditamento per l'intera Azienda. Il progetto ha interessato complessivamente 533 professionisti dell'Azienda, organizzati in 23 team di accreditamento e 21 team POE.

A seguito della visita di accreditamento, avvenuta nel novembre 2010, Accreditation Canada ha elaborato un report contenente le azioni di miglioramento da sviluppare entro il 2013; la sintesi delle azioni è riportata in allegato. I principali ambiti di intervento emersi dalla fase di autovalutazione e confermati poi dai valutatori canadesi nel corso della visita di accreditamento, si possono così riassumere:

- migliorare l'approccio alla gestione del dolore per tutti gli assistiti;
- migliorare l'intervento a seguito dell'analisi degli eventi avversi;
- migliorare l'inserimento nella pratica delle migliori evidenze scientifiche;
- migliorare l'utilizzo di indicatori clinici;
- migliorare la compilazione della documentazione clinica in ambito territoriale;
- migliorare la pianificazione della dimissione anche attraverso la collaborazione con i partner del territorio in un ottica multi professionale.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

L'accreditamento di eccellenza ha permesso di ottenere una garanzia esterna della qualità dei processi e percorsi clinico-assistenziali, migliorare la capacità di lavorare per progetti e in modo multiprofessionale e trasversale, migliorare la sicurezza dell'assistito e la sensibilizzazione diffusa e costante dei professionisti sui temi della qualità e della sicurezza.

### 3.9 Prescrizioni requisiti accreditamento istituzionale (LR 22)

La Legge Regionale n. 22/2002 disciplina i percorsi di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, pubbliche e private, del Servizio Socio-sanitario Regionale.

L'Azienda ULSS 9 ha ricevuto il decreto di conferma dell'autorizzazione all'esercizio per le attività sanitarie e socio-sanitarie in data 26/11/2009. Successivamente, è stato avviato il progetto per lo sviluppo delle evidenze in risposta ai requisiti di accreditamento istituzionale e nel mese di ottobre 2011 si è svolta la visita da parte dei valutatori regionali, a seguito della quale sono emerse le seguenti aree di miglioramento:



- individuazione e monitoraggio di indicatori clinici di processo e di esito;
- elaborazione di un funzionigramma per ogni unità operativa che descriva la struttura organizzativa e le responsabilità delle diverse funzioni;
- elaborazione e applicazione di una procedura per l'affiancamento del personale medico di nuova acquisizione;
- miglioramento delle modalità di stesura, gestione, identificazione, rintracciabilità, archiviazione della documentazione di dipartimento/unità operativa (procedure, istruzioni operative, protocolli, modulistica).

### 3.10 Analisi dei dati aziendali

L'analisi degli indicatori monitorati nel cruscotto direzionale (aggiornati al 30/09/2011) e del loro andamento rispetto agli anni precedenti dimostra che l'Azienda sta progressivamente riducendo il tasso di ospedalizzazione, il numero di prestazioni specialistiche per residente, come pure la spesa farmaceutica territoriale coerentemente a quanto richiesto dagli Obiettivi Regionali (DGR n. 3140/2010). Resta alta l'attenzione sulla spesa farmaceutica ospedaliera e in particolare sulla spesa per i dispositivi medici.

### 3.11 Indicatori di outcome

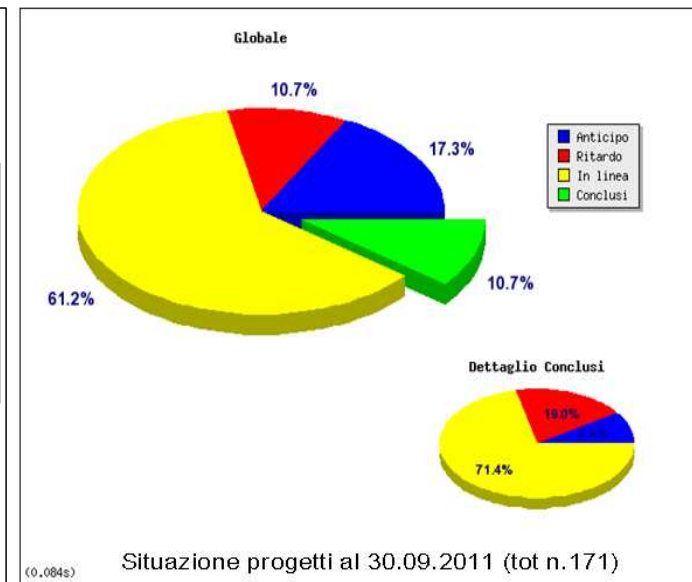
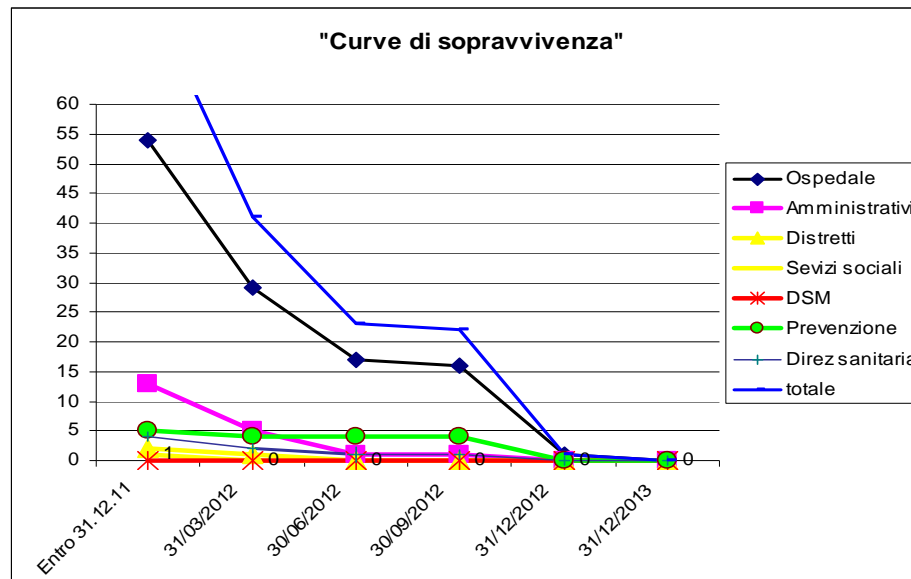
Tra gli elementi di input sono stati considerati anche gli indicatori di outcome contenuti nei seguenti documenti:



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 14 / 47

- Progetto Valutazione dell'Impatto sulla Salute delle Attività delle Aziende Sanitarie del Veneto VISA-2: progetto dell'ARSS, con la partecipazione della Conferenza dei Direttori Generali della Regione Veneto per la raccolta di dati su indicatori delle Aziende Sanitarie del Veneto;
  - Programma nazionale di Valutazione Esiti: programma di valutazione delle decisioni e delle attività sanitarie coordinato dall'Age.Na.S.
- Tali fonti informative hanno consentito il benchmark con le altre realtà regionali e nazionali.

### 3.12 Progetti aziendali 2011

Nella definizione dei nuovi progetti è fondamentale tener presente i progetti top down e i progetti attivi alla fine del 2011. Le "curve di sopravvivenza" dei progetti sotto riportate danno un'indicazione sulla chiusura attesa dei progetti: come si può vedere la maggioranza dei progetti attivi a fine 2011 tenderà a concludersi entro l'anno successivo.



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 15 / 47



Tenendo conto del fatto che stiamo entrando nell'anno conclusivo del mandato dell'attuale Direzione, è opportuno che nel corso del 2012 vengano avviati solo progetti che rispondano ai seguenti requisiti:

- siano utili (rispondano ad un reale bisogno);
- siano sostenibili;
- si concludano possibilmente entro il 31/12/2012.

Anche quest'anno viene infine confermato il forte legame fra l'attività programmatoria aziendale e la formazione del personale, nella convinzione che le due attività debbano andare di pari passo per potenziarsi reciprocamente e contribuire all'ottimizzazione delle risorse e al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

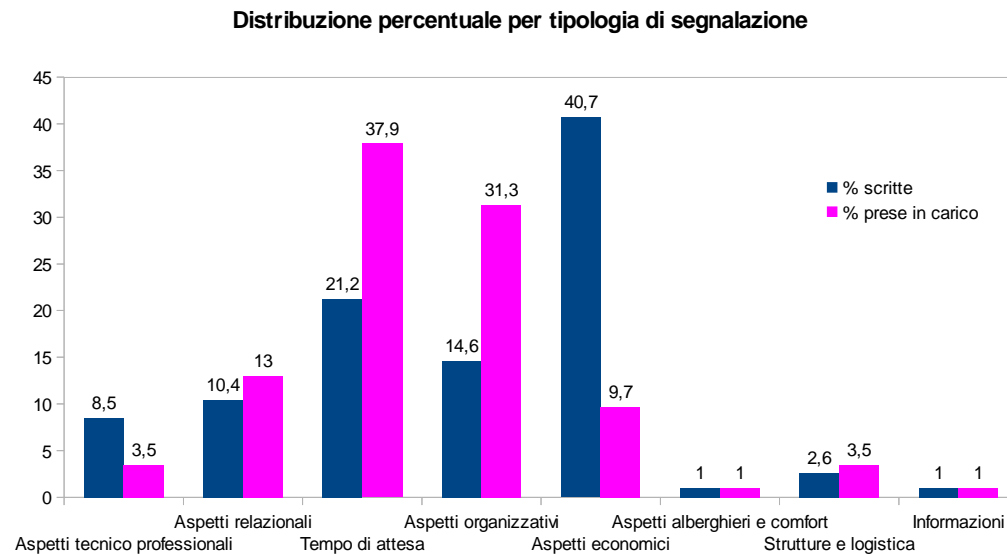
### **3.13 Punto di vista dell'utenza**

Dall'attività istituzionale di tutela del cittadino, svolto dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, e dai percorsi di condivisione e collaborazione con organizzazioni e associazioni rappresentanti dei cittadini, si possono acquisire una serie di dati e spunti di riflessione qui di seguito rappresentati graficamente o brevemente descritti.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 16 / 47



### 3.13.1 *Analisi delle segnalazioni gestite e/o monitorate dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico*

Le segnalazioni analizzate al 30/9/2011 sono 474, con un trend in graduale crescita. Le segnalazioni interessano diversi aspetti aziendali, come indicato nel seguente grafico:



Si evidenziano le seguenti criticità:

- difficoltà a recarsi a Motta di Livenza per effettuare visite ed esami;
- criticità relative alla gestione del call center per prenotazioni in regime SSN e in Libera Professione;
- criticità che sorgono presso le sedi di prenotazione per impegnative compilate male e/o erroneamente dai medici prescrittori o per carenze di informazioni;
- criticità connesse all'acquisizione del certificato di esenzione per reddito;
- tempi di attesa per le visite d'invalidità e rinnovo patenti;



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

- tempi di attesa:
  - prestazioni radiologiche (RMN);
  - mammografie di controllo a Borgo Cavalli;
  - visita Fisiatria, Urologia, Chirurgia, Oncologia, Chirurgia plastica, Ortopedia, Oculistica post-ricovero, Pneumologia;
- adeguatezza dei percorsi di accesso ai servizi: accesso al PS e al MMG/PLS;
- Pronto Soccorso TV: difficoltà di comunicazione tra sala d'attesa e le aree di diagnosi/presa in carico, uniformità di trattamento al pagamento del ticket, gestione post-accesso al Pronto Soccorso in particolare per gli ambulatori ortopedici;
- interventi chirurgici: Cardiochirurgia, Chirurgia Generale epato-bilio-pancreatica e d'urgenza, Oculistica, Ortopedia.

### 3.13.2 Indagini di soddisfazione dell'utenza

Le indagini nel 2010 hanno coinvolto 13 unità operative di area chirurgica, 1 di area medica e 3 servizi dei Presidi Ospedalieri di Treviso e Oderzo, coinvolgendo un totale di 2.845 cittadini con un tasso di risposta del 79%.

Quesito presente nel questionario di rilevazione	Somma delle percentuali di risposta "poco o per nulla soddisfatto" (% media aziendale)
Confort sala d'attesa (Day Surgery)	18
Qualità del cibo	17
Orario visite per familiari (Oderzo)	12
Rispetto della privacy: riservatezza nell'assistenza alla persona, rispetto dell'intimità (Day Surgery)	11
Pulizia dei servizi igienici	11
Tranquillità della stanza di degenza	10
Chiarezza e completezza delle informazioni ricevute dal personale medico in merito alla malattia e alle cure	10
<b>INFORMAZIONE e CONSENSO</b>	
Come valuta le informazioni in merito a rischi/complicanze che le sono state fornite (Day Surgery)	11
All'ingresso in reparto o all'accesso ambulatoriale pre-ricovero, ha firmato un modulo che autorizza al trattamento dei suoi dati personali	21

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 18 / 47

Le è stato spiegato perché è stato sottoposto a tale intervento? (Ricovero ordinario)	22
Ha ben compreso che, firmando il modulo, confermava di essere consapevole	10
- di quali potevano essere i rischi	27
- se c'erano alternative a quanto propostole	

Nel corso del 2011 la rilevazione della soddisfazione dell'utenza ha coinvolto 41 unità operative; è in corso la raccolta delle schede di rilevazione.

### **3.13.3 L'URP in rete con gli sportelli del territorio**

Dagli incontri e dalle segnalazioni pervenute dalle organizzazioni sindacali e dalle associazioni di tutela, emergono le seguenti criticità:

- continuità delle cure, nello specifico dimissioni protette;
- commissioni patenti: aspetti organizzativi, tempi d'attesa, aspetti relazionali;
- procedure amministrative per l'esenzione dal ticket: complessità aspetti organizzativi;
- carenza informazioni: modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e pagamento della prestazione.

### **3.13.4 Commissione Mista Conciliativa**

La nuova Commissione Mista Conciliativa è stata istituita nel 2011. Dai primi due incontri sono emerse le seguenti riflessioni:



- l'importanza dei principi di equità e imparzialità nella gestione dell'utenza;
- la complessità e l'esigenza di porre attenzione alla gestione delle dimissioni protette, in un'ottica di continuità delle cure ospedale-territorio;
- la fatica di un corretto e costruttivo rapporto cittadino- azienda sanitaria in quanto riflesso dell'attuale rapporto cittadino-istituzione.

### **3.13.5 Conferenza dei Servizi 2011**

Nel 2011 una nuova formula della Conferenza dei Servizi si è posta essenzialmente lo scopo di avviare un confronto su temi significativi per i cittadini, in un processo di coinvolgimento e dialogo coi cittadini.

Sono emerse le seguenti criticità:

- valorizzare la dimensione "famiglia" – proposta di un adeguamento dei consultori in un'ottica di promozione della famiglia;
- sensibilizzare e avvicinare i giovani al volontariato;

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

- ripensare, valorizzandola, la risorsa sociale degli anziani;
- affrontare il problema dell'inserimento lavorativo dei disabili;
- correggere/prevenire comportamenti patologici che coinvolgono fasce di popolazione sempre più giovani;
- l'aggravamento dal tasso di povertà negli strati sociali, già disagiati;
- carente, talvolta conflittuale, la comunicazione interna tra i servizi dell'azienda sanitaria;
- gestione degli errori sanitari – migliorare la cultura della responsabilità e dell'etica.



A seguito del percorso della Conferenza dei Servizi 2011 si è costituito un tavolo permanente di lavoro in preparazione alla prossima Conferenza dei servizi 2012, che si focalizzerà su due argomenti: relazione utente-operatore in ambito ospedaliero e continuità delle cure ospedale-territorio.

### 3.14 Analisi del benessere organizzativo

Nel 2011 è stato realizzato un progetto per definire un modello di valutazione a livello aziendale del clima e del rischio di stress lavoro-correlato. E' stato scelto di effettuare una valutazione di parte terza rivolgendosi ad una Ditta di comprovata esperienza nel settore. La necessità di avviare una valutazione dello stress e del benessere organizzativo deriva da:

- Decreto Legislativo 81/2008 "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro", che prevede la valutazione dei rischi collegati allo stress lavoro-correlato;
- Legge Regionale 22/2002, che prevede tra i requisiti di Accreditazione Istituzionale la valutazione del benessere organizzativo;
- Report della Visita di Accreditazione di Eccellenza Canadese, nel quale è contenuta una raccomandazione in questo ambito.

L'approccio metodologico utilizzato si è basato sulla raccolta e analisi di indicatori oggettivi di rischio da stress lavoro correlato (epidemiologici, di nocività ambientale e organizzativi) e indicatori soggettivi di percezione del benessere organizzativo, raccolti mediante interviste, questionari e focus group, coinvolgendo complessivamente circa 600 operatori dell'Azienda, rappresentativi di tutte le categorie professionali e di tutte le Unità Operative, selezionati mediante campionamento randomizzato.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

#### 4. DESCRIZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Di seguito, per ogni obiettivo strategico, vengono esplicitati gli obiettivi operativi per il 2012 ai fini dell'avvio del percorso di budget e verso i quali orientare le proposte di attività progettuale. Per ogni obiettivo operativo sono inoltre elencati gli indicatori e le relative soglie, le Strutture Operative e le UOC/UOSD coinvolte. Tale modalità permetterà di identificare, per le diverse strutture aziendali, gli obiettivi di budget.

#### ***OBIETTIVO STRATEGICO N. 1***



##### ***L'organizzazione dei servizi***

*Garantire risposte efficaci ai bisogni di base e complessi della popolazione ridisegnando i modelli organizzativi di erogazione delle prestazioni socio sanitarie*

##### **Continuità delle cure**

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
1.1 Consolidamento del modello di dimissioni protette per l'area medica	% pazienti con "dimissione protetta" segnalati secondo le tempistiche previste dal protocollo su pazienti che necessitano di dimissione protetta per le UOC Geriatria, Medicina 1 e 2, PAI	≥ 70% complessivo	Ospedale	Geriatria Medicina 1 Medicina 2
	% casi segnalati correttamente presi in carico dal distretto secondo i tempi previsti del protocollo	≥ 70%	Distretti	Distretti
1.2 Implementazione del modello della Centrale Unica di Riferimento per l'assistenza domiciliare Integrata (Progetto CURA)	% pazienti in ADIMED seguiti dalla centrale unica di riferimento sul totale dei pazienti in ADIMED	≥ 70%	Distretti	Distretti
1.3 Informatizzazione del modulo di richiesta di dimissione protetta	Modulo informatizzato	Presente	Serv. Amm. Tecnici Ospedale Distretti	Serv. Informatica PRC Dir. San. Ospedale Distretti



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## Organizzazione dei servizi ospedalieri

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
1.4 Implementazione Programma Interdipartimentale di Day Surgery	n. UOC coinvolte nel Programma Interdipartimentale di Day Surgery	≥ 3	Ospedale	Chirurgia Generale, toracica e dei trapianti Dir. San. Ospedale



## Tempi di attesa

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
1.5 Definizione di protocolli/percorsi clinici in funzione delle nuove conoscenze scientifiche ed organizzative, in particolare: - Dolore lombare non traumatico - Glaucoma - Urgenza odontoiatrica infettivo-antalgica	n. protocolli/percorsi	≥ 2	Ospedale Distretti Serv. Amm. Tecnici	Tutte UOC dell'Ospedale Tutte UOC dei Distretti Spec. Ambulatoriale Qualità
1.6 Contenimento dei tempi di attesa	% di ricoveri ospedalieri programmati, effettuati nei tempi previsti dalla DGR 863/2011	Classe A 100% Classe B 90% Classe C 90% Classe D 90%	Ospedale Distretti	Dir. San. Ospedale Spec. Ambulatoriale

## Oncologia

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
1.7 Garantire i tempi d'attesa delle prime visite oncologiche ed oncoematologiche	Tempi d'attesa delle prime visite oncologiche ed oncoematologiche	Breve (A) 90% Differibile (B) 90% Programmabile (C) 100%	Ospedale Distretti	Ematologia Oncologia
1.8 Definizione e avvio sperimentale di un percorso clinico-organizzativo per la presa in carico del paziente oncologico	Percorso clinico-organizzativo n. pazienti in cui è applicato	Presente ≥ 30 pazienti	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Oncologia Servizio di Radiologia Treviso Serv. Informatica Dir. San. Ospedale Anatomia patologica
1.9 Definizione di percorsi clinici di appropriatezza per la diagnosi e follow-up per	n. percorsi clinici	≥ 2	Ospedale Distretti	Oncologia Pneumologia



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

le principali neoplasie maligne (mammella, colon, polmone)				Gastroenterologia Chirurgia Generale, toracica e dei trapianti Chirurgia Generale, epato-bilio-pancreatica e d'urgenza Chirurgia Oderzo Spec. Ambulatoriale Cure Primarie Distretti
1.10 Sviluppo di un piano di comunicazione per il Dipartimento Funzionale di Oncologia	Piano di Comunicazione	Presente	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Anatomia patologica PRC
1.11 Definizione di un progetto di oncologia ortopedica	Progetto definito	Presente	Ospedale	Anatomia patologica Ortopedia TV Ortopedia OD



### Lotta al dolore

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
1.12 Consolidamento delle modalità di rilevazione del dolore (secondo normativa vigente)	Utilizzo degli strumenti nelle singole U.O.	sì	Ospedale	Tutte UOC dell'Ospedale (Degenza + PS)
1.13 Stesura e diffusione protocolli aziendali per il trattamento del dolore (secondo normativa vigente)	Presenza di un protocollo e incontri di diffusione	n.1 protocollo n. 1 riunione per Distretto (coinvolgendo i medici delle Cure Primarie)	Distretti Ospedale	Cure Primarie Distretti Serv. Anestesia TV

### Assistenza Territoriale

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
1.14 Consolidamento di percorsi innovativi di presa in carico di persone con disabilità adulta	Procedura per l'affido familiare di disabili adulti	Presente	Serv. Sociali Distretti	Serv. ad elevata integr. Soc.-San. Distretti
1.15 Attuazione di progetti assistenziali individualizzati sul Polo Disabilità	n. progetti avviati in strutture dell'Azienda ULSS 9	≥ 20	Distretti Serv. Amm. Tecnici Serv. Sociali	Cure primarie Distretto 3 Dir. Amministrativa Territorio Serv. ad elevata integr. Soc.-San.





 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

	n. progetti avviati in strutture delle Aziende ULSS di provenienza	≥ 10	Distretti Serv. Amm. Tecnici Serv. Sociali	Cure primarie Distretto 3 Dir. Amministrativa Territorio Serv. ad elevata integr. Soc.-San.
1.16 Evoluzione delle forme associative degli MMG secondo le linee guida regionali	% AFT (Aggregazioni Funzioni Territoriali) attivate sul totale delle attivabili come da DGRV 1666/2011	25%	Distretti	Distretti
1.17 Sviluppo della risposta della rete territoriale nell'ambito dei servizi per i minori	n. di affidi di minori nell'anno	≥ rispetto all'anno precedente	Distretti Serv. Sociali	Distretti Dir. Amm. e Progr. Serv. Soc.
1.18 Formulazione di una proposta all'autorità giudiziaria di procedura finalizzata a ottimizzare l'attività di protezione dei minori da parte dei servizi aziendali	Proposta	Presente	Distretti Serv. Sociali	Distretti Dir. Amm. e Progr. Serv. Soc.
1.19 Definizione protocollo con il carcere minorile	Protocollo definito	Presente	Distretti Serv. Sociali	Cure primarie Distretto 1 Dir. Amm. e Progr. Serv. Soc.
1.20 Definizione e valutazione dei profili di cura per il DSM	Documento di definizione e analisi dei bisogni di cura e dei successivi percorsi	Presente	Distretti	DSM Distretti
1.21 Valutazione dell'evento sentinella "accessi al PS" per il paziente del DSM e proposte per il miglioramento della gestione	Documento di analisi del fenomeno (n. eventi in un trimestre) e definizione di proposte di miglioramento	Presente	Distretti	DSM
1.22 Costruzione di un modello di integrazione del DSM con il privato sociale per la collaborazione nella gestione delle strutture e percorsi di riabilitazione psico-sociale	Protocolli di condivisione con il privato sociale	Presente	Distretti	DSM

## Prevenzione

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
1.23 Estensione dei progetti di promozione della salute	% di comuni nei quali è presente un progetto di promozione della salute sul totale	≥ 50%	Dip Prevenzione Distretti	SEPS SISP SIAN Distretti





 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

1.24 Costruzione di processi gestionali e amministrativi comuni tra veterinari e SIAN	n. di processi	≥ 2	Dip Prevenzione	SIAN Serv. veterinari
---	----------------	-----	-----------------	--------------------------

<b>Obiettivi Regionali – AREA SANITARIA</b> (In giallo gli obiettivi regionali modificati/integrati dalla DGR n. 2369 del 29/12/2011)				
<b>Obiettivo operativo 2012</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia 30.06.2012</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
1.A1 Ottimizzazione del numero di ricoveri (A1)	Tasso di ospedalizzazione standardizzato	≤ 140 per mille	Ospedale Distretti	Dir. San. Ospedale Distretti
1.A3 Definizione dell'organizzazione aziendale del lavoro della dirigenza sanitaria e adeguamento delle codifiche del sistema informativo del personale secondo le specifiche regionali (A3)	Presenza di un documento, in aggiunta all'Atto aziendale, sull'organizzazione aziendale del lavoro della dirigenza sanitaria (SI/NO)	SI (Registrazione dell'atto aziendale nell'apposito software regionale)	Serv. Amm. Tecnici Ospedale	Affari generali Dir. San. Ospedale
1.A4 Definizione dell'organizzazione aziendale del lavoro del personale del comparto sanitario e adeguamento delle codifiche del sistema informativo del personale secondo le specifiche regionali (A4)	Presenza di un documento, in aggiunta all'Atto aziendale, sull'organizzazione aziendale del lavoro del personale del comparto sanitario (SI/NO)	SI (Registrazione dell'atto aziendale nell'apposito software regionale)	Serv. Amm. Tecnici Ospedale Direzione Sanitaria	Affari generali Dir. San. Ospedale SPS
1.A5 Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo la DGR 863/2011 (A5)	Attivazione procedure check list DGR 863/2011 (SI/NO)	SI	Distretti Ospedale	Spec. Ambulatoriale
	Percentuale di prestazioni erogate nei tempi di attesa previsti dalla DGR 863/2011	Classe A 90%; Classe B 90%; Classe C 100%	Distretti Ospedale	Spec. Ambulatoriale Dir. San. Ospedale
1.C2 Attivazione pacchetti regionali di Day Service (C2)	Pacchetti attivati a seguito di specifiche regionali	SI	Ospedale Distretti	Dir. San. Ospedale
1.C3 Rispetto tempistiche di intervento per la frattura del collo del femore in pazienti ultra65enni (C3)	Percentuale di pazienti con età maggiore di 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 3 giornate in regime ordinario (esclusi decessi, dimissioni volontarie e trasferiti)	≥ 70%	Ospedale	Ortopedia TV Ortopedia Oderzo Serv. Anestesia TV Serv. Anestesia OD Geriatrics Dir. San. Ospedale



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>12/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	



## **OBIETTIVO STRATEGICO N. 2**

### Le risorse umane

*Valorizzare le potenzialità di ognuno; condividere i valori, le motivazioni e le strategie coerentemente alle priorità aziendali*



<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
2.1 Sviluppo delle azioni di miglioramento derivanti dalla valutazione del benessere organizzativo e dello stress lavoro correlato	n. di azioni realizzate	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici Direzione Sanitaria	Qualità SPP Serv. Gest. Personale Medicina Preventiva Lavoratori
2.2 Sviluppo ed applicazione di piani di affiancamento per l'addestramento del personale di nuova acquisizione o di quello assegnato a nuove funzioni (tutoring)	Elaborazione del piano e sua applicazione sperimentale	Presente e sperimentato in 3 UO	Serv. Amm. Tecnici Direzione Sanitaria Ospedale	Dir. San. Ospedale SPS Serv. Gest. Personale Servizio Formazione e Agg.
2.3 Completamento dell'attuazione dell'atto aziendale (attribuzione della graduazione delle funzioni e ulteriori incarichi)	Atti di graduazione e conferimento	≥ 90%	Serv. Amm. Tecnici	Serv. Gest. Personale
2.4 Sperimentazione del nuovo modello del sistema di valutazione: - comparto - dirigenza	n. UOC	4 UOC per Ospedale 2 UOC per Area amministrativa 1 UOC per Distretti 2 UOC per Dip Prev. 1 UOC per DSM	Serv. Amm. Tecnici Ospedale Distretti Dip Prevenzione	Serv. Gest. Personale Controllo di Gestione Dir. San. Ospedale Distretti DSM Dip. Prevenzione



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
2.5 Ridurre il residuo complessivo di ferie dei dirigenti e del comparto	Rapporto fra n. gg residui ferie 31.12.2012 e n. gg residui ferie al 31.12.2011	< 1	Tutte	Tutte UOC



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>12/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

### ***OBIETTIVO STRATEGICO N. 3***



#### **La Cittadella della Salute**

*Sviluppare le infrastrutture edilizie e tecnologiche in modo razionale e integrato, in funzione dei nuovi modelli di erogazione dei servizi e coerentemente al disegno complessivo dei servizi nel territorio.*

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
3.1 Aggiudicazione progetto di finanza Cittadella della Salute Treviso	Deliberazione	Presente	Serv. Amm. Tecnici Ospedale	Serv. Tec/Programm. e Sviluppo Provveditorato Dir. San. Ospedale

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
3.2 Predisposizione di una proposta di piano generale di assetto distrettuale e strutture correlate (Oderzo e Mogliano)	Proposta agli enti interessati di un piano di attività	Presente	Distretti Servizi Sociali Serv. Amm. Tecnici	Distretto 3 Distretto 4 Dir. Amm. e Progr. Serv. Soc. Dir. Amministrativa Territorio Serv. Tec/ Programm. e Sviluppo



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>12/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## **OBIETTIVO STRATEGICO N. 4**

### **Il governo del sistema**

*Mettere l'organizzazione nelle condizioni di assumere le migliori decisioni, monitorare gli esiti e renderne conto alla comunità. Sviluppare un sistema strutturato di rilevazione e analisi dei dati, finalizzato alla definizione e controllo dei processi e alla misurazione dei risultati.*



#### **Farmaceutica**

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
4.1 Consolidamento dell'attività di governo della spesa dei dispositivi medici	n. UOC con magazzini dei dispositivi medici informatizzati realizzati	$\geq 6$	Serv. Amm. Tecnici Ospedale	Economato Dir. San. Ospedale Farmacia Ospedaliera
4.2 Implementazione della distribuzione del farmaco a domicilio per i pazienti in ADIMED	% pazienti in ADIMED a cui si assicura la politerapia a domicilio sui pazienti in ADIMED valutati in UVMD	$\geq 30\%$	Distretti Ospedale	Distretti Farmacia Ospedaliera
4.3 Contenimento spesa farmaceutica	% prescrizione farmaci con brevetto scaduto in Ospedale e Territorio (sul valore)	$> 35\%$	Ospedale Direzione Sanitaria Distretti Serv. Amm. Tecnici	Dir. San. Ospedale Farmacia Ospedaliera Farmaceutica Territoriale Distretti UOC Dipartimenti Internistici Cardiologia Medicina Oderzo Controllo di Gestione

#### **Sicurezza del paziente**

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
4.4 Sviluppo di interventi derivanti dall'analisi degli eventi avversi (gestione farmaci, trasfusioni e processi operatori)	% di completamento delle azioni di contenimento dei rischi pianificate	$\geq 80\%$	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Medicina Legale e sicurezza paz. Qualità



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

4.5 Sviluppo e applicazione della metodologia SBAR per la comunicazione verbale efficace nei punti di transizione (terapie intensive)	n. di terapie intensive che hanno applicato la metodica	3	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Medicina Legale e sicurezza paz. Qualità Serv. Anestesia TV Serv. Anestesia OD
4.6 Diffusione della politica di comunicazione degli eventi collegati alla sicurezza del paziente ad assistiti e famiglie	Piano di comunicazione della politica definita dall'azienda	1	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Medicina Legale e sicurezza paz. Qualità



### Territorio

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.7 Implementazione del percorso di sostegno del caregiver del paziente in ADI	n. percorsi attivati	≥ 20 percorsi	Distretti Serv. Amm. Tecnici	Distretti Servizio Formazione e Agg.

### Area Amministrativa

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.8 Revisione ed integrazione del Sistema Controllo Interno	n. processi nei quali viene attivato il sistema di controllo interno	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici	SEF Dir. Amm. Osp TV - OD
4.9 Attuazione progetto del Dipartimento Funzionale Attività Amministrative Decentrate	Documenti riepilogativi approvati	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici Direzione Servizi Sociali	Dir. Amministrativa Territorio Dir. Amm. e Progr. Serv. Soc. Dir. Amm. Osp. TV - OD
	n. procedure amministrative riviste del Dipartimento di Prevenzione	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici Dip Prevenzione	Dir. Amministrativa Territorio UOC Dip Prevenzione
	n. report monitoraggio di verifica costi e percorsi clinici, in relazione a protesi ausili	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici Ospedale Distretti	Dir. Amministrativa Territorio Attività riabilitative terr. e domic. Distretti
4.10 Raggiungimento dell'equilibrio di bilancio	Equilibrio di bilancio	SI	Tutte	Tutte
4.11 Miglioramento monitoraggio e controllo dei servizi in appalto	n. di nuovi servizi in appalto monitorati	≥ 3	Serv. Amm. Tecnici Ospedale Distretti	Provveditorato Economato Malattie del metabolismo e della nutrizione Dir. San. Osp





 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

				Dir. Amministrativa Territorio Distretti
4.12 Puntuale rispetto delle date di invio per il BEP, le rendicontazioni trimestrali ed il bilancio economico	n. invii nei tempi/n. totale invii	100%	Serv. Amm. Tecnici	SEF
4.13 Monitoraggio bilanci di previsione, rendicontazioni trimestrali e bilancio esercizio	n. monitoraggi	4	Serv. Amm. Tecnici	SEF
4.14 Definizione e messa a regime del reporting (economico, finanziario)	n. report	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici	Controllo di Gestione SEF PRC
4.15 Definizione e applicazione di un modello di integrazione tra il budget per CdR e il BEP	Modello di integrazione	Presente	Serv. Amm. Tecnici Ospedale	Controllo di Gestione SEF Economato PRC Dir. San. Ospedale
	n. aree specifiche coinvolte	≥ 2	Serv. Amm. Tecnici Ospedale	Controllo di Gestione SEF Economato PRC Dir. San. Ospedale

### Prevenzione

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.16 Estensione della rete HPH	n. azioni rivolte al personale aziendale	≥ 1	Dip Prevenzione Ospedale Distretti Serv. Amm. Tecnici	SISP SIAN SEPS Dir. San. Ospedale Distretti PRC



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## Informatizzazione

Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.17 Sviluppo del progetto OSCAR	Rinvio al progetto		Serv. Amm. Tecnici Ospedale Distretti	PRC Serv. Informatica Dir. San. Ospedale Spec. Ambulatoriale

## Accreditamenti



Obiettivo operativo	Indicatore	Valore soglia	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.18 Sviluppo e applicazione nuovo modello di accreditamento di eccellenza canadese QMENTUM	% di UO che hanno completato l'autovalutazione	≥ 60%	Serv. Amm. Tecnici Dip. Prevenzione Ospedale Distretti	Qualità Tutte le UOC Servizio Formazione e Agg.
4.19 Sviluppo azioni di miglioramento emerse dalla visita di accreditamento istituzionale	n. raccomandazioni risolte/ n. raccomandazioni contenute nel report	≥ 50%	Serv. Amm. Tecnici Dip. Prevenzione Ospedale Distretti	Qualità Tutte le UOC

## Obiettivi Regionali – AREA SANITARIA

(In giallo gli obiettivi regionali modificati/integrati dalla DGR n. 2369 del 29/12/2011)

Obiettivo operativo 2011	Indicatore	Valore soglia 30.06.2012	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.A2 Razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera (A2)	Costo per residente pesato dell'assistenza ospedaliera (totale dei costi per assistenza ospedaliera al netto della mobilità attiva e dei costi generali)	≤ € 626	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
4.A6 Ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche per abitante (A6)	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)	Distretti Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Spec. Ambulatoriale Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
4.A7 Razionalizzazione dell'assistenza specialistica (A7)	Costo per residente pesato dell'assistenza specialistica, al netto dei costi generali e della diagnostica di laboratorio	≤ € 160,00	Distretti Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Spec. Ambulatoriale Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
4.A8. Organizzazione di un sistema di check	Organizzazione di un sistema di check up a pagamento,	SI (da integrare con	Serv. Amm. Tecnici	Dir. Amm. Osp.TV-OD



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

up a pagamento per cittadini e richiedenti, strutturato su due livelli di complessità (A8)	strutturato su due livelli di complessità (SI/NO)	l'invio in Regione di appositi report trimestrali sull'andamento)	Distretti Ospedale	Spec. Ambulatoriale Dir. San. Ospedale
4.A9 Razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica (A9)	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite ottenuto sulla base della popolazione assistita pesata	≤ € 140,00	Direzione Sanitaria Ospedale Distretti Serv. Amm. Tecnici	Farmaceutica Terr. Farmacia Ospedaliera Distretti Controllo di Gestione
4.A10 Definizione e attuazione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria – DGR n. 1666/2011 (A10)	Predisposizione del Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria, con particolare attenzione allo sviluppo della Medicina di Gruppo (SI/NO)	SI entro 29/02/2012	Distretti Serv. Amm. Tecnici	Distretti Serv. Convenzioni
4.A11 Definizione e attuazione di obiettivi di salute e di appropriatezza attraverso le azioni e gli strumenti della nuova organizzazione dell'assistenza primaria di cui alla DGR n. 1666/2011 (A11)	Indicazione degli obiettivi di salute e dei modelli assistenziali per l'effettiva presa in carico del paziente cronico, documentata da una relazione sull'organizzazione del percorso dell'assistito (SI/NO)	SI	Distretti Serv. Amm. Tecnici Ospedale Dip. Prevenzione	Distretti Serv. Convenzioni Dir. San. Ospedale SISP
4.A12 Realizzazione, assieme ad altre Istituzioni territoriali, di azioni o progetti per la promozione della salute (A12)	Realizzazione di azioni o progetti specifici (SI/NO)	SI	Dip. Prevenzione	SISP SEPS SIAN
4.A13 Consolidamento dei tassi di adesione agli screening oncologici (A13)	Tassi di adesione corretti delle attività di screening	60% citologico 80% mammografico 65% colonrettale	Dip. Prevenzione Distretti Ospedale	SISP
4.A14 Mantenimento dei tassi di adesione alle vaccinazioni (A14)	Copertura vaccinale (vaccinazioni ex obbligatorie)	≥ 95%	Dip. Prevenzione	SISP
4.A15 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) (A15)	Adozione di un software unico per il monitoraggio del rischio clinico (SI/NO)	SI	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Medicina Legale e sicurezza paz. Qualità
4.C1 Creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio dei farmaci innovativi e ad alto costo (C1)	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.	≥ 90%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Farmacia Ospedaliera Oncologia Ematologia Oculistica





				Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
	Percentuale di pazienti per i quali è stata completata la registrazione dei dati, rispetto al numero totale di pazienti registrati	≥ 90%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Farmacia Ospedaliera Oncologia Ematologia Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
	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	≥ 90%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Farmacia Ospedaliera Oncologia Ematologia Oculistica Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
	Per Filgrastim e Eritropoietina la % di confezioni di farmaco Biosimilare distribuite rispetto al totale delle confezioni distribuite delle rispettive categorie ATC L03AA Fattori di Stimolazione delle colonie e B03XA Altri preparati antianemici	Filgrastim non inferiore al 65%; Eritropoietina non inferiore al 20%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Farmacia Ospedaliera Oncologia Ematologia Nefrologia Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione

**Obiettivi Regionali – AREA AMMINISTRATIVA**

(In giallo gli obiettivi regionali modificati/integrati dalla DGR n. 2369 del 29/12/2011)



Obiettivo operativo 2011	Indicatore	Valore soglia 30.06.2012	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.D1 Acquisti in ambito aziendale: attuazione delle disposizioni previste nella DGR 2492/2010 e adozione del software unico per la gestione delle gare (D1)	Produzione di un documento di Pianificazione su modello regionale delle gare sopra e sotto soglia	Entro 28/02/2012	Serv. Amm. Tecnici	Provveditorato Economato
	Aggiornamento trimestrale del documento di Pianificazione	Presenza di tutti gli aggiornamenti trimestrali	Serv. Amm. Tecnici	Provveditorato Economato
	Numero di gare inserite in Alice Gare su numero di gare indette	≥ 95%	Serv. Amm. Tecnici	Provveditorato
	Numero di gare inserite in Alice Gare su numero di gare programmate	≥ 95%	Serv. Amm. Tecnici	Provveditorato



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

4.D2 Adesione alle gare regionali indette dal CRAS-Centro Regionale Acquisti Sanità (D2)	Adesione al 100% delle gare regionali	SI	Serv. Amm. Tecnici	Provveditorato Economato
4.D3 Sviluppo dell'utilizzo del MEPA-Mercato Elettronico della P.A. per gli acquisti sotto soglia di rilievo comunitario (D3)	Avvio dell'utilizzo strutturato del MEPA come strumento di acquisto sotto soglia	Sviluppo del transato sul MEPA utilizzando tutte le categorie merceologiche e aumento non inferiore al 10% sul transato totale riferito all'anno precedente	Serv. Amm. Tecnici	Provveditorato Economato
4.D4 Analisi, anche retrospettiva, della composizione delle voci di bilancio correlate ai costi capitalizzati (D4)	Revisione dei dati contabili relativi ai costi capitalizzati entro i termini di elaborazione del Bilancio d'esercizio 2010	Consolidamento e messa a regime attività	Serv. Amm. Tecnici	SEF
4.D5 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 (D5)	Realizzazione di azioni correttive e migliorative rispetto alle criticità rilevate nella mappatura effettuata nel corso del processo di valutazione di cui al DM 18/1/2011: tali azioni devono essere dettagliate su un piano, con relativo timing, che va inviato alla Regione entro il 31/1/2012 e che verrà approvato entro il 28/2/2012.	Realizzazione delle azioni correttive nel rispetto del piano approvato a livello regionale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- invio programma entro 31 gennaio, approvato dalla Regione entro il 28 febbraio;</li> <li>- verifica realizzazione azioni correttive al 30 giugno;</li> <li>- verifica realizzazione azioni correttive al 31 dicembre.</li> </ul>	Serv. Amm. Tecnici	SEF
	Sviluppo della funzione di Internal Auditing secondo standard e tempistiche definite dalla Direzione Controlli e Governo SSR	Realizzazione delle fasi previste nel rispetto delle tempistiche definite a livello regionale dal programma di sviluppo dell'Internal Auditing: <ul style="list-style-type: none"> <li>- definizione della funzione di Internal Audit aziendale (entro il 30 aprile);</li> <li>- mappatura dei processi prioritari (entro il 31 luglio);</li> <li>- analisi di almeno tre processi ed implementazione delle azioni per la riduzione del rischio (entro il 31 dicembre)</li> </ul>	Serv. Amm. Tecnici	SEF



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	



4.D6 Adempimenti ex art. 3, c. 8, dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (D6)	Rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS	SI	Serv. Amm. Tecnici	SEF Controllo di Gestione Serv. Gest. Personale Serv. Vet. Area A Serv. Vet. Area B Serv. Vet. Area C SIAN
4.D7 Monitoraggio sull'andamento dei costi (D7)	Redazione di prospetti, predisposti dalla Regione, di riconciliazione tra flussi informativi e CEPA in relazione ai flussi informativi: - FAROSP, DDF3, Consumi Dispositivi Medici; - Personale	Redazione di prospetti trimestrali a partire dal IV trimestre 2011	Serv. Amm. Tecnici	SEF Controllo di Gestione Farmacia Ospedaliera Economato Serv. Gest. Personale

### Obiettivi Regionali – AREA INFORMATICA

(In giallo gli obiettivi regionali modificati/integrati dalla DGR n. 2369 del 29/12/2011)



Obiettivo operativo 2011	Indicatore	Valore soglia 30.06.2012	Struttura Operativa	Unità Operativa
4.B1 Assegnazione dei certificati digitali per l'identificazione e per la sottoscrizione dei documenti clinici (Firma Digitale) ai medici dipendenti e convenzionati (B1)	% di operatori ai quali è assegnato un certificato di sottoscrizione	95%	Serv. Amm. Tecnici	Serv. Informatica
4.B2 Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici (B2)	% di referti firmati rispetto al totale per tipologia	- 50% delle lettere di dimissioni; - procedura di acquisizione modulo software dei referti di continuità assistenziale; - predisposizione acquisizione firma per le schede di intervento del 118	Ospedale Serv. Amm. Tecnici Distretti	Dir. San. Ospedale UOC Degenza Centrale Op. di Urg. Emerg. Serv. Convenzioni Serv. Informatica Distretti Provveditorato



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	



	% di referti prodotti dai servizi immunotrasfusionali nell'attività svolta per pazienti e donatori	90%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Centro Trasfusionale Serv. Informatica
4.B4 Gestione telematica delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e farmaceutiche (E-prescription) (B4)	% di prescrizioni inviate entro le 24 ore rispetto al totale, misurata attraverso il flusso di cui all'art. 50 della L. 326/2003	90%	Serv. Amm. Tecnici Distretti	Serv. Informatica Serv. Convenzioni Distretti
4.B5 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 (B5)	Adozione e utilizzo del software per la gestione delle liste (SI/NO)	SI	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Dir. San. Ospedale Serv. Informatica
	Invio del flusso nei tempi stabiliti dalle competenti strutture regionali attraverso l'emanazione di uno specifico disciplinare tecnico	SI entro 31/03/2012	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Dir. San. Ospedale Serv. Informatica
4.B7 Rispetto delle scadenze e della qualità nell'invio dei flussi informativi in esercizio (B7)	Rispetto del 100% degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio e % di errori bloccanti	Rispetto 100% degli specifici calendari di invio dei flussi informativi in esercizio e % di errori bloccanti non superiore a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- SPS 5%;</li> <li>- FAROSP 1%;</li> <li>- DDF3 1%;</li> <li>- Consumi Dispositivi Medici 1%;</li> <li>- Dispositivi Medici (Contratti) 20%</li> </ul>	Serv. Amm. Tecnici Ospedale Distretti	Controllo di Gestione Serv. Informatica Serv. Convenzioni Farmacia Ospedaliera Farmaceutica Territoriale Dir. San. Ospedale DSM Sert Medicina Legale e sicurezza paz. Spec. Ambulatoriale Dir. Amm. Osp. TV - OD Provveditorato
	Invio di almeno il 95% delle SDO chiuse. Assenza di DRG 470	Invio durante l'anno di almeno il 95% delle SDO chiuse, secondo lo specifico calendario (ad esclusione SDO con esami istologici da chiudere al 99% al massimo entro il mese successivo rispetto al calendario degli		Ospedale Serv. Amm. Tecnici



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

		invii). Assenza di DRG 470		
	Rispetto del tracciato regionale, con riferimento alle informazioni relative ai pacchetti di Day Service (flusso SPS)	Peso degli errori bloccanti inferiore al 5%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Dir. San. Ospedale Controllo di Gestione
	Flusso del consumo di Dispositivi Medici: % dei Dispositivi Medici codificata con RM/BD rispetto alla somma dei valori dei conti economici B.1.A.7, B.1.A.8. e B.1.9	≥ 80%	Ospedale Serv. Amm. Tecnici	Farmacia Ospedaliera Economato Provveditorato



 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>12/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## **OBIETTIVO STRATEGICO N. 5**



### **L'Azienda di insegnamento**

***Mettere l'Azienda in condizione di valorizzare le proprie risorse, nell'ambito della formazione, della ricerca e dell'innovazione tecnologica. Sviluppare rapporti di collaborazione con le Università per lo svolgimento di attività formative nelle discipline mediche, delle professioni sanitarie e di altri corsi di laurea.***

#### **Progetto Azienda di insegnamento**

<b>Obiettivo operativo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Valore soglia</b>	<b>Struttura Operativa</b>	<b>Unità Operativa</b>
5.1 Definizione di un modello di tutoraggio per gli studenti presenti nelle UOC dell'Azienda a sostegno delle attività formative universitarie e applicazione in alcune UOC	n. UOC in cui sperimentare il modello	≥ 2	Direzione sanitaria Serv. Amm. Tecnici Ospedale	SPS Servizio Formazione e Agg. Dir. Amm. Osp. TV - OD Dir. San. Ospedale
5.2 Definizione delle modalità e strategie per individuare i professionisti ai quali affidare le attività di tutoraggio degli studenti e il loro profilo di competenza e identificazione degli strumenti per il loro riconoscimento formale	Documento contenente il profilo di competenza del tutoraggio diretto e procedura amministrativa per il riconoscimento formale del tutoraggio	Presente	Direzione sanitaria Serv. Amm. Tecnici Ospedale	SPS Servizio Formazione e Agg. Dir. San. Ospedale Serv. Gest. Personale
5.3 Avvio di un centro di documentazione medico-scientifica in convenzione con l'Università degli studi di Padova e sviluppo di tecnologie e strumenti di consultazione e ricerca informatica	Messa a regime del Centro di documentazione medico-scientifica con sottoscrizione della convenzione tra Università e Azienda ULSS 9	Convenzione sottoscritta	Serv. Amm. Tecnici	Servizio Formazione e Agg. Serv. Informatica
5.4 Realizzazione del dossier formativo di gruppo	Relazione finale relativa al modello proposto.	Presente	Serv. Amm. Tecnici	Servizio Formazione e Agg.





 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>12/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## 5. OBIETTIVI DI BUDGET PER IL 1° TRIMESTRE 2012

In considerazione del fatto che la conclusione del percorso di negoziazione del budget è prevista per il 31/03/2012, si rende necessaria l'individuazione di obiettivi specifici per il primo trimestre 2012, al raggiungimento dei quali subordinare l'erogazione dell'acconto della retribuzione di risultato e del compenso di produttività relativi al primo trimestre. La Direzione Aziendale ha in tal senso individuato 7 obiettivi aziendali, basandosi sugli obiettivi regionali indicati nella DGRV 3140 del 14/12/2010 e cercando di incentivare all'interno delle singole UOC il coinvolgimento dei collaboratori nella fase di definizione e negoziazione degli obiettivi di budget. A tale scopo sono stati individuati i seguenti obiettivi:

Obiettivi	Indicatore	valore soglia al 31.03.2012	Peso
Piano ferie	% di UOC che hanno presentato il piano ferie entro il 31/03/12	100%	10
Conclusione negoziazione budget	Conclusione incontri di negoziazione	100%	20
Condivisione obiettivi di budget con il personale dell'U.O.	% di U.O. che hanno effettuato incontro di condivisione con il personale dirigenziale e di comparto degli obiettivi di budget	≥ 90%	20
Rispetto degli indicatori previsti dalla DGRV 863/2011 e successive DGR sull'argomento per la specialistica ambulatoriale	Rispetto tempi massimi di attesa – DGRV 863/2011	Breve (A) 90% Differibile (B) 80% Programmabile (C) 100%	10
Razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica (Obiettivo Regionale A9)	Costo per l'assistenza farmaceutica convenzionata pro capite ottenuto sulla base della popolazione assistita pesata	≤ € 146	10
Gestione telematica delle prescrizioni di prestazioni specialistiche e farmaceutiche (E- prescription) (Obiettivo Regionale B4)	% di prescrizioni inviate entro le 24 ore rispetto al totale, misurata attraverso il flusso di cui all'art. 50 della L. 326/2003	≥ 50%	10
Apposizione della firma digitale sui referti/documenti clinici (Obiettivo Regionale B2)	% delle lettere di dimissioni firmate rispetto al totale	≥ 40%	20

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## 6. I PROGETTI DELLA DIREZIONE

### 6.1 CITTADELLA DELLA SALUTE



Con Deliberazione del Direttore Generale n.1.227 del 14/10/2010 è stata avviata la gara per l'affidamento del contratto di costruzione e gestione relativo alla progettazione e all'esecuzione dei lavori di realizzazione della "Cittadella della Salute", alla gestione di alcuni servizi non sanitari e commerciali compatibili con l'attività sanitaria e alla gestione di alcune forniture, come meglio specificato nello studio di fattibilità e nei suoi allegati, cui si rinvia per ulteriori dettagli (Deliberazione del Direttore Generale n. 1.315 del 27/11/2009 di approvazione del documento denominato "Elementi dello studio di fattibilità della Cittadella Sanitaria"). Alla scadenza dei termini sono state presentate sei proposte progettuali, attualmente in fase di analisi da parte della Commissione aggiudicatrice.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 995 del 7/10/2011 è stata nominata la Commissione aggiudicatrice. L'assegnazione della gara è prevista entro il 2012. In parallelo ai lavori della Commissione aggiudicatrice, si stanno sviluppando i lavori dei gruppi tecnici di approfondimento che stanno valutando le nuove soluzioni organizzative che rappresentano il "cuore" funzionale della Cittadella.

### 6.2 PROGETTO OSCAR – OSPEDALE SENZA CARTA

Anche nel 2012 proseguono le attività del progetto OSCAR – Ospedale Senza CARTa (Deliberazione del Direttore Generale n. 959/2009). Il progetto ha come obiettivo la completa informatizzazione dei processi di cura del paziente ricoverato o seguito in regime ambulatoriale, puntando alla dematerializzazione di tutta la documentazione clinica. Gli obiettivi generali sono i seguenti:

- integrazione di tutti i processi informativi ed informatici, compresi i dati provenienti dalle apparecchiature, in un unico strumento, al fine di creare un "raccoltore" informatico che deve corrispondere, come logica, all'attuale cartella clinica cartacea. Si ottimizza quindi il controllo, l'accesso e la conservazione dei dati;
- prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia, al fine di ridurre il rischio clinico associato al processo di gestione del farmaco;
- integrazione in un unico supporto informatico delle informazioni provenienti da diversi professionisti, al fine di consentire a tutti gli operatori di essere aggiornati sul processo diagnostico – terapeutico – assistenziale del paziente stesso.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 41 / 47

### Obiettivi raggiunti nel 2011

Nel corso del 2011 è proseguita l'implementazione dei progetti in corso, ELEKTRA, CARMEN ed ERICA, relativi a specifiche cartelle di ricovero. Parallelamente sono state avviate nuove progettualità, finalizzate anche al raggiungimento degli obiettivi regionali in ambito informatico, quali l'implementazione della lettera di dimissione firmata digitalmente e il sistema di ricetta elettronica (e-prescription), direttamente collegato al progetto di cartella clinica ambulatoriale (CARAMBA).

Sono stati raggiunti significativi risultati in termini di percentuali di utilizzo dei sistemi: la refertazione ambulatoriale avviene su sistemi informatici per oltre il 70% dei casi. Le lettere di dimissione sono firmate digitalmente già nel 25% dei casi.

È stata ulteriormente esteso il modello di integrazione HL7: microbiologia, anatomia patologica, medicina fisica e riabilitazione, trasfusionale sono ora integrati secondo modalità standard.

Si è conclusa anche la procedura di gara per l'acquisizione del nuovo software gestionale per le sale operatore, per la quale si prevede l'assegnazione della fornitura entro il 2011.



### Obiettivi 2012

- chiusura dei progetti ELEKTRA, CARMEN ed ERICA, rispettivamente per il Dipartimento Cardio-Vascolare, per le UU.OO. di degenza di Medicina Fisica e Riabilitativa e per la Terapia Intensiva Centrale;
- messa a regime dei progetti Lettera di Dimissione ed e-prescription, ottemperando agli obiettivi regionali;
- progetto SARA (sistema informatico per la gestione delle sale operatorie): avvio del sistema prototipale su almeno un blocco operatorio;
- creazione di un prototipo funzionante di cartella paperless in almeno 2 UU.OO.

### 6.3 PROGETTO CURA

Le persone cui si rivolge l'ADI sono, nelle tipologie più comuni:

- non autonome, affette da varie malattie che necessitano di una assistenza multiprofessionale;
- in condizione di fine vita;
- in dimissione protetta.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	Pagina 42 / 47

E' necessario fornire a questi pazienti e alla un sistema unico di riferimento che garantisca la puntuale risposta al bisogno espresso. La Centrale Unica di Riferimento per le persone in ADI, si pone come obiettivi:

- fornire informazioni e riferimenti sulle modalità di accesso/erogazione di uno specifico servizio (modello call-center);
- gestire la domanda e il suo percorso fino alla risposta (modello contact-center);
- effettuare il telemonitoraggio/teleassistenza dei casi individuati.

La Centrale Unica di Riferimento non sostituisce il punto CSD; ha come riferimenti i punti CSD, ma anche altri servizi dell'Azienda ai quali, oggi, autonomamente il singolo paziente si rivolge.



#### **6.4 PROGETTO "Q.MENTUM"**

Nel 2012 l'Azienda applicherà il nuovo modello di Accreditamento di Eccellenza canadese denominato "Q.Mentum International"; saranno coinvolti i Distretti Sociosanitari, l'Ospedale, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Prevenzione.

Il modello prevede che l'attività di autovalutazione avvenga in modo molto diffuso attraverso la compilazione di questionari da parte dei professionisti che lavorano nelle aree previste dalle sezioni di standard. I risultati dei questionari vengono analizzati tramite software e vengono inseriti, in forma aggregata, nella "Quality Performance Roadmap". La Roadmap indica le priorità di miglioramento sulle quali l'azienda si deve concentrare; è a questo punto che vengono costituiti i "team di azione" che hanno il compito di sviluppare i piani di miglioramento e producono le evidenze delle azioni intraprese; la Roadmap si rinnova più volte sulla base dei risultati che progressivamente vengono raggiunti.

Il modello prevede 24 sezioni di standard (trasversali e dei servizi agli assistiti) e 9 POE – Pratiche Obbligatorie per l'Ente sulla sicurezza dell'assistito.

La visita di accreditamento si svolgerà secondo la metodologia chiamata "tracer methodology": seguendo il percorso del paziente vengono valutati sia i processi clinici sia quelli gestionali, attraverso l'osservazione diretta e l'interazione con i professionisti e gli assistiti, e la raccolta degli elementi di valutazione sulla qualità e la sicurezza dei servizi erogati. L'accREDITAMENTO può essere conseguito a tre livelli: Oro, Platino, Diamante. Il livello Oro verifica le basi della sicurezza e della qualità nell'assistenza sanitaria; il livello Platino si concentra sulla standardizzazione dei processi, il coinvolgimento del personale e degli assistiti; il livello Diamante si concentra sulla costanza dei risultati delle verifiche periodiche, usando le evidenze emerse per migliorare il servizio.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## 7. ALLEGATO

### Sintesi aree di miglioramento contenute nel Report di Accreditamento di Eccellenza Canadese

#### Assistenza domiciliare

- Migliorare l'utilizzo del "Diario Clinico – Assistenziale" per ogni servizio di assistenza domiciliare per fornire maggiori dettagli sul decorso clinico – assistenziale
- Standardizzare l'approccio alla valutazione del dolore per tutti gli assistiti.
- Valutare la sicurezza degli assistiti, utilizzando le informazioni raccolte nella segnalazione degli incidenti.
- Migliorare le metodologie di valutazione dei bisogni assistenziali del paziente.
- Promuovere la gestione dei malati terminali, al di là degli assistiti oncologici.

#### Assistenza primaria

- Sviluppare nuovi metodi affinché i servizi specialistici siano maggiormente accessibili in tempi brevi.
- Rivedere e riesaminare continuamente le linee guida in funzione di pratiche migliori e attuali.

#### Specialistica ambulatoriale



- Individuare nuove metodologie per migliorare l'adesione alle linee guida dell'ente così come pratiche migliori in alcuni settori specialistici.
- Integrare più indicatori in tutti i campi per analisi adeguate.
- Utilizzare i risultati degli indicatori in modo da poter distribuire meglio le risorse nelle diverse aree delle cliniche ambulatoriali.

#### Dipendenze

- Rivedere gli indicatori utilizzati per monitorare i risultati.
- Rivedere le proprie strategie di comunicazione relativamente ai risultati ottenuti dalle campagne di prevenzione.
- Promuovere le discussioni con i medici di base per accrescerne il coinvolgimento nella continuità dei servizi.

#### Sanità animale

- Perseguire lo sviluppo di indicatori, riguardanti le linee guida regionali e nazionali.
- Rivedere i ruoli e le responsabilità e creare integrazioni ulteriori con i settori dell'igiene del cibo e della nutrizione.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

- Revisionare sistematicamente i ruoli e le responsabilità in caso di procedure d'emergenza.

### **Sanità Pubblica**

- Identificare indicatori che possano essere monitorati al fine di garantire un utilizzo appropriato delle sue risorse.
- Mettere a punto un sistema formale per valutare i progetti di comunicazione e garantire che essi portino a risultati tangibili.

### **Chirurgia con attività programmabile**

- Continuare a migliorare i processi per ridurre i tempi di attesa.
- Standardizzare i processi esistenti per la gestione del dolore e di rivedere con l'ente la formazione sull'uso appropriato dei test diagnostici (laboratorio e diagnostica per immagini).
- Identificare misure e indicatori per monitorare i risultati degli assistiti.
- Migliorare la collaborazione con i partner esterni o locali per migliorare i piani di dimissione.

### **Chirurgia con attività urgenza**



- Attuare il progetto di visita anestesiologicala preoperatoria per gli assistiti del reparto in particolare per quanto riguarda l'assistenza neurochirurgica.
- Comunicare in modo più efficiente con i reparti diagnostici al fine di ridurre i tempi di attesa.
- Prendere in esame, insieme all'ente, metodi più efficienti per comunicare con i medici di base sul territorio in merito alle dimissioni e "presa in carico" degli assistiti più anziani.
- Sviluppare lo strumento interdisciplinare del piano di dimissioni come proposto nel corso della visita.

### **Chirurgia Oderzo**

- Coinvolgere i MMG/PLS al fine di garantire un'ottima continuità dell'assistenza

### **Cardiovascolare**

- Definire un iter per la collaborazione con i MMG/PLS in modo da diffondere standard di attività aggiornati per prescrizioni terapeutiche e farmacologiche.
- Mettere in atto processi per misurare e monitorare i risultati delle proprie attività al fine di migliorare la qualità.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

### **Patologia Clinica**

- Controllare le diverse aree dei laboratori al fine di migliorare l'ergonomia delle postazioni di lavoro.
- Realizzare e mantenere regolarmente un aggiornamento dei materiali pericolosi utilizzati durante il lavoro.

### **Radiologia Clinica**

- Redigere liste dei servizi in varie lingue
- Migliorare la pertinenza e l'esattezza delle richieste di esami.

### **Materno Infantile**



- Sviluppare indicatori di performance utilizzabili per ulteriori attività volte al miglioramento della qualità.
- Perseguire il miglioramento di capacità e formazione del personale in modo da incrementare le competenze in aree specifiche (neuropsichiatria, anestesia e gestione di dolore).
- Migliorare l'integrazione dell'informazione medica e infermieristica in modo da gestire meglio i piani di trattamento.
- Utilizzare i corsi e la formazione disponibili per il personale nella gestione di comportamenti aggressivi in modo da conseguire le competenze in quest'area.
- Condividere con il personale le strategie per l'identificazione dei rischi legate alla sicurezza degli assistiti eseguendo briefing periodici.
- Incrementare la comunicazione relativa all'informazione di dimissione soprattutto in riferimento agli assistiti con esigenze specifiche e a quelli con complicazioni.

### **Emergenza**

- Utilizzare gli indicatori in modo più efficace per prendere decisioni basate sulle evidenze.
- Standardizzare i protocolli di controllo del dolore, per supportare gli sforzi finalizzati all'attuazione di un sistema contro il dolore.
- Verificare con i servizi diagnostici la tempestività dell'accesso per determinati assistiti.

### **Medicina Specialistica**

- Utilizzare un metodo formale per monitorare la diminuzione del dolore dei propri assistiti utilizzando una procedura standard per la valutazione del dolore.
- Rafforzare le proprie attività formative e di consulenza con un sistema strutturato e formalizzato di indicatori che permettano di misurare i progressi nel trattamento degli assistiti.
- Definire e diffondere una procedura formale nella gestione della contenzione dell'assistito.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

### **Medicina Oderzo**

- Migliorare i programmi di gestione del dolore attualmente in uso.

### **Medicina Riabilitativa**



- Migliorare l'utilizzo degli indicatori per valutare i risultati clinici e l'utilizzo delle proprie risorse.
- Istituire più collegamenti con i medici e gli operatori sanitari del territorio in modo da assicurare un'ottima continuità dell'assistenza dei propri assistiti.
- Sviluppare un protocollo e un piano formale di intervento per la gestione delle contenzioni degli assistiti.
- Rivedere le sue procedure di sicurezza relative all'uso di farmaci e ai loro possibili effetti avversi.

### **Salute Mentale**

- Monitorare l'uso delle linee guida per il miglioramento della qualità.
- Perseguire il suo piano di miglioramento della qualità analizzando gli indicatori raccolti e avviando attività di benchmarking in modo da promuovere i miglioramenti.
- Migliorare la coordinazione delle valutazioni tra i diversi servizi di salute mentale e la condivisione delle informazioni con gli assistiti e i MMG/PLS.
- Sviluppare nuovi metodi di misurazione dei risultati anche una volta che si raggiungono gli obiettivi e i traguardi prefissati.

### **Sviluppo delle POE**

- Consolidamento del sistema aziendale di identificazione e analisi di eventi e quasi eventi collegati alla sicurezza del paziente.

 <b>AZIENDA ULSS 9 TREVISO</b>	<b>Titolo documento: Documento di Direttive 2012</b>	Data <b>13/01/2012</b>	 <b>ACCREDITATION CANADA</b> ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA Accredited by ISQua
	<b>Struttura responsabile: UOC Programmazione, Ricerca e Comunicazione</b>	Documento <b>Versione 13/1/2012</b>	

## 8. GLOSSARIO

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata	NSIS: Nuovo Sistema Informativo Sanitario
AFT: Aggregazioni Fnzioni Territoriali	OSCAR: Ospedale Senza CARta
AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco	PAL: Piano Attuativo Locale
Age.Na.S.: Agenzia Nazione per i Servizi Sanitari Regionali	PDTA: Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
ARSS: Agenzia Regionale Socio-Sanitaria	PLS: Pediatra Libera Scelta
BEP: Bilancio Economico di Previsione	PNGLA: Piano Nazionale per il Governo delle Liste d' Attesa
CARAMBA: CARTella AMBulatoriale informatizzata	POE: Pratiche Obbligatorie per l'Ente
CARMEN: CARTella di Medicina riabilitativa iNformatizzata	PRC: Programmazione, Ricerca e Comunicazione
CRAS: Centro Regionale Acquisti Sanità	PRGLA: Piano Regionale per il Governo delle Liste d' Attesa
CdR: Centro di Responsabilità	PSN: Piano Sanitario Nazionale
CSD: Cure Sanitarie Domiciliari	PSSR: Piano Socio Sanitario Regionale
CURA: Centrale Unica di Riferimento per i pazienti seguiti in ADIMED	PTORV: Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regione Veneto
DGR: Deliberazione della Giunta Regionale	RDMBD: Repertorio Dispositivi Medici Banca Dati
DGRV: Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto	SBAR: Situation-Background-Assessment-Recommendation
DL: Decreto Legge	SEF: Servizio Economico Finanziario
DM: Dispositivi Medici	SEPS: Servizio di Promozione ed Educazione della Salute
DPCM: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	SIAN: Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
DSM: Dipartimento di Salute Mentale	SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica
ELEKTRA: ELEKTronic Patient Record in cArdiovascular department	SPP: Servizio prevenzione e protezione
ERICA: Electronic Record for Intensive Care Anesthesia	SPS: Servizio Professioni Sanitarie
HL7: Health Level Seven	UO: Unità Operativa
HPH: Health Promoting Hospitals	UU.OO.: Unità Operative
IRCCS: Istituto Ricovero Cura a Carattere Scientifico	UOC: Unità Operativa Complessa
LR: Legge Regionale	UOSD: Unità Operativa Semplice a valenza dipartimentale
MEPA: Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione	