



# DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2016

## LINEE GUIDA AL BUDGET

***Approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 258 del 18/04/2016***

<b><u>Redazione</u></b>	UO Controllo di Gestione
<b>Verifica</b>	Direttore Generale – Dott.ssa Patrizia Simionato Direttore Amministrativo – Dott. Eugenio Possamai Direttore Sanitario – Dott. Maria Giuseppina Bonavina Direttore Scientifico – Prof. Giuseppe Opocher
<b>Approvazione</b>	Direttore Generale – Dott.ssa Patrizia Simionato

## INDICE

<b>Premessa: contesto normativo ed istituzionale .....</b>	<b>3</b>
<b>Quadro di riferimento, elementi di input e funzioni affidate .....</b>	<b>4</b>
<b>Metodologia adottata .....</b>	<b>6</b>
<b>Obiettivi strategici.....</b>	<b>6</b>
<b>Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi .....</b>	<b>9</b>
<b>Area della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) .....</b>	<b>9</b>
<b>Area Ospedaliera .....</b>	<b>9</b>
Obiettivo A3 - Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016 .....	9
Obiettivo C6 – Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015 .....	10
Obiettivo C7 - Qualità Assistenza Ospedaliera: area chirurgica.....	11
Obiettivo C9 - Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica .....	13
Obiettivo C12 – Indicatori di appropriatezza prescrittiva .....	14
Obiettivo C13 - Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini.....	15
<b>Il governo delle liste di attesa.....</b>	<b>16</b>
Obiettivo E1 - Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013.....	16
Obiettivo E2 - Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante .....	18
Obiettivo E3 - Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche .....	18
<b>Area della sostenibilità economico-finanziaria .....</b>	<b>19</b>
Obiettivo B1- Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale .....	19
Obiettivo B2- Contabilità Analitica e Modelli LA .....	19
Obiettivo B3 - Applicare le nuove politiche di Assicurazione .....	20
Obiettivo D1 e D3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi.....	21
Obiettivo D2 - Equilibrio Economico-Finanziario.....	21
Obiettivo D5 - Incremento della Mobilità Extraregionale Attiva.....	22
<b>Area informatica e dei flussi informativi.....</b>	<b>22</b>
Obiettivo C11 - Adempimenti Questionario LEA .....	22
Obiettivo F1 - Completezza e Tempestività del flusso SDO.....	23
Obiettivo F2 - Implementazione del FSE .....	23
Obiettivo F3 - Dematerializzazione della ricetta cartacea .....	24
Obiettivo F4 - Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari.....	25
<b>Area qualità .....</b>	<b>26</b>
<b>Ospedale.....</b>	<b>26</b>
<b>Servizi tecnico amministrativi .....</b>	<b>27</b>
<b>Ricerca.....</b>	<b>28</b>

## Premessa: contesto normativo ed istituzionale

A norma dell'art. 1 della L.R. 14 settembre 1994 n.55, le scelte di programmazione delle Aziende Sanitarie si fondano sul Piano Sanitario Nazionale, sul Piano Socio Sanitario Regionale e sugli altri atti di programmazione adottati dalla Regione nel rispetto dei vincoli normativi nazionali e si effettuano attraverso un insieme coordinato e congruente di piani, programmi e progetti.

L'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR) parte, pertanto, in modo imprescindibile dai contenuti della L. n. 311/2004, in particolare nel rispetto delle tematiche trattate ai co. 169, 170, 171 e 174 dell'art. 1 relativi ai livelli essenziali di assistenza programmati, alla determinazione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni, all'autonomia Regionale circa il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa e, non ultimo, la sempre più rigida normativa finalizzata al perseguimento del pareggio di bilancio delle Aziende/Istituti del SSR, con l'imposizione alle Regioni, fra l'altro, di un monitoraggio trimestrale. In tale struttura consolidata si inseriscono i numerosi provvedimenti che negli ultimi anni hanno caratterizzato l'ambito della sanità, in particolare le disposizioni relative al riequilibrio del settore sanitario, tra i quali imprescindibili per la programmazione della Aziende Sanitarie:

- L.R. n.23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016";
- L. n.135 del 7 agosto 2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 6 luglio 2012, n.95, recante disposizioni urgenti per la spesa pubblica con invarianza dei servizi offerti ai cittadini" (spending review);
- D.L. 95/2012 che ha rideterminato l'onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza farmaceutica territoriale, compresa la distribuzione diretta, e l'assistenza farmaceutica ospedaliera rispettivamente di circa l'11% e del 3,5% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN);
- Intesa Governo, Regioni e Province Autonome concernente la manovra sul settore sanitario, sancita il 2 luglio 2015.

In questo contesto di effettivi problemi di sostenibilità del Sistema Socio-Sanitario, la Regione Veneto si è trovata a normare la programmazione socio-sanitaria pluriennale, per il quinquennio 2012-2016, con gli obiettivi specifici della valorizzazione degli elementi di eccellenza del Servizio Sanitario, dell'investimento in settori strategici quali le nuove tecnologie, la ricerca e le innovazioni, nonché la sicurezza delle cure, affrontando le criticità del sistema e ponendo particolare attenzione al recupero di efficacia, efficienza ed appropriatezza, il tutto in un quadro di sostenibilità, ottenuto anche mediante la definizione delle dotazioni standard di personale necessarie a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la definizione dei costi standard per le prestazioni sanitarie funzionali all'erogazione dei LEA.

La sostenibilità economica del SSSR, che si realizza attraverso un utilizzo appropriato delle risorse, viene declinata a livello regionale fino alla singola Azienda, sviluppando, nei vari livelli di responsabilità, la capacità di rendicontare quanto viene erogato e rafforzando la regola generale della valutazione annuale dei Direttori Generali basata sugli obiettivi loro assegnati dalla Giunta Regionale con particolare riferimento a sei principali capitoli puntualmente confermati e, se possibile rafforzati, dall'ultima deliberazione sulla determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi (DGRV 2072/2015):

- osservanza delle linee guida per la programmazione e l'organizzazione ospedaliera;
- gestione delle risorse attribuite;
- qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e, con separata evidenza, rispetto delle indicazioni relative alle Liste d'Attesa;
- equilibrio economico;
- rispetto dei contenuti e dei tempi dei flussi informativi, necessari al fine della verifica da parte dell'Organismo Regionale della correttezza delle rendicontazioni e della gestione aziendale delle attività e delle risorse.

Così il sistema di governo regionale, impostato sui livelli essenziali delle prestazioni, costi standard e appropriati modelli di *benchmarking*, è volto ad assestarsi su livelli ottimali di *performance* monitorabili mediante il *setting* di indicatori che di fatto stabiliranno meccanismi premianti e sanzionatori non solo rispetto



agli obiettivi economico-finanziari, ma anche delle attività da garantire al cittadino secondo standard quali-quantitativi, dell'appropriatezza e dell'uniformità sul territorio regionale dei LEA.

Il presente Documento delle Direttive contiene una breve analisi del quadro di riferimento che, tra l'altro, determina le funzioni affidate a questo Istituto dagli Organismi sovra istituzionali per poi concentrarsi nell'argomento *core*, identificato nell'analisi degli obiettivi strategici regionali e nella declinazione degli stessi in obiettivi operativi, con l'analisi, per singola area, dello stato dell'arte e delle strategie in attuazione o da attuarsi, finalizzate al raggiungimento dei risultati auspicati, da misurarsi attraverso appositi indicatori.

Per ciascun obiettivo verranno individuati precisi indicatori da monitorare, anche suppletivi rispetto a quanto esplicitato dalla Regione Veneto, con lo scopo di valutare periodicamente ed in linea con le scadenze regionali, il livello di raggiungimento dell'obiettivo stesso rispetto al valore soglia individuato e di identificare con maggiore facilità e tempestività le azioni da intraprendere nel processo di interesse, fino all'individuazione del livello di responsabilità con la precisa identificazione delle strutture organizzative interessate.

## **Quadro di riferimento, elementi di input e funzioni affidate**

### **Ambito programmazione**

- Patto per la Salute 2014-2016 sancito dall'intesa del 10 luglio della Conferenza Stato-Regioni;
- DGR n. 2705 del 29/12/2014 "Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) per gli anni 2014-2018 e approvazione dei documenti di programmazione che danno attuazione ai macro obiettivi e agli obiettivi del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2014-2018";
- Legge Regionale n. 23 del 29/6/2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario 2012-2016";
- DGR n. 693 del 14/05/2013 "Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto";
- DGR n. 2271 del 10/12/2013 "Nuove disposizioni in tema di Organizzazione delle Aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizioni del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.e.i. L.R. 29 giugno 2012, n.23";
- DGR n. 2072 del 30/12/2015 "Determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per l'anno 2016".

### **Ambito finanziamento e razionalizzazione della spesa**

- Legge n. 311 del 30/12/2004 – Legge Finanziaria;
- D.Lgs. n. 118 del 23/06/2011 che al titolo II detta disposizioni sui "principi contabili generali e applicati per il settore sanitario" introducendo numerose innovazioni con importanti cambiamenti anche dal punto di vista organizzativo;
- D.L. n. 95/2012 "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati" (c.d. spending review), successivamente convertito, con modificazioni, con la Legge n. 135 del 7/8/2012;
- DGR n. 2621 del 18/12/2012 Ulteriori iniziative da porre in essere a decorrere dall'anno 2012 in vari ambiti della sanità regionale al fine di assicurare gli obiettivi di risparmio previsti nel D.L. 95/2012 e nella relativa legge di riconversione, L. 135/2012 (cd "spending review");



## DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE BUDGET 2016

emissione del 18/04/2016

Pag. 5/31

- DGR n. 2718 del 29/12/2014 “Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015, ex art. 25 D.Lgs. 118/2011: assegnazione provvisoria delle risorse per l'erogazione dei livelli di assistenza e determinazione dei limiti di costo anno 2015”, che, in carenza del riparto nazionale delle risorse del FSN 2015, è assunto quale quadro economico di riferimento per la predisposizione del Preventivo 2016 (circolare Regione Veneto prot. 485787 del 27/11/2015);
- DGR 28 del 19/01/2016 “Determinazione dei limiti di costo per l'anno 2016 per le Aziende ULSS ed Ospedaliere e per l'IRCCS “Istituto Oncologico Veneto”;
- L.n. 208/2015 del 28/12/2015 “Legge di Stabilità 2016”.

### **Ambito Performance e Trasparenza – verificare Responsabile Trasparenza**

- D. Lgs. n. 150 del 27/10/2009 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- DGR n. 2205 del 06/11/2012 “Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza, applicative delle disposizioni del d.lgs. n.150/2009 e della L.R. 26 maggio 2011, n. 9, modificata dalla L.R. 11 novembre 2011, n. 22. Approvazione definitiva della deliberazione/CR n. 90 del 4 settembre 2012 sulla base del parere favorevole espresso dalla Quinta Commissione consiliare”;
- D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- DGR n. 140 del 16/2/2016 “O.I.V. DEL SSR. Approvazione delle linee guida relative”.

La DGR n. 140 DEL 16/2/2016 “O.I.V. DEL SSR. Approvazione delle linee guida relative” ha posto particolare attenzione ai compiti dell'O.I.V. sia in ambito di trasparenza e anticorruzione sia in ambito di attuazione del ciclo delle performance che del benessere organizzativo.

### **Livello Aziendale**

- Atto Aziendale
- Piano delle Performance 2016-2018
- Piano Aziendale
- Manuale della Qualità
- Procedura gestione Governo Clinico
- Proposte dei Direttori di Dipartimento/UOC: Collegio di Direzione e in fase di contrattazione

Come specificato nel quadro normativo di riferimento, nelle more del riparto nazionale delle risorse del FSN, la Regione Veneto ha assunto ancora la DGR 2718 del 29 dicembre 2014 “Direttive alle Aziende ULSS ed Ospedaliere e all'IRCCS Istituto Oncologico Veneto per la predisposizione del Bilancio Preventivo Economico Annuale 2015 ex art. 25 D. Lgs. 118/2011” come strutturazione economica di riferimento, con le conseguenti ipotesi di finanziamento e i limiti di costo che tendano ad assicurare l'equilibrio di bilancio delle Aziende Sanitarie stesse.

Ciò che ne deriva è il permanere di un contesto economico-finanziario difficile che impone alle aziende sanitarie vincoli derivanti dalle risorse disponibili e dal rispetto di parametri di costosità (costo pro-capite per assistenza farmaceutica e tetti di spesa per i principali aggregati di fattori produttivi) fissati annualmente dalla Regione Veneto. Su queste basi, a partire dal 2011, la Regione Veneto ha assegnato annualmente gli obiettivi alle Aziende Sanitarie con la DGR n. 2072 del 30/12/2015 ha definito gli obiettivi e gli indicatori di performance per l'anno 2016.

Nel contesto sopra descritto si inserisce la programmazione annuale dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) che, dovendo essere correlata ai bisogni consolidati ed emergenti della popolazione di riferimento, deve

prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale ed individuare allo stesso tempo responsabilità e risorse disponibili. Lo IOV è chiamato ad adeguare continuamente l'offerta di assistenza per rispondere alle aspettative riguardanti importanti ed innovative opportunità terapeutiche e diagnostiche.

Ne consegue una prosecuzione della gestione aziendale sulla linea degli ultimi esercizi, condizionata dalla necessità di mantenere l'equilibrio economico-finanziario con il contenimento dei costi, date le risorse a disposizione, sia di parte corrente che in conto capitale. Tuttavia l'Azienda ha innanzitutto evitato, negli ambiti di discrezionalità e autonomia consentiti, il ricorso ai tagli lineari, nella convinzione che sia necessario e fondamentale che ogni livello aziendale contribuisca alla *spending review* per competenza, ruolo o influenza al fine di mantenere inalterati i livelli di assistenza, con il supporto di strumenti di controllo manageriale quale il sistema di budget per Unità Operativa.

Nell'ambito di questo contesto, la Direzione Generale definisce il Documento delle Direttive al Budget 2016, individuando strategie di medio e lungo periodo, obiettivi operativi e azioni che rappresentano le linee di indirizzo per la programmazione aziendale e l'avvio del percorso di budget annuale.

## Metodologia adottata

Il Documento delle Direttive è il principale documento di programmazione aziendale con aggiornamento a scorrimento annuale. Per la sua stesura la Direzione Strategica, con il supporto della UO Controllo di Gestione, raccoglie elementi di input interni ed esterni all'Istituto Oncologico Veneto (IOV) al fine di definire obiettivi operativi coerenti con il contesto nel quale lo IOV si inserisce. Gli obiettivi operativi annuali nel loro insieme, misurati attraverso appositi indicatori, costituiscono il piano annuale che, una volta attuato, permette il raggiungimento di risultati strategici intermedi. Pertanto le schede di budget, con cui vengono assegnati gli obiettivi alle strutture aziendali (UOC/UOSD), individuando le attività che devono essere realizzate e le risorse assegnate nell'anno, rappresentano uno degli strumenti più importanti per governare la complessità e garantire l'integrazione delle diverse attività sanitarie ed amministrative. Il connesso controllo, inteso come monitoraggio, consente di guidare i processi nell'ottica del miglioramento continuo.

## Obiettivi strategici

L'Istituto Oncologico Veneto, nel triennio 2016-2018, continua il percorso di miglioramento intrapreso volto alla tutela della salute, alla valorizzazione delle persone ed al rispetto della sostenibilità del sistema. A tal fine viene favorita la condivisione di priorità ed obiettivi, facilitate e garantite le attività di monitoraggio e valutazione. In questo il processo deve essere il più partecipato possibile, vicino a chi assume responsabilità dirigenziali, anche a livello di unità operativa semplice, perché ai contenuti di responsabilità si affianchino opportuni strumenti di gestione.

Le principali priorità aziendali individuate per l'anno 2016 sono riconducibili alle seguenti aree:

### A. Area della erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

Mantenere i livelli prestazionali e di attività raggiunti nel corso degli anni precedenti e aggiornarli coerentemente con gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale attinenti i livelli essenziali di assistenza relativi a:

- Osservanza delle Linee Guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione e organizzazione degli uffici (obiettivo regionale A3);
- Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi (obiettivi regionali C6, C7, C9, C11, C12 e C13);
- Liste di attesa (obiettivi regionali da E1 a E3).

Quest'area prevede un importante coinvolgimento della direzione aziendale e in particolare della Direzione Sanitaria per l'adeguamento dell'organizzazione ospedaliera alle nuove dotazioni ospedaliere e per il mantenimento/miglioramento degli standard individuati nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

La pianificazione e l'organizzazione dell'ospedale deve sviluppare e migliorare un approccio assistenziale improntato a modelli organizzativi flessibili, multilivello, multidimensionali e multidisciplinari per garantire la presa in carico del paziente ed evitare la frammentazione del percorso diagnostico-terapeutico. In quest'ottica si inseriscono anche gli obiettivi aziendali che saranno riportati nella sezione specifica "Area Ospedale".

Inoltre l'Azienda dovrà continuamente monitorare il grado di copertura della domanda, l'efficacia delle cure, il rispetto di indicatori/standard di quantità e qualità regionali contribuendo così a garantire LEA uniformi su tutto il territorio regionale.

### **B. Area della sostenibilità economico-finanziaria**

Recepire i vincoli imposti dalle direttive nazionali e regionali per la revisione della spesa pubblica perseguendo:

- la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate (obiettivi regionali da B1 a B3);
- l'equilibrio economico (obiettivi regionali D1, D2, D3 e D5).

Gli obiettivi aziendali sono individuati tenendo conto dei vincoli economici già definiti dalla Regione Veneto con l'adozione dei provvedimenti di cui al capitolo precedente con i quali sono stati aggiornati i limiti di costo per i principali aggregati di spesa (personale, dispositivi medici, dispositivi in vitro e farmaceutica ospedaliera) ed ai quali vengono aggiunti degli obiettivi di spesa pro-capite relativamente ai farmaci di fascia A e fascia H (per lo IOV il pro capite pesato è calcolato come media ponderata della spesa per ATC L01-Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, escludendo i principi attivi con indicazione ematologica, delle Aziende ULSS della provincia di Padova, pesato per l'incidenza di ciascuna Azienda sul totale dell'erogato dalla struttura). Vale inoltre anche per il 2016 quanto disposto dalla CR 154/2012 per l'obiettivo di equilibrio economico finanziario.

Nell'ambito dell'obiettivo di "corretta ed economica gestione delle risorse attribuite e introitate dall'azienda" (obiettivi regionali da B1 a B3) prosegue la responsabilizzazione trasversale dei centri ordinatori di spesa relativamente ai prezzi unitari di acquisto (prezzo unitario di riferimento Regionale) e di tutti i centri di responsabilità aziendali per una ottimizzazione nell'uso delle risorse. Si conferma l'obiettivo di adempimento informativo relativamente alla contabilità analitica standard regionale. Per il 2016 è stato inoltre assegnato un nuovo obiettivo di aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera, rispetto al valore dell'anno 2015 (obiettivo regionale D5).

### **C. Area informatica e dei flussi informativi (obiettivi regionali da F1 a F4)**

Proseguire l'implementazione dell'informatizzazione aziendale (firma digitale e notifiche al *registry* regionale), il completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea e il rispetto della qualità dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario in riferimento ai beni sanitari.

Si tratta di un ambito di programmazione rilevante sia per gli investimenti, per le risorse assegnate, che per l'acquisizione di competenze con un coinvolgimento capillare di tutta l'azienda, in termini di operatori/utenti.

Nell'ambito dell'area sanitaria all'interno delle aree strategiche succitate, sono individuati ulteriori **obiettivi aziendali di miglioramento continuo della qualità** clinico-assistenziale riferiti principalmente a:

- ottimizzazione dei percorsi diagnostico assistenziali;
- attuazione dei PDTA ed implementazione degli stessi;
- sinergie con le Aziende del territorio su cui insiste lo IOV;



## DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE BUDGET 2016

emissione del 18/04/2016

Pag. 8/31

- implementazione delle attività svolte in autonomia dall'Istituto;
- riorganizzazione degli ambulatori multidisciplinari, anche mediante l'inserimento di figure specifiche (*case-manager*) con l'obiettivo di una globale presa in carico del paziente.

## Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

### Area della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

La programmazione annuale dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV), dovendo essere correlata ai bisogni consolidati ed emergenti della popolazione di riferimento, deve prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale ed individuare allo stesso tempo responsabilità e risorse disponibili. Lo IOV è chiamato ad adeguare continuamente l'offerta di assistenza per rispondere alle aspettative riguardanti importanti ed innovative opportunità terapeutiche e diagnostiche.

### Area Ospedaliera

#### **Obiettivo A3 - Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>A</b>	<b>Osservanza delle linee guida ed indirizzi in materia di controllo e di programmazione dell'organizzazione degli uffici</b>			
<b>A.3</b>	Adeguamento della organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalla LR n.23/2012 PSSR 2012-2016	A.3.2	<i>Attivazione della Rete Oncologica Veneta (ROV) secondo quanto previsto dalla DGR 2067/2013</i>	L'indicatore si ritiene soddisfatto se l'azienda partecipa alle attività formative proposte da ROV sulla redazione dei PDTA e definisce i PDTA richiesti su format predisposto della ROV. Foglio presenza a formazione ROV e compilazione PDTA richiesti su format proposto
		A.3.3	<i>Attivazione delle Breast Unit secondo quanto previsto della DGR 1173/2014</i>	A seguito della definizione del PDTA sul tumore alla mammella presentato il 21.03.2016, sarà svolta a fine anno una valutazione sui risultati degli indicatori previsti e sulla coerenza del PDTA stesso al PDTA ROV

#### **Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

La programmazione regionale ha individuato l'Istituto Oncologico Veneto come "Centro Regionale di supporto e di coordinamento della Rete Oncologica", considerando gli interventi nel settore oncologico prioritari. Per questo motivo sono state istituite la Rete Oncologica Veneta (ROV), di cui alla DGR n. 2067 del 19 novembre 2013, e la Rete della Brest Unit, di cui alla DGR n. 1173 del 8 luglio 2014 e il rinnovo del Coordinamento della ROV attraverso il decreto n. 8 del 26 gennaio 2016, le quali hanno il loro fulcro in questo Istituto.

Alcuni dei principali sforzi compiuti nell'organizzazione delle attività del 2015 proseguiranno anche nel prossimo esercizio ed in particolare:

- i percorsi assistenziali che possono essere definiti come piani multidisciplinari ed inter professionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito. Essi hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti. Il processo di ottimizzazione dei percorsi assistenziali in atto presso l'Istituto Oncologico Veneto è volto a garantire una funzione di "orientamento" del cittadino all'interno del Sistema Socio-Sanitario Regionale, attraverso un "referente" che guida l'utente-persona e coordina i professionisti deputati all'assistenza in modo tale che non operino in modo settoriale;



## DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE BUDGET 2016

emissione del 18/04/2016

Pag. 10/31

- la condivisione con le ASL Venete e sottoscrizione di protocolli verificati per i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) concernenti le patologie tumorali, nell'ambito della sempre maggiore integrazione e concetto di Rete Oncologica e nel pieno svolgimento del ruolo hub assegnato allo IOV;
- l'attuazione operativa dei nuovi PDTA: è prevista l'adozione nel mese di giugno di due ulteriori percorsi diagnostico terapeutici al momento completati, in corso di revisione (carcinoma della prostata e del polmone), i quali andranno ad aggiungersi ai tre relativi alla patologia neoplastica del colon-retto, del melanoma e del sarcoma già approvati dalla Regione del Veneto e decretati. Inoltre verrà curata l'implementazione degli stessi quale contestualizzazione delle linee guida, relative a problematiche cliniche, nella specifica realtà organizzativa e tenute presenti le risorse a disposizione, la cui concreta attuazione richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi;
- il potenziamento delle sinergie con le aziende del territorio su cui insiste lo IOV *et in ottica di implementazione delle reti cliniche integrate che garantiscano la sicurezza delle prestazioni al paziente strettamente correlata alla *expertise clinica* e ad un'adeguata organizzazione (garanzia della tempestiva presa in carico del paziente, adeguato livello di continuità delle cure), et nel mantenimento dei modelli *hub & spoke*, con l'Istituto Oncologico nel ruolo di centro *hub* di alta specializzazione in stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Padova;*
- il completo sviluppo dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione e della Terapia Intensiva al terzo piano dell'Ospedale Busonera che segna di fatto la completa autonomia rispetto alla condivisione degli spazi presso l'IstAR dell'Azienda Ospedaliera, con le correlate implicazioni nella gestione dei pazienti critici e nell'utilizzo delle sale operatorie;
- l'acquisizione di nuove attrezzature in Endoscopia che permetteranno l'apprendimento e lo sviluppo di nuove tecniche in tale settore di diagnostica oncologica;
- la riorganizzazione degli ambulatori multidisciplinari dove l'approccio multidisciplinare permette di fornire al paziente un'assistenza qualificata grazie ad una organizzazione per gruppi di patologia composti da operatori sanitari che hanno sviluppato competenze specifiche ed hanno attivato percorsi diagnostico-terapeutici adeguati. In tale ottica, sono in atto dei processi aziendali rivolti ad un miglioramento degli ambulatori multidisciplinari, con la possibilità di inserire nel team figure professionali specifiche, quali il case manager. Il case manager è l'operatore in grado di coordinare i vari interventi tra la rete dei servizi e il paziente, tra le diverse istituzioni e gli operatori, di accompagnare il paziente nel suo percorso di cura e di monitorarne il progetto.

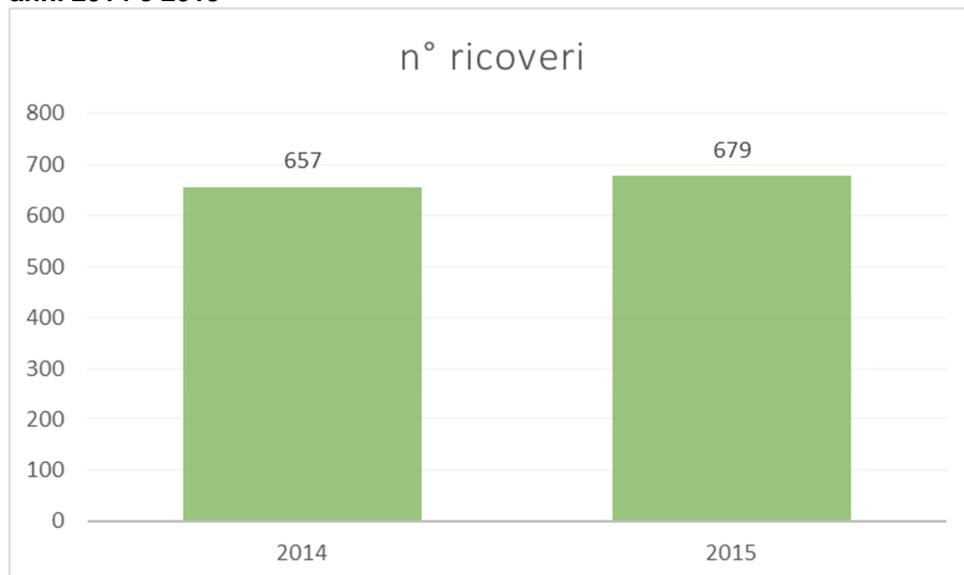
### Obiettivo C6 – Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>C</b>	<b>Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi</b>			
<b>C.6</b>	Rispetto degli Standard Minimi per Volumi ed Esiti secondo il DM n.70/2015	C.6.1	<i>Rispetto degli standard minimi di volume e di esito</i>	Volume di dimissioni con interventi chirurgici per tumore maligno della mammella

#### Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.

Per lo IOV l'unico indicatore oggetto di monitoraggio, del set individuato dal DM 70/2015, risulta essere il "volume di dimissioni con interventi chirurgici per tumore maligno della mammella", con un valore soglia per l'anno 2016 pari a 150 interventi annui. L'andamento di questo indicatore nel biennio 2014-2015, con riferimento all'attività erogata dall'Istituto Oncologico Veneto, mostra dei valori ampiamente superiori al valore soglia indicato (Grafico 1).

**Grafico 1: Volume di dimissioni con interventi chirurgici per tumore maligno della mammella. IOV, anni 2014 e 2015**



Fonte Dati: flusso SDO – estrazione al 22/02/2016

**Obiettivo C7 - Qualità Assistenza Ospedaliera: area chirurgica**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>C</b>	<b>Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi</b>			
<b>C.7</b>	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Chirurgica	C.7.1	Numero interventi annui per sala operatoria aperta 5 giorni a settimana: ≥ 1.000	L'indicatore è dato dal rapporto tra il numero di dimissioni con codice regime ordinario 3 (week surgery) ed il numero di sale operatorie che effettuano interventi di weeksurgery.
C.7.2		Miglioramento degli indicatori relativi all'attività di week surgery come da DGR 2688/2014. La definizione delle soglie verrà effettuata a conclusione del consolidamento delle sdo 2015.	L'indicatore è composto da 2 sub indicatori: 1 .Casi trattati in week surgery Numeratore: N° ricoveri ≤5 gg. della W.S. Denominatore: N° ricoveri ≤5 giorni del presidio ospedaliero, programmati, con intervento chirurgico 2. Ricovero con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg.) Numeratore: N° pz. ricoverati con lo stesso MDC entro 30 g. dalla dimissione dalla W.S. Denominatore: N° pz. dimessi dalla W.S	
C.7.3		Rispetto delle soglie di erogabilità in regime di ricovero ospedaliera (DGR 4277/2011 e modifiche successive)	L'azienda risulta adempiente se è rispettata la soglia di tutti i DRG considerati (allegato C della DGR 4277/2009 e successive modificazioni)	

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

- **Obiettivo C.7.1:** nel 2015 sono stati effettuati 456 ricoveri con regime “3 – week surgery”.
- **Obiettivo C.7.2:** il raggiungimento dell’obiettivo di miglioramento dell’attività di week surgery è valutato in base ai risultati di due indicatori: casi trattati in week surgery e ricoveri con lo stesso MDC dopo dimissione dal ricovero in week surgery (entro 30 gg).
- **Obiettivo C.7.3:** l’analisi dei casi dell’anno 2015 (tabella 1) individua complessivamente 821 ricoveri oltre soglia di cui 800 in regime ordinario.

**Tabella 1: numero di ricoveri DGRV 4277/2011. IOV, anno 2015.**

DRG	Soglia (%)		Numero ricoveri		Numero di casi Oltre Soglia		
	Regime Ordinario	Regime DH	Regime Ordinario	Regime DH	Regime Ordinario	Regime DH	
131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE SENZA CC	36%	100%	4	1	2	0
139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SENZA CC	43%	100%	1	0	1	0
162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE ETA' >17 SENZA CC	10%	68%	0	2	0	1
206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALC SENZA CC	44%	100%	6	4	2	0
227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	28%	100%	68	14	45	0
229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTI SENZA CC	13%	100%	1	0	1	0
270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	10%	100%	13	81	4	0
301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	52%	100%	210	0	101	0
323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI CON CC	34%	100%	1	0	1	0
332	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 SENZA CC	46%	100%	2	1	1	0
369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEM	44%	100%	1	0	1	0
404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	45%	100%	146	9	76	0
410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	4%	7%	558	63	533	20
411	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZA ENDOSCOPIA	32%	100%	5	4	2	0
412	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA	9%	100%	1	0	1	0
465	ASSISTENZA RIABILITATIVA CON ANAMNESI DI TUMORE MALIGNO COME DIAGNOSI SECONDARIA	19%	100%	1	1	1	0
467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	27%	100%	51	34	28	0
<b>Totale</b>				<b>1.302</b>	<b>1.196</b>	<b>800</b>	<b>21</b>

Fonte dati: DWH regionale, accesso del 22/02/2016 (dati al 29/01/2016). SDO - Appropriatazza DGR4277/2009

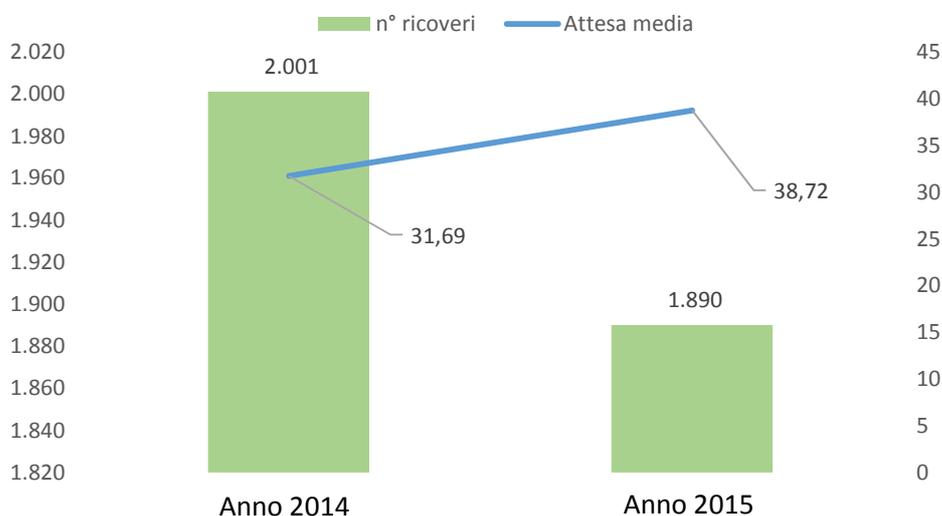
**Obiettivo C9 - Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>C</b>	<b>Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi</b>			
<b>C.9</b>	Qualità Assistenza Ospedaliera: Area Oncologica	C.9.1	<i>Tempi di attesa (giorni) per Interventi Chirurgici di Area Oncologica: riduzione rispetto all'anno precedente del tempo medio aziendale</i>	Viene considerato il tempo medio di attesa tra data prenotazione e data intervento.
		C.9.2	<i>Tempi di attesa (giorni) per il ricovero Chemioterapia (Indicatore TAV 3.11 Rapporto SDO 2014). Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Inferiore o uguale alla Soglia: <math>\leq 11,7</math> (Media Nazionale)</i>	Viene considerato il tempo medio di attesa tra data prenotazione e data intervento. L'attesa media è calcolata sui soli ricoveri non urgenti con data prenotazione valida. Chemioterapia (intervento principale o secondario 99.25, 00.15, 99.28 con diagnosi principale o secondaria V58.1x)

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

**Obiettivo C.9.1.** Metodo di calcolo dell'indicatore: tempo di attesa medio tra data prenotazione e data intervento principale relativo ai ricoveri non urgenti, con DRG Chirurgico e con specialità di dimissione "chirurgia generale" (Grafico 2)

**Grafico 2: tempo medio di attesa per interventi chirurgici. IOV, anni 2014 e 2015**



Fonte dati: flusso SDO al 22/02/2016, invio del 29/01/2016.

**Obiettivo C12 – Indicatori di appropriatezza prescrittiva**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>C</b>	<b>Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi</b>			
<b>C.12</b>	Indicatori di Appropriatazza Prescrittiva	C.12.1	<i>Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto: miglioramento rispetto al 2015 o rispetto del valore soglia</i>	<p>Protezione gastrointestinale: DDD di PPI consumate in ospedale sul totale dei soggetti dimessi.</p> <p>DDD di eritropoietina biosimilare distribuite in distribuzione diretta, DPC, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica B03XA - Altri preparati antianemici. Soglia <math>\geq 62\%</math></p> <p>DDD di filgrastim biosimilare distribuite in distribuzione diretta, DPC, convenzionata e consumi ospedalieri sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica L03AA - Fattori di stimolazione delle colonie. Soglia <math>\geq 93\%</math></p>

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Si riportano di seguito gli indicatori di consumo oggetto di valutazione:

1. **Protezione gastrointestinale:** Quota di assistiti in trattamento con PPI sul totale della popolazione; Quota di DDD di PPI consumate in ospedale sul totale dei soggetti dimessi. Nel 2015 il valore di questo indicatore per lo IOV è risultato inferiore rispetto alla soglia regionale.
2. **Biosimilari:** quota di DDD di eritropoietina biosimilare distribuite in distribuzione diretta e consumi ospedalieri sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica B03XA-Altri preparati antianemici (93% a dicembre 2014; standard regionale  $\geq 62\%$ ); Quota di DDD di filgrastim biosimilare distribuite in distribuzione diretta e consumi ospedalieri sul totale delle DDD di farmaci appartenenti alla categoria terapeutica L03AA-Fattori di stimolazione delle colonie (69% a dicembre 2015; standard regionale  $\geq 93\%$ ). Per quest'ultimo indicatore si sottolinea il trend in miglioramento rispetto al 2014 anche se non ha ancora raggiunto la soglia prefissata, principalmente a causa del PEG-filgrastim che "pesa" 20:1 rispetto al filgrastim/lenograstim. Da ciò ne consegue la necessità per il 2016 di prescrivere il PEG-filgrastim solo in caso di necessità, predisponendo il necessario piano terapeutico.

**Obiettivo C13 - Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>C</b>	<b>Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi</b>			
<b>C.13</b>	Sperimentazione Clinica e Aumento delle segnalazioni ADR per farmaci e vaccini	C.13.2	<i>Numero di segnalazioni ADR sul totale dei ricoveri: <math>\geq 0,005</math> dei ricoveri</i>	La verifica riguarda il numero di segnalazioni ADR per farmaci e vaccini calcolato sul numero di ricoveri per le Aziende Ospedaliere e per lo IOV (rilevati dal flusso SDO), L'indicatore sarà calcolato partendo dal numero di dimessi 2015 e moltiplicandolo per il fattore 0,005 (ottenuto assumendo come da letteratura che il 10% dei ricoverati ha una reazione avversa e che almeno il 5% va segnalato).
		C.13.3	<i>Registri AIFA: chiusura delle schede di follow-up per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso (payment by results e risk-sharing): L'azienda risulta adempiente se il numero di schede complete/chiusure risultano uguali al 100%.</i>	La verifica riguarda il numero di schede AIFA complete, in particolare per quanto riguarda la registrazione degli esiti e di eventuali fallimenti estratte dal Registro di Monitoraggio AIFA, appena il cruscotto sarà riattivato. In mancanza dell'attivazione del cruscotto sarà effettuata una rilevazione ad hoc con le strutture sanitarie.
		C.13.4	<i>Sperimentazione clinica: tempistica avvio studi clinici con farmaco profit. Valore obiettivo: scostamento <math>\leq 10\%</math> rispetto alle migliori performance</i>	Questo indicatore è calcolato per tutte le Aziende Sanitarie e vuole monitorare il tempo intercorso tra l'approvazione dello studio - data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto tra promotore e centro clinico.

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

- **Obiettivo C.13.2:** L'indicatore sarà calcolato partendo dal numero di dimessi 2015 e moltiplicandolo per il fattore 0,005. Per l'anno 2015 il valore soglia è pari a 28 segnalazioni. L'ultimo valore disponibile (monitoraggio al 3° trimestre 2015 degli obiettivi dei Direttori Generali) mostrava un valore notevolmente più elevato rispetto al valore soglia: 64 segnalazioni.
- **Obiettivo C.13.3:** Chiusura schede di Follow-up per i farmaci sottoposti a rimborso. La rilevazione viene effettuata attraverso il registro Onco-AIFA.
- **Obiettivo C.13.4:** nel 2015 è stata definita la nuova procedura aziendale per la gestione delle sperimentazioni cliniche e sono stati assegnati i relativi obiettivi all'U.O. di riferimento.

### **Il governo delle liste di attesa**

Nell'ambito delle strategie di contenimento dei tempi di attesa, con DGR 3140/2010 successivamente integrata con DGR 2369/2011, la Regione Veneto ha provveduto a definire le percentuali di prestazioni ambulatoriali da erogarsi entro i tempi stabiliti per ciascuna classe di priorità. Nel recepire il Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa, la Regione, con la DGR 863/2011, ha confermato l'impostazione metodologica che affronta la problematica sui tre fronti: l'informazione, la domanda e l'offerta di prestazioni.

La DGR n. 320 del 12/03/2013 ha voluto rafforzare le indicazioni principali della normativa nazionale e regionale esistente, in merito alle regole e modalità operative di governo delle liste di attesa, assegnando al Direttore Generale la responsabilità dell'attuazione del Piano Aziendale delle Liste d'Attesa che descrive il sistema di governo aziendale e che ha integrato il nuovo Atto Aziendale adottato nel 2014.

Allo scopo di valutare le azioni poste in essere e i risultati relativi al contenimento dei tempi di attesa è stato attivato il Tavolo di Monitoraggio Aziendale che supporta il Direttore Sanitario, verifica il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e della corretta erogazione dei percorsi assistenziali offerti e cura a livello aziendale le modalità di formazione e informazione per i soggetti prescrittori.

Anche nel 2015 la Deliberazione 2525/2014 della Giunta Regionale del Veneto di determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento delle aziende sanitarie/ospedaliere riporta un obiettivo di contenimento dei tempi di attesa. La rilevanza del rispetto degli standard per le prestazioni ambulatoriali individuate come "traccianti" si desume anche dalla possibilità, già concretamente attuata nel 2014 e parimenti autorizzata nel 2015, di ricorrere a prestazioni aggiuntive (art.55 comma 2, CCNL 08/06/2000) per l'adozione di un piano di attività aziendale volto a consentire il rispetto delle liste di attesa (ciò nonostante la DGRV 28/2016 consenta l'utilizzo di quota parte delle risorse a disposizione proprio per l'Istituto richiamato, di cui all'art. 55, co.2 dei CC.CC.NN.LL. stipulati l'8 giugno 2000, per i costi derivanti dall'assunzione di personale dirigente medico a tempo indeterminato).

Tale rilevanza del rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali trova ulteriore rafforzamento nella conferma, anche per il 2015, (DGR n. 2691 del 29/12/2014) dell'ampliamento delle attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni festivi e pre-festivi e negli orari serali (tra le 20 e le 24).

#### **Obiettivo E1 - Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>E</b>	<b>Liste d'Attesa</b>			
<b>E.1</b>	Piena implementazione delle modalità organizzative ed erogative per il contenimento dei tempi d'attesa secondo le disposizioni della DGR 320/2013	<i>E.1.1</i>	<i>Rispetto Tempi d'attesa classe A: 90%</i>	N. Prestazioni Traccianti Garantite Classe A con Tempo Attesa Rispettato / N. Totale Prestazioni Traccianti Garantite Classe A
		<i>E.1.2</i>	<i>Rispetto Tempi d'attesa classe B: 90%</i>	N. Prestazioni Traccianti Garantite Classe B con Tempo Attesa Rispettato / N. Totale Prestazioni Traccianti Garantite Classe B
		<i>E.1.3</i>	<i>Rispetto Tempi d'attesa classe C: 100%</i>	N. Prestazioni Traccianti Garantite Classe C con Tempo Attesa Rispettato / N. Totale Prestazioni Traccianti Garantite Classe C
		<i>E.1.4</i>	<i>Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale: L'Azienda è adempiente se effettua le azioni ed ottiene i risultati previsti nel proprio Piano Aziendale.</i>	La Regione confronta i dati di erogazione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con gli impegni assunti da ciascuna azienda nel proprio Piano di contenimento dei tempi d'attesa.

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Per quanto esposto in premessa l'obiettivo di contenimento dei tempi d'attesa e il raggiungimento delle percentuali di prestazioni erogate entro gli standard previsti permane come ambito strategico aziendale prioritario. L'andamento a livello aziendale nel 2015 rispetto ai tre indicatori rileva che il 97% delle prestazioni richieste con fascia A sono state erogate entro i 10 gg, il 91% delle prestazioni richieste in fascia B sono state erogate entro 30-60gg (94% nel 2014) e il 100% delle prestazioni richieste in fascia C sono state erogate entro 180gg, con un andamento che conferma il risultato dell'anno precedente (Tabella 2).

**Tabella 2: Rispetto dei tempi di Attesa per classe di priorità. IOV, anni 2014 e 2015**

Classe di priorità	% prestazioni erogate entro tempi massimi (DGR 863/2011)	Anno 2014	Anno 2015
A	90%	97%	97%
B	90%	94%	91%
C	100%	100%	100%

Fonte Dati: DWH Regione Veneto - accesso del 08/02/2016

Secondo le indicazioni Regionali contenute nel Piano Riduzione Tempi di Attesa, per questo Istituto sono richiesti da un punto di vista operativo in particolare per le prestazioni oggetto di monitoraggio (in G1 e G2): TRACCIANTI + 87.36 "ESAME CLINICO STRUMENTALE DELLE MAMMELLE" (escluso screening):

"GARANTITA 2":

- riduzione valore misura "gg di attesa oltresoglia" del 10% in classe B;
- mantenimento valore misura "gg di attesa oltresoglia" in classe D, P;

"GARANTITA 1":

- mantenimento valore misura "gg di attesa oltresoglia" in classe B, D, P

Pertanto nel 2016 lo IOV, alla luce dei risultati conseguiti, intende mantenere le azioni e le risorse destinate a garantire un'offerta congrua e in particolare:

- un attento monitoraggio dei volumi di prestazioni con modifica della struttura delle agende informatizzate a seguito del variare della domanda;
- obbligo di attribuzione del quesito diagnostico e della classe di priorità nella prescrizione di tutte le prime visite/prime prestazioni;
- obbligo di attribuzione del quesito diagnostico e della classe di priorità anche per le visite/ prestazioni di controllo, approfondimento e follow-up;
- prenotazione di visite e prestazioni di controllo obbligatoriamente programmata da parte dello specialista al termine della visita, attivando la presa in carico del paziente secondo l'organizzazione aziendale. A tal fine, nei poliambulatori sarà ampliata la disponibilità di postazioni informatizzate;
- attuare controlli di appropriatezza previsti dalla normativa regionale.

**Obiettivo E2 - Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>E</b>	<b>Liste d'Attesa</b>			
<b>E.2</b>	Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per Abitante	<i>E.2.1</i>	<i>Ottimizzazione del Numero di Prestazioni per abitante, riducendo il tasso di utilizzo nelle branche fuori standard: Le Aziende Ospedaliere e lo IOV assumono l'adempimento dell'ULSS nella quale sono insediate.</i>	N. prestazioni per 1.000 abitanti per branca

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Le prestazioni erogate nell'anno 2015 per utenti residenti nell'ULSS 16 raggruppate per branca è riportato nella Tabella 3.

**Tabella 3: numero di prestazioni per residenti ULSS 16 erogate da IOV ed incidenza IOV su erogato ULSS 16 + IOV per residenti. Anno 2015**

Macro area	n° prestazioni	% IOV su erog. IOV+ULSS 16
Branche a visita	60.693	5,7%
Laboratorio	150.348	6,6%
Radiologia-Radiodiagnostica	64.837	16,4%
<b>Totale</b>	<b>275.878</b>	<b>5,5%</b>

**Obiettivo E3 - Appropriatazza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>E</b>	<b>Liste d'Attesa</b>			
<b>E.3</b>	Appropriatezza nell'accesso alle Prestazioni Specialistiche	<i>E.3.1</i>	<i>Verifica della presenza del quesito diagnostico: il 100% delle ricette esaminate con testo appropriato su quesito diagnostico/sospetto clinico</i>	Indagine trimestrale su un giorno a campione sul flusso delle ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale di prime visite e prime prestazioni (escluso Laboratorio ed esenti per patologia)
		<i>E.3.2</i>	<i>Predisposizione di Azioni tese a migliorare l'appropriatezza nell'accesso: Effettuazione di almeno due azioni con evidenza documentale</i>	Analisi documentazione prodotta dalle Aziende in tema di promozione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa di cui al Decreto 9 dicembre 2015

## Area della sostenibilità economico-finanziaria

Al fine di garantire piena operatività e mantenere l'equilibrio economico finanziario con DGR n. 2702 del 30/12/2015, e successiva DGR 28 del 19/01/2016, per ciascuna Azienda Sanitaria del SSR sono stati rideterminati i limiti di costo per i seguenti ambiti: personale, assistenza farmaceutica, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, assistenza integrativa, assistenza protesica, medicina convenzionata e assistenza ospedaliera e ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati per l'anno 2016. La stessa DGRV 2072/2015, inoltre, ha confermato l'attenzione sulla gestione economica delle risorse attribuite e sulla correttezza delle procedure legate a tale gestione, rinnovando l'obiettivo di riduzione dei prezzi di acquisto e del corretto collocamento degli stessi all'interno delle soglie di riferimento della Regione Veneto, nonché dell'applicazione dei modelli di "autoassicurazione".

### **Obiettivo B1- Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>B</b>	<b>Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate</b>			
<b>B.1</b>	Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento Regionale	<i>B.1.1</i>	<i>Utilizzo Prezzi minori o uguali al Prezzo unitario di riferimento Regionale (ove presente) nella acquisizione di "principi attivi", "dispositivi medici", nonché dei servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione" nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nel 2016 anche a titolo di rinegoziazione o rinnovo: L'Azienda risulta adempiente se per ciascuno dei contratti stipulati presi in considerazione evidenzia un prezzo effettivo inferiore o uguale a quello di riferimento.</i>	Per la verifica dell'adempienza si mette a confronto, per ciascun contratto individuato, il prezzo finale sottoscritto ed il prezzo di riferimento regionale.

Con la medesima ottica di corretta gestione delle risorse e di trasparenza (intesa come uniformità di flussi informativi verso l'Organismo Regionale) può essere letto il rinnovo del modello della Contabilità Analitica Regionale.

### **Obiettivo B2- Contabilità Analitica e Modelli LA**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>B</b>	<b>Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate</b>			
<b>B.2</b>	Contabilità Analitica e Modelli LA	<i>B.2.1</i>	<i>Verifica del modello di alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale: adempimento nei tempi e modalità richieste.</i>	Ritorni prodotti dallo IOV alle richieste regionali.

### **Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Rispetto del cronoprogramma e dei requisiti di completezza dei dati inviati per il progetto di Contabilità Analitica Standard regionale relativamente alle richieste che verranno inoltrate nell'anno 2016;

**Obiettivo B3 - Applicare le nuove politiche di Assicurazione**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>B</b>	<b>Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate</b>			
<b>B.3</b>	Applicare politiche di Autoassicurazione	B.3.1	<i>Tempi di istruttoria e di inserimento dei dati nel gestionale regionale Simes: rispetta le scadenze per gli adempimenti prodomici alla trattazione dei sinistri aperti nei mesi di febbraio/marzo 2016</i>	Verifica dell'inserimento delle date relative agli adempimenti istruttori con il rispetto delle scadenze temporali delle varie fasi secondo la procedura gestionale formalizzata.
		B.3.2	<i>Trasmissione della misurazione degli indicatori delle azioni di miglioramento previsti dal risk manager - a seguito di sinistro/evento - per il monitoraggio della loro efficacia: produzione di 10 verbali + 10 azioni correttive e relative misurazioni di efficacia</i>	Saranno verificati: A) la presenza di analisi/proposte di azioni di miglioramento contenute nei verbali CVS; B) la descrizione dell'azione correttiva proposta con indicazione degli indicatori e i tempi di misurazione di efficacia; C) esiti di efficacia delle azioni di correttive come riscontro delle misurazioni effettuate.
		B.3.3	<i>Trasmissione della compilazione semestrale del questionario di autovalutazione Carmina (giugno/dicembre: compilazione semestrale</i>	Confronto con il precedente questionario 2015 sull'andamento della sinistrosità aziendale

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Lo IOV con proposta di deliberazione n. 386 del 13 luglio 2015, ha provveduto a nominare nuovamente il Nucleo Valutazione Sinistri e ad approvare il suo Regolamento di gestione. Con tale deliberazione, approvata e pubblicata, col numero 391 del 13 agosto 2015, l'Istituto ha:

1. formalizzato il nuovo insediamento del Nucleo Aziendale di Valutazione dei sinistri;
2. adottato il Regolamento di funzionamento;
3. individuato, all'interno della SS Affari legali facente parte della UOC Risorse Umane e Affari Generali, l'Ufficio sinistri.



**DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE  
BUDGET 2016**

emissione del 18/04/2016

Pag. 21/31

**Obiettivo D1 e D3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>D</b>	<b>Equilibrio Economico</b>			
<b>D.1</b>	Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	D.1.1	<i>Rispetto del tetto di costo: Personale</i>	Tetto assegnato "DGRV 28/2016": Personale dipendente: €23.642.000 Prestazioni ex.art. 55: €144.000
<b>D.3</b>	Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	D.3.1	<i>Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A e H assegnato</i>	Per lo IOV il pro capite pesato è calcolato come media ponderata della spesa per ATC L01-(Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori, escludendo i principi attivi con indicazione ematologica) delle Aziende ULSS della provincia di Padova pesato per l'incidenza di ciascuna Azienda sul totale dell'erogato dalla struttura.
		D.3.3	<i>Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Ospedaliera</i>	Tetto assegnato "DGRV 28/2016": Conto B.1.A.1: € 25.313.976
		D.3.4	<i>Rispetto del tetto di costo: DM</i>	Tetto assegnato "DGRV 28/2016": Conto B.1.A.3: € 3.222.698
		D.3.5	<i>Rispetto del tetto di costo: IVD</i>	Tetto assegnato "DGRV 28/2016": Conto B.1.A.3.3: ≤ CE consuntivo 2015

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Durante l'esercizio 2015 la Direzione Strategica dell'Istituto ha iniziato a coinvolgere, con incontri periodici a stretta distanza, i gestori dei costi in esame, al fine avviare un processo di responsabilizzazione mirato ad un utilizzo delle risorse appropriato e al contenimento del costante incremento della spesa soprattutto relativamente ai Prodotti farmaceutici ed ai Dispositivi Medici, ciò anche nell'ottica del rispetto dei tetti imposti dalla Regione.

Il governo della spesa farmaceutica è strategico anche alla luce delle nuove regole di valorizzazione della mobilità intraregionale relativa al file F disposte dalla Regione del Veneto, che prevedono forme di penalizzazioni per gli enti erogatori di tali prestazioni con riconoscimento di un ristoro economico parziale (regola 6%).

**Obiettivo D2 - Equilibrio Economico-Finanziario**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>D</b>	<b>Equilibrio Economico</b>			
<b>D.2</b>	<b>Equilibrio Economico-Finanziario</b>	D.2.1	<i>Rispetto del Risultato Economico Programmato: Nelle more dell'approvazione di tutti gli atti di programmazione economica per l'anno 2016, si rimanda ad un successivo momento la definizione puntuale delle modalità di verifica di questo indicatore.</i>	Da definire
		D.2.2	<i>Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse): Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve rispettare la Soglia.</i>	Fonte Modello CE
		D.2.3	<i>Soddisfazione degli indicatori sulla situazione economico-patrimoniale: come D.2.1</i>	Da definire

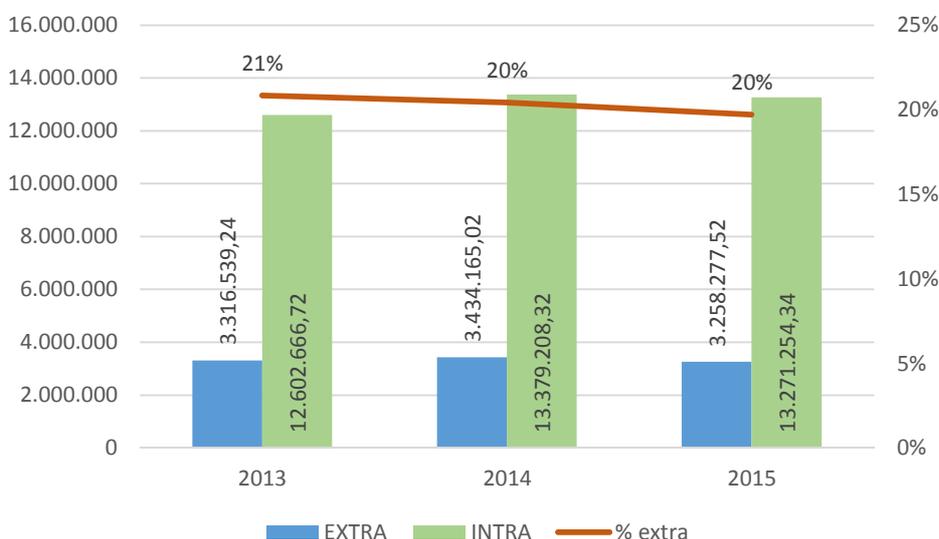
**Obiettivo D5 - Incremento della Mobilità Extraregionale Attiva**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>D</b>	<b>Equilibrio Economico</b>			
<b>D.5</b>	Incremento della Mobilità Extraregionale Attiva	D.5.1	Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera: Incremento rispetto al valore 2015	Valore Tariffato ricoveri per residenti extraregione

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

L'obiettivo di incremento del valore della mobilità attiva extraregionale per l'assistenza ospedaliera, per lo IOV, è calcolato considerando l'intera produzione di ricoveri per residenti extraregione. Il Grafico 3 riporta l'andamento di tale indicatore nel triennio 2013-2015, evidenziando un trend sostanzialmente stabile.

**Grafico 3: Mobilità attiva assistenza ospedaliera. IOV, anni 2013, 2014 e 2015**



**Area informatica e dei flussi informativi**

**Obiettivo C11 - Adempimenti Questionario LEA**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>C</b>	<b>Obiettivi di Salute e funzionamento dei servizi</b>			
<b>C.11</b>	Conseguimento piena adempienza con riferimento al Questionario LEA	C.11.1	Implementazione delle attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto agli adempimenti previsti nel Questionario LEA. L'azienda risulta adempiente nel caso la Regione Veneto ottenga la piena adempienza, oppure se tutti gli interventi richiesti sono stati condotti nei tempi e nei modi previsti.	Rispetto delle scadenze regionali

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

L'Azienda deve implementare le attività finalizzate al raggiungimento del livello di totale adempienza rispetto ai processi, impegni e prescrizioni previsti dal Questionario LEA per la Regione Veneto.

**Obiettivo F1 - Completezza e Tempestività del flusso SDO**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>F</b>	<b>Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario</b>			
<b>F.1</b>	Completezza e Tempestività del flusso SDO	<i>F.1.1</i>	<i>Percentuale di SDO inviate sul totale delle SDO chiuse: ≥95% in almeno sei fasi e nella fase 12</i>	Sarà confrontato per ogni fase il numero di dimissioni ATTESE con il corrispondente numero di SDO. Si verificherà inoltre l'assenza di DRG 470 (< 0,1% del totale).
		<i>F.1.2</i>	<i>Risoluzione anomalie di registrazione del Regime di Ricovero: rispetto dei controlli previsti</i>	Verranno implementati dei controlli logico formali di coerenza tra le date di ammissione, intervento, dimissione, il regime ricovero e il numero di accessi

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

L'andamento dell'indicatore F.1.1, nell'anno 2015 e 2014, è rappresentato nella Tabella 4.

**Tabella 4: Schede di Dimissione Ospedaliera chiuse e dimissioni attese. IOV, anno 2014 e 2015.**

Fase	2015			2014		
	n. SDO inviate	n. Dim. Attese	% Invio	n. SDO inviate	n. Dim. Attese	% Invio
12	5.548	5.615	98,81%	5.810	5.886	98,71%
11	5.032	5.170	97,33%	5.078	5.355	94,83%
10	4.251	4.686	90,72%	4.755	4.913	96,78%
09	3.628	4.155	87,32%	4.283	4.387	97,63%
08	3.522	3.675	95,84%	3.681	3.820	96,36%
07	3.080	3.314	92,94%	3.205	3.416	93,82%
06	2.558	2.789	91,72%	2.747	2.932	93,69%
05	2.119	2.327	91,06%	2.371	2.474	95,84%
04	1.711	1.885	90,77%	1.891	1.954	96,78%
03	1.167	1.406	83,00%	1.211	1.389	87,19%
02	741	908	81,61%	657	915	71,80%
01	347	430	80,70%	248	423	58,63%

Fonte dati: DWH Regione Veneto - accesso al 19/02/2016

**Obiettivo F2 - Implementazione del FSE**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>F</b>	<b>Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario</b>			
<b>F.2</b>	Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici	<i>F.2.1</i>	<i>Raggiungimento del livello di digitalizzazione dei documenti clinici previsto e attivazione delle notifiche verso il registry regionale</i>	<p>Le specifiche di riferimento sono quelle del progetto di Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione del Veneto (FSEr, DGR 1671/2012). Sono verificati i seguenti indicatori:</p> <p><u>Lettere di dimissione:</u> 1) Raggiungimento del 97% (rispetto al totale delle dimissioni) dei documenti prodotti in formato pdf o CDA2 e firmati digitalmente; 2) Attivazione delle notifiche verso il registry regionale;</p> <p><u>Verbale operatorio (nuovo):</u> 1) Raggiungimento del 90% (rispetto al totale degli interventi che lo prevedono) dei documenti prodotti in formato pdf e firmati</p>



**DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE  
BUDGET 2016**

emissione del 18/04/2016

Pag. 24/31

				<p>digitalmente; 2) Attivazione delle notifiche verso il registry regionale;</p> <p><u>Referti di chimica clinica, microbiologia, anatomia patologica e radiologia:</u> 1) Raggiungimento del 98%, per i referti di chimica clinica, microbiologia e anatomia patologica (rispetto al totale dei referti) dei documenti prodotti in formato CDA2 (con adozione del formato LOINC per la chimica clinica e per la microbiologia, della codifica NAP per l'anatomia patologica) e firmati digitalmente; 2) Raggiungimento del 98% (rispetto al totale dei referti) dei documenti di radiologia in formato pdf, firmati digitalmente; 3) Attivazione delle notifiche verso il registry regionale.</p>
		F.2.2	<p><i>Adeguamento dei sistemi aziendali alle specifiche regionali per il recupero dei documenti clinici (CDA2 e pdf) da parte dei MMG/PLS per la processazione automatica (nel caso di referti strutturati) dei risultati</i></p>	<p>L'azienda deve garantire come pre-condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccolta dei consensi privacy ai fini FSEr: raccolta dei consensi previsti dal DPCM 178/2015, nei tempi e nei modi che verranno determinati dal livello regionale. Le specifiche di riferimento sono quelle del progetto di Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione del Veneto (FSEr, DGR 1671/2012). 30% di consensi raccolti sul totale della popolazione individuata.</li> <li>• Adozione delle specifiche del progetto Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione del Veneto (FSEr, DGR 1671/2012).</li> </ul>

**Obiettivo F3 - Dematerializzazione della ricetta cartacea**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>F</b>	<b>Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario</b>			
<b>F.3</b>	Completamento del processo di dematerializzazione della ricetta cartacea	F.3.1	<p><i>% di ricette prescritte in modalità dematerializzata da prescrittori diversi da MMG/PLS: Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia. Si considerano al numeratore solo i prescrittori che abbiamo prescritto almeno 10 ricette/mese.</i></p> <p><i>L'azienda deve garantire come pre-condizione, il mantenimento per i MMG/PLS della percentuale di prescrizione dematerializzata, sia per la farmaceutica che per la specialistica, ad un valore maggiore od uguale al 90%</i></p>	<p>Numeratore: N. Prescrittori che prescrivono in modalità dematerializzata Denominatore: Totale Prescrittori</p>
		F.3.2	<p><i>% di ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi): Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia.</i></p>	<p>Numeratore: N. ricette prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici / Denominatore: Totale Ricette prese in carico</p>

**Obiettivo F4 - Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari**

ID	OBIETTIVO Regionale	Cod.	Obiettivi operativi	Indicatori
<b>F</b>	<b>Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario</b>			
<b>F.4</b>	Qualità dei flussi informativi relativi ai Beni Sanitari	<i>F.4.1</i>	<i>Rispetto simultaneo degli indicatori di qualità e completezza dei flussi informativi relativi ai beni sanitari</i>	<p>F.4.1.a - Flusso consumi DM: % di spesa DM codificati con RDM/BD rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.1.A + B.1.A.3.1.B + B.1.A.3.2). Soglia: ≥ 90%</p> <p>F.4.1.b - Flusso consumi DM: % dei IVD codificati con CND almeno al IV livello di dettaglio rispetto ai modelli CE (B.1.A.3.3). Soglia: 100%</p> <p>F.4.1.c - Flusso Contratti DM: invio dei dati attraverso il tracciato contratti di Fase 2. Soglia: ≥ 50%</p> <p>F.4.1.d - Flusso consumi farmaci (DDF3 e FAROSP): % di spesa rilevata nei flussi rispetto ai modelli CE. Soglia: ≥ 90%</p> <p>F.4.1.e - Flusso farmaci: invio dei dati relativi ai farmaci infusionali ad alto costo attraverso il tracciato DDF3. Soglia: 100%</p> <p>F.4.1.f - Flusso farmaci DDF3: valorizzazione campo targatura per i medicinali con AIC. Soglia: ≥ 70%</p> <p>F.4.1.g - Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: rapporto tra spesa trasmessa mensilmente entro i termini e spesa consolidata nei flussi. Soglia: ≥ 95%</p> <p>F.4.1.h - Flusso Farmaci (DDF3 e FAROSP), flusso consumi DM: quota di errori corretti sul totale degli errori segnalati. Soglia: ≥ 70%</p>

**Descrizione obiettivi operativi e azioni previste per il loro raggiungimento.**

Miglioramento/monitoraggio degli indicatori di qualità dei flussi, anche mediante le definizioni di una procedura aziendale che definisca individuare con chiarezza i soggetti coinvolti, le relative responsabilità, le scadenze e gli strumenti di verifica.



## Area qualità

### **Ospedale**

- Le aree di miglioramento in ambito aziendale sono essenzialmente riconducibili alla Gestione e Sicurezza sul Lavoro sempre più integrata con la gestione del Rischio Clinico.
- Altro importante ambito di sviluppo riguarda le attività riconducibili al governo clinico con l'introduzione e il monitoraggio di indicatori di esito adottati a livello regionale e nazionale (Programma Nazionale Esiti, Scuola S. Anna di Pisa).
- L'azienda ha individuato alcuni ambiti di miglioramento nei diversi momenti di interfaccia con gli utenti: consenso informato, risposta alle segnalazioni di disservizio, semplificazione e automazione delle funzioni di front-office.
- Valutazione del "benessere organizzativo" e il grado di condivisione del sistema di misurazione nella prospettiva di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi offerti.



**DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE  
BUDGET 2016**

emissione del 18/04/2016

Pag. 27/31

***Servizi tecnico amministrativi***

<b>Obiettivi qualitativi aziendali per l'AREA SERVIZI TECNICO AMMINISTRATIVI</b>		
<b>OBIETTIVI AZIENDALI TRIENNALI</b>	<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<b>INDICATORI</b>
Riorganizzazione e revisione dei processi e delle procedure dell'area tecnica e amministrativa	<i>Riorganizzazione delle unità operative e revisione di processi e procedure</i>	Predisposizione della proposta
Manovra del personale, nel rispetto del tetto di costo imposto dalla Regione Veneto	<i>Rispetto del tetto di costo regionale</i>	Predisposizione della proposta
Programmazione delle procedure di gara per l'acquisizione di beni, servizi e lavori (DDG 182/2016)	<i>Una corretta programmazione delle procedure di gara è funzionale al contenimento dei tempi di espletamento delle procedure stesse, oltre ad essere coerente con l'esigenza di attivare efficaci forme di controllo in termini di trasparenza e anticorruzione in ottemperanza alle indicazioni di cui alla determinazione ANAC n. 5 del 06/11/2013.</i>	Approvazione, entro il mese di ottobre di ogni anno, del programma biennale e suoi aggiornamenti annuali, degli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro
Piano investimenti	<i>Definizione delle priorità e monitoraggio dello stato di avanzamento del piano degli investimenti</i>	Predisposizione della proposta del piano di investimenti

## Ricerca

La ricerca dello IOV si è sviluppata secondo le linee di ricerca concordate con il Ministero e che sono le seguenti:

- 1: Cancerogenesi e modelli pre-clinici
- 2: Medicina oncologica personalizzata e terapie innovative
- 3: Approccio multidisciplinare alla malattia oncologica avanzata
- 4: Appropriatezza, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e programmi di rete

In qualche modo queste quattro linee rappresentano un continuum che inizia in laboratorio (linea 1), si posiziona poi all'interfaccia clinica/laboratorio (linea 2), poi sull'approccio razionale alle neoplasie avanzate (linea 3) ed infine sulla verifica dei risultati dei percorsi attuati (linea 4)

Più in dettaglio la descrizione e gli obiettivi delle singole linee sono i seguenti:

### CANCEROGENESI E MODELLI PRE-CLINICI

All'interno di questa linea è collocata gran parte dell'oncologia sperimentale dello IOV e le attività di ricerca sono impregnate sui fattori causali esogeni ed endogeni dei tumori, con particolare riferimento ai virus oncogeni e alle loro interazioni con i processi cellulari, sullo studio dei rapporti tumore e microambiente tumorale, alla neo-angiogenesi tumorale, alle alterazioni metaboliche del tumore, ad ai meccanismi di elusione, caratteristici del tumore dell'immunità cellula mediata. Sono stati inoltre praticati, all'interno di questa linea, approcci innovativi di immunoterapia, sia in tumori umani che in modelli pre-clinici di neoplasia. Per quanto riguarda i modelli preclinici sono stati sviluppati alcuni "avatars" anche se una loro applicazione intensiva in clinica farà parte di sviluppi futuri.

E' infine compresa in questa linea l'attività sul rischio genetico del tumore che trova allo IOV un gruppo di interessi vasto ed organizzato nella Familial Cancer Clinic. E' un'attività di oncologia traslazionale che vede il risultato dell'analisi del DNA trasferito alle modalità di trattamento e di *follow up* del paziente

### MEDICINA ONCOLOGICA PERSONALIZZATA E TERAPIE INNOVATIVE

Anche questa linea è stata sviluppata in coerenza con la missione di medicina traslazione dell'IRCCS. La medicina oncologica personalizzata prevede tre momenti fondamentali:

- diagnostica oncologica di precisione (*precision oncology*), che ha l'obiettivo, l'utilizzando le più moderne metodiche di diagnostica molecolare, di caratterizzare la neoplasia ed individuare i fattori biomolecolari del tumore in grado di predire la prognosi e la risposta alle terapie,;
- la personalizzazione del trattamento oncologico basato sulle caratteristiche di genere, di età, di comorbidità, di farmacogenomica e del profilo psicologico del singolo paziente;
- il disegno di studi clinici con trattamenti innovativi sulla base di studi condotti su modelli preclinici.



Sulla caratterizzazione molecolare della neoplasia, che è il primo dei tre momenti dell'oncologia personalizzata, è stato fatto un grosso sforzo in termini di personale e mezzi tecnici ed abbiamo avviato diversi progetti sulla genomica del tumore del polmone, del colon, della mammella, dell'ovaio, del rene, del cervello, del melanoma, dei tumori endocrini. L'obiettivo di fornire a ogni paziente, al momento della prima visita oncologica, la carta d'identità molecolare del tumore non è più così lontano. Su questo stesso argomento abbiamo intensamente collaborato con Alleanza Contro il Cancro per la stesura del progetto ACC *Genomics* che, se realizzato in tempi brevi, potrà affrancare l'oncologia italiana dal ritardo che ancora accusa su questo particolare campo.

#### APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE ALLA MALATTIA ONCOLOGICA AVANZATA

Nonostante i progressi, la maggior parte dei pazienti con diagnosi di tumore muore per malattia metastatica. Esiste un'oggettiva limitazione nel trasferimento alla pratica clinica dei progressi e delle conoscenze molecolari dovuto principalmente a due fattori:

- la caratterizzazione biologica delle neoplasie che viene fatta quasi esclusivamente su tumori primitivi;
- la scarsa conoscenza dei fattori prognostici e predittivi della malattia metastatica.

Su questi due particolari aspetti la ricerca IOV sta giocando un ruolo molto importante con alcuni progetti centrati sull'utilizzo delle cellule tumorali circolanti come fonte di informazioni molecolari fondamentali per cercare di prevenire le metastasi. E' un progetto, su cui anche altri centri oncologici nazionali ed internazionali stanno lavorando e che mira a conoscere le alterazioni molecolari che compaiono nel corso della vita biologica del tumore.

Il concetto è questo: il tumore, una volta comparso e magari rimosso parzialmente, potrà sviluppare altre nuove alterazioni del DNA che gli conferiranno nuove caratteristiche e potenzialmente sviluppare una nuova aggressività che alla fine si manifesterà con la formazione di metastasi. Noi vogliamo intercettare queste nuove alterazioni molecolari, prima della comparsa delle metastasi. Per farlo è necessario poter svelare le nuove mutazioni nel sangue, nella così detta biopsia liquida. In particolare noi stiamo lavorando con le cellule tumorali circolanti, su cui abbiamo particolare esperienza e che potrebbero rappresentare le cellule del tumore più aggressive, le metastasi potenziali. Un progetto sostenuto anche da due finanziamenti europei.

Accanto a questo progetto stiamo investendo sul sostegno dell'attività multidisciplinare, in particolare delle componenti "molecolare" dei diversi gruppi di patologia che sono stati attivati allo IOV. Siamo infatti convinti che sostenere un ambito nel quale ricercatori clinici e biomedici affrontano insieme le problematiche poste da una specifica patologia possa essere un metodo molto efficace per sviluppare nuovi progetti di oncologia traslazionale.

#### APPROPRIATEZZA, PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI E PROGRAMMI DI RETE

L'utilizzo ottimale delle risorse del servizio sanitario pubblico richiede la creazione di reti oncologiche che garantiscano uniformità di approccio diagnostico-terapeutico, criteri di riferimento ai centri specializzati e



valutazione di appropriatezza del percorso del paziente. Il piano socio-sanitario della Regione Veneto ha attribuito all'Istituto Oncologico Veneto il coordinamento della Rete Oncologica della regione.

Tra i vari compiti della ROV vi è definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente. Su questo progetto lo IOV, ha operato molto bene avviando 16 diversi PDTA gran parte dei quali sono conclusi o in fase di conclusione: un modo molto razionale e scientificamente valido di valutare il corretto utilizzo delle risorse in campo oncologico.

URL e socials dell'istituto Oncologico Veneto IRCCS

[www.ioveneto.it](http://www.ioveneto.it)

PAGINA FACEBOOK

IOV - Istituto Oncologico Veneto:

<https://www.facebook.com/IOV.Istituto.Oncologico.Veneto/>

Twitter:

@I\_love\_iov

[https://twitter.com/I\\_love\\_IOV](https://twitter.com/I_love_IOV)

Istituto Oncologico Veneto Youtube

<https://www.youtube.com/user/ioveneto>

canale IOVinforma

[https://www.youtube.com/channel/UCm\\_6nGV4t0vzY5Ux\\_FCdoLg](https://www.youtube.com/channel/UCm_6nGV4t0vzY5Ux_FCdoLg)

Twitter IOVinforma:

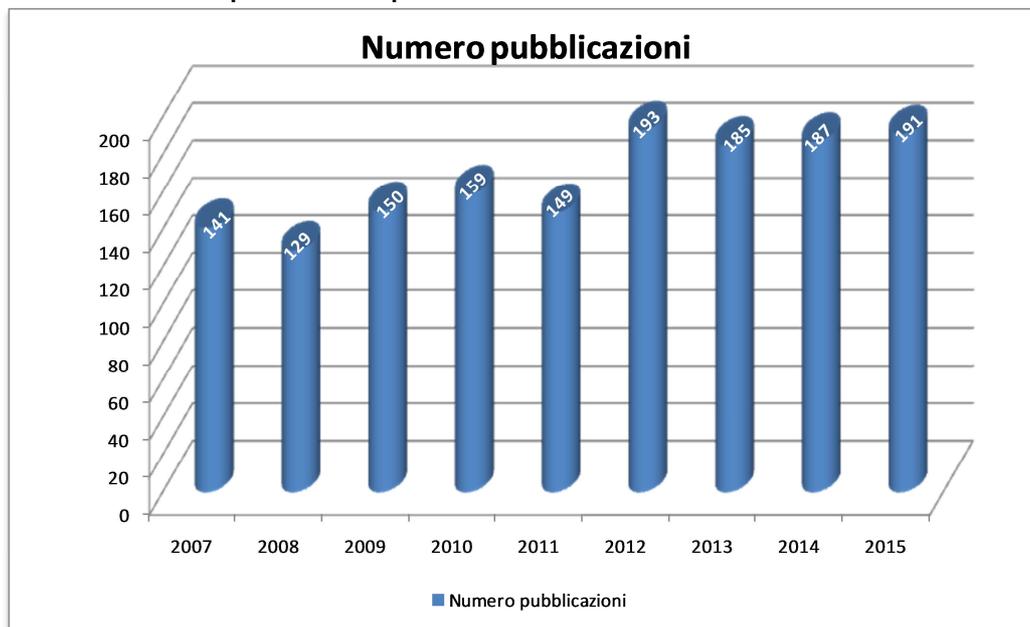
<https://twitter.com/IOVInforma>

@IOVInforma

**Tabella 5: Rendiconto produzione scientifica**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Numero pubblicazioni</b>	141	129	150	159	149	193	185	187	191
<b>IF normalizzato</b>	483,60	484,70	577,10	690,50	647	740,60	865,90	930,10	1.012,5

**Grafico 4: andamento numero pubblicazioni produzione scientifica**



**Grafico 5: andamento IF normalizzato**

