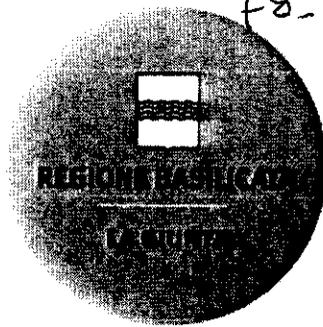


Memorandum

La Regione Basilicata con Deliberazione n. 298 del 14/3/2012 ha fissato gli obiettivi di Salute e di Programmazione Economica Finanziaria per gli anni 2012 - 2013 - per i Direttori Generali delle Aziende sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS - CROB.

I Dirigenti ASP sono invitati a prenderne visione adeguando i propri obiettivi a quelli contenuti nella documentazione allegata.



DELIBERAZIONE N° 298
 SEDUTA DEL 14 MAR. 2012

Dipartimento Salute, Sicurezza e
 Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona
 e alla comunità
 DIPARTIMENTO

OGGETTO PATTO DELLA SALUTE 2010- 2012 - OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA - ANNI 2012-2013 - PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE ASP E ASM, DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO, DELL'IRCCS CROB

Relatore **PRESIDENTE**

La Giunta, riunitasi il giorno 14 MAR. 2012 alle ore 12,45 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Agatino Lino MANCUSI	Vice Presidente	X	
3. Attilio MARTORANO	Componente		X
4. Rosa MASTROSIMONE	Componente	X	
5. Vilma MAZZOCCO	Componente		X
6. Maurizio Marcello PITTELLA	Componente		X
7. Vincenzo Edoardo VITI	Componente	X	

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 4 pagine compreso il frontespizio e di N° 4 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ UPB _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ UPB _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale per estratto

VISTA la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la “ Riforma dell’organizzazione regionale”;

VISTE la D.G.R. 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale, la D.G.R. 2903 del 13 dicembre 2004, disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta, come modificata dalla successiva D.G.R. n. 637 del 03.05.06

VISTE le D.G.R. 1148/05 e la D.G.R. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali;

VISTA la D.G.R. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati, come modificata dalla successiva D.G.R. 1729 del 13.11.2006;

VISTE

- La Legge Regionale n. 39 del 31.10.2001 relativa al “riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale”;
- La Legge Regionale n. 12 del 1.7. 2008 relativa al “riassetto organizzativo e territoriale del servizio Sanitario Regionale”;
- La Legge Regionale n. 26 del 30.12.2011 “ Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale della Regione Basilicata – Legge Finanziaria 2012”;
- la Legge Regionale n. 27 del 30.12.2011 “ Bilancio di Previsione per l’Esercizio Finanziario 2012 e Bilancio Pluriennale per il Triennio 2012/2014”;

DATO ATTO

-che ad oggi, in attuazione della Legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale sono state emanate numerose specifiche direttive vincolanti per le Aziende del SSR;

-che nel corso degli anni precedenti sono stati definiti ed aggiornati obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per le Aziende Sanitarie regionali;

PRESO ATTO che, in data 3 dicembre 2009 - Rep. N. 243/CSR - la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito l’Intesa sul nuovo “Patto per la Salute per gli anni 2010-2012”;

RILEVATO che il suddetto documento mantiene la previsione che l’accesso alle risorse da parte delle Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente;

RITENUTO, ai sensi del Patto per la Salute 2010-2012, di dover procedere alla definizione degli obiettivi di salute ed economico-finanziari che i direttori generali delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere regionali sono tenuti a conseguire nel biennio 2012-2013;

RICHIAMATO il DPCM n. 502 del 19 luglio 1995, come modificato dal DPCM n. 319 del 31 maggio 2001, con cui è stato adottato il Regolamento di determinazione dei contenuti del contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e sanitario delle aziende USL e ospedaliere e che in particolare all’art. 1, comma 5, individua i parametri per la determinazione da parte della Regione del trattamento economico omnicomprensivo dei direttori generali delle aziende USL e ospedaliere e stabilisce che questo possa essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20% dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dalla Regione e misurati mediante appositi indicatori;

RITENUTO di ribadire, in relazione agli aspetti peculiari del documento allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale e che individua gli obiettivi e il sistema degli indicatori per la valutazione del management aziendale;

CHE nel contesto normativo italiano, a seguito della Raccomandazione n° 17/1997 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa agli Stati membri, “sullo sviluppo e l’attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria”, l’appropriatezza delle cure viene indicata come una delle componenti

fondamentali, come espresso già a partire dalla Legge 449/1997 e, successivamente, dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 laddove introduce la distinzione fra "Appropriatezza clinica" e "Appropriatezza organizzativa";

CHE il successivo Decreto Legislativo 229/99 richiama la promozione ed il controllo dell'Appropriatezza in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, mentre il DPCM 29/11/2001, nel definire i Livelli essenziali di assistenza (LEA) fornisce le prime indicazioni operative per la valutazione dell'inappropriatezza in ambito ospedaliero, ponendo l'accento sull'aspetto organizzativo;

CHE nello stesso anno, il DM 12/12/2001 istituisce il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", basato su un set di indicatori finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna Regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;

DATO ATTO, inoltre,

che la DGR 1751/2011 ha approvato uno schema di convezione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) finalizzato, tra l'altro...*ad un sistema di valutazione della performance del SSR...* anche alla luce dei cambiamenti normativi intervenuti;

che a seguito della adozione della D.G.R. 258/2011, la Regione Basilicata ha aderito ad un network di Regioni, coordinato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore S'Anna di Pisa il cui scopo è fornire un sistema di valutazione della performance del sistema sanitario, attraverso il confronto di un set di indicatori, condivisi tra tutte le Regioni che aderiscono al predetto network;

RITENUTO NECESSARIO nella stesura del presente documento far riferimento nella definizione degli obiettivi a tutto quanto sopradetto in termini di appropriatezza e di superamento delle criticità;

SU PROPOSTA DELL'ASSESSORE AL RAMO

DELIBERA

Per quanto espresso in narrativa che si intende integralmente riportato di:

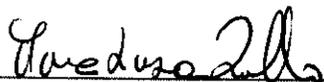
- Approvare gli allegati documenti riferiti alla individuazione degli " Obiettivi e del sistema degli indicatori per la valutazione del management aziendale anni 2012- 2013" , parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatti in collaborazione con L'AGENAS;
- impegnare i direttori generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali alla messa in atto di tutte le azioni ritenute necessarie al conseguimento dei suddetti obiettivi;

Il presente provvedimento non prevede impegno di spesa sul Bilancio regionale.

L'ISTRUTTORE

("[Inserire Nome e Cognome]")

IL RESPONSABILE P.O.



("[Inserire Nome e Cognome]")

IL DIRIGENTE



(dott. Giuseppe MONTAGANO)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

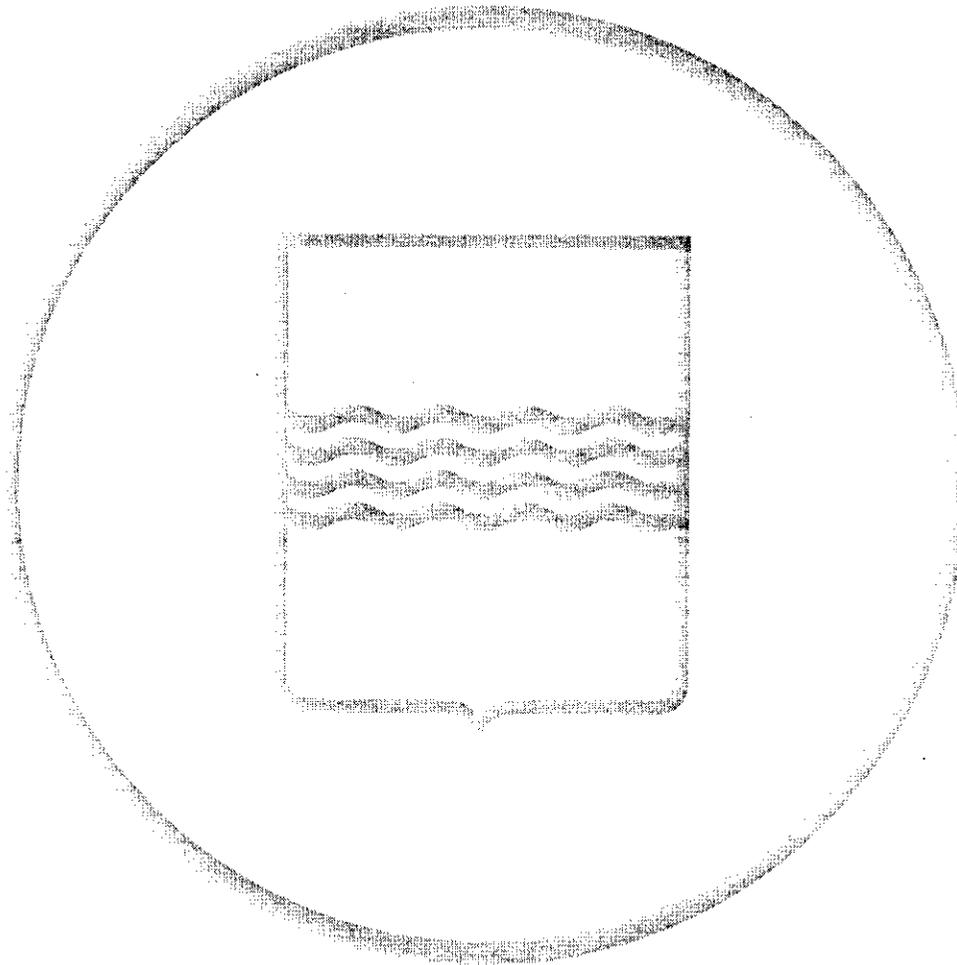
IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 19-3-12
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luong



Scheda Tecnica

Allegato 1

Manuale per il calcolo degli indicatori

AZIENDA SANITARIA POTENZA

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.1 Prevenzione primaria

1.1.1

Definizione:	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)
Numeratore:	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre
Denominatore:	Coorte di bambini che compiono 2 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre}}{\text{Coorte di bambini che compiono 2 anni}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Vaccino pediatrico esavalente (antiDifto-Tetano-Pertosse-Polio-Epatite B e HIB)

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.1 Prevenzione primaria

1.1.2

Definizione:	Copertura per vaccino MPR
Numeratore:	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR
Denominatore:	Coorte di bambini che compiono 2 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{Cicli vaccinali completati al 31 dicembre per MPR}}{\text{Coorte di bambini che compiono 2 anni}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.1 Prevenzione primaria

1.1.3

Definizione:	Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni
Numeratore:	Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni
Denominatore:	Popolazione di età pari o superiore a 65 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni}}{\text{Popolazione di età pari o superiore a 65 anni}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (es. 2011-2012 per il 2012)

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.2 Prevenzione secondaria

1.2.1

Definizione:	Estensione grezza dello screening mammografico
Numeratore:	N. donne invitate allo screening in due anni
Denominatore:	Popolazione di riferimento (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Per le aziende sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella regionale

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.2 Prevenzione secondaria

1.2.2

Definizione:	Adesione grezza dello screening mammografico
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico nell'anno
Denominatore:	N. donne invitate allo screening mammografico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening}}{\text{N. donne invitate allo screening}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Per le aziende sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella regionale

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.2 Prevenzione secondaria

1.2.3

Definizione:	Estensione grezza dello screening cervice uterina
Numeratore:	N. donne invitate allo screening nei tre anni consecutivi
Denominatore:	Popolazione di riferimento (donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni)
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne invitate allo screening in due anni}}{\text{Popolazione di riferimento}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Per le aziende sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella regionale

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.2 Prevenzione secondaria

1.2.4

Definizione:	Adesione grezza dello screening cervice uterina
Numeratore:	N. donne che hanno partecipato allo screening cervice uterina nell'anno
Denominatore:	N. donne invitate allo screening cervice uterina
Formula matematica:	$\frac{\text{N. donne che hanno partecipato allo screening}}{\text{N. donne invitate allo screening}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Per le aziende sanitarie territoriali la popolazione di riferimento è quella provinciale, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella regionale

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.3 Sicurezza negli ambienti di lavoro

1.3.1

Definizione:	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate
Numeratore:	Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate
Denominatore:	Numero di imprese attive presenti sul territorio
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di imprese attive presenti sul territorio controllate}}{\text{Numero di imprese attive presenti sul territorio}} \times 100$
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	Per il numeratore: dati di attività trasmessi dalle Unità Operative di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle ASL (secondo la modulistica condivisa in sede di Coordinamento Interregionale della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro). Per il denominatore: Nuovi Flussi Informativi INAIL, disponibili presso il Dipartimento Salute - Ufficio Politiche della Prevenzione e presso le predette UU.OO. per competenza territoriale.

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.4 Sanità veterinaria

1.4.1

Definizione:	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina, bufalina
Numeratore:	Numero allevamenti controllati
Denominatore:	Numero allevamenti da sottoporre a controllo
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero allevamenti controllati}}{\text{Numero allevamenti da sottoporre a controllo}} \times 100$
Fonte:	Banca Dati Regionale – Anagrafe Animali
Note per l'elaborazione:	Il controllo per la tubercolosi bovina viene effettuato nei soggetti di età > ai 42 giorni.

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.4 Sanità veterinaria

1.4.2

Definizione:	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina
Numeratore:	Numero allevamenti controllati
Denominatore:	Numero allevamenti da sottoporre a controllo
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero allevamenti controllati}}{\text{Numero allevamenti da sottoporre a controllo}} \times 100$
Fonte:	Banca Dati Regionale – Anagrafe Animali
Note per l'elaborazione:	<p>Il controllo per la brucellosi</p> <ul style="list-style-type: none">• bovina e bufalina viene effettuato negli allevamenti ove sono presenti soggetti di età > ai 12 mesi,• ovicaprina viene effettuato negli allevamenti ove sono presenti soggetti di età > ai 6 mesi.

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.4 Sanità veterinaria

1.4.3

Definizione:	Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina
Numeratore:	Numero totale aziende ovicaprine controllate
Denominatore:	Numero totale aziende ovicaprine
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero totale aziende ovicaprine controllate}}{\text{Numero totale aziende ovicaprine}} \times 100$
Fonte:	Banca Dati Regionale – Anagrafe Animali
Note per l'elaborazione:	Deve esser sottoposto a controllo il 3% del numero totale delle aziende ovicaprine censite con almeno il 5% del patrimonio ovicaprino esistente, tenendo conto dei vari indicatori di rischio, stabiliti dalla normativa.

1. TUTELA DELLA SALUTE

1.4 Sanità veterinaria

1.4.4

Definizione:	Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale
Numeratore:	Numero campioni programmati
Denominatore:	Numero campioni analizzati
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero campioni analizzati}}{\text{Numero campioni programmati}} \times 100$
Fonte:	Banca Dati Regionale – NSIS sanita
Note per l'elaborazione:	Il controllo per la ricerca dei residui viene effettuato secondo le indicazioni del Piano Nazionale (matrici da ricercare e siti da sottoporre a controllo).

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatelyzza organizzativa

2.1.1

Definizione:	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso
Numeratore:	N. di ricoveri ordinari attesi
Denominatore:	Popolazione standard
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri ordinari attesi}}{\text{Popolazione standard}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. La popolazione standard è quella ISTAT Italia 2001.</p> <p><i>Sono esclusi i ricoveri:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Relativi a neonati normali (DRG 391)-Relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) <p>Per l'Azienda Ospedaliera San Carlo : La popolazione di riferimento è quella dei comuni indicati nell'allegato alla ex DGR 329/2009 e quella afferente ai comuni di Pescopagano, Ruvo del Monte, Rapone e San Fele come da DGR 606/2010</p>

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatazza organizzativa

2.1.2

Definizione:	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
Numeratore:	N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
Denominatore:	N. di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici}}{\text{N. di dimessi da reparti chirurgici}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i soli ricoveri ordinari</p> <p>Le specialità chirurgiche sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica.</p> <p>(segue ->)</p>

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatazza organizzativa

2.1.2

Definizione:	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari
Note per l'elaborazione:	<p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59)- i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643)- i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125- le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0 , in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95- i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatazza organizzativa

2.1.3

Definizione:	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
Numeratore:	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
Denominatore:	N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri effettuati in Day-Surgery}}{\text{N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010. Sono esclusi i Drg prevalentemente erogati in regime ambulatoriale: 006 – Decompressione del tunnel carpale 039 – Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia 119 – legature e stripping di vene Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Sono esclusi i ricoveri: - dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)</p>

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatelyzza organizzativa

2.1.4

Definizione:	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Numeratore:	N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
Denominatore:	N. di ricoveri in DH medico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica}}{\text{N. di ricoveri in DH medico}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico".

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatazza organizzativa

2.1.5

Definizione:	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
Numeratore:	N. di ricoveri ordinari medici brevi
Denominatore:	N. di ricoveri ordinari medici
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di ricoveri ordinari medici brevi}}{\text{N. di ricoveri ordinari medici}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si selezionano i ricoveri ordinari con DRG medico. Il ricovero breve è identificato dalla durata di degenza pari a 0-1-2 giorni.</p> <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- DRG 391: neonato normale- DRG 373: parto vaginale senza diagnosi complicanti- le modalità di dimissione: deceduto, dimissione volontaria, trasferimento ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatazza organizzativa

2.1.6

Definizione:	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
Numeratore:	Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico
Denominatore:	Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico
Formula matematica:	$\frac{\text{N. giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico}}{\text{N. di dimessi sottoposti a intervento chirurgico}}$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con preospedalizzazione maggiori di 1 giorno. Si considera il primo intervento in ordine cronologico.</p> <p><i>Codifiche ICD-9 CM:</i> Codici di procedure chirurgiche: da 00 a 86 e 87.53, 88.52, 88.53, 88.54, 88.55, 88.56, 88.57, 92.27, 92.30, 92.31, 92.32, 92.33, 92.39, 96.70, 96.71, 96.72, 98.51</p> <p>(segue →)</p>

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.1 Appropriatazza organizzativa

2.1.6

Definizione:	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
Note per l'elaborazione:	<p>Reparto di ammissione:</p> <ul style="list-style-type: none">• Chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica)• Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico <p><i>Sono esclusi:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- I trapianti (DRG 103, 302, 480, 481, 495, 512, 513. Pancreas: intervento principale 528*)- I dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento- I pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno- I dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.2 Appropriatazza clinica

2.2.1

Definizione:	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Numeratore:	Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
Denominatore:	Numero interventi per frattura del femore
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento } \leq 2 \text{ giorni}}{\text{Numero interventi per frattura del femore}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	Si considerano solo i ricoveri ordinari. Codici ICD9-CM in diagnosi principale: Frattura del collo del femore 820.xx AND codici ICD9-CM di intervento principale o secondari: 79.15 Riduzione incruenta di frattura del femore, con fissazione interna 79.35 Riduzione cruenta di frattura del femore, con fissazione interna 81.51 Sostituzione totale dell'anca 81.52 Sostituzione parziale dell'anca 78.55 Fissazione interna del femore senza riduzione di frattura

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.2 Appropriatazza clinica

2.2.2

Definizione:	Percentuale di parti con taglio cesareo primario
Numeratore:	Numero di parti cesarei primari
Denominatore:	Numero totale di parti con nessun pregresso cesareo
Formula matematica:	$\frac{\text{Numero di parti cesarei primari}}{\text{Numero totale di parti con nessun pregresso cesareo}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Sono inclusi i DRG 370-375, o codici ICD-9-CM di diagnosi (principale o secondaria) V27.xx o 640.xy-676.xy dove y =1 o 2, o codici di procedura 72.x, 73.2, 73.5, 73.6, 73.8, 73.9, 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99.</p> <p>Sono escluse tutte le dimissioni di donne con pregresso parto cesareo. L'informazione sul pregresso cesareo viene desunta dalla SDO [codice ICD-9-CM di diagnosi 654.2 nel ricovero per parto, codici di diagnosi 654.2 e di procedura 74.0, 74.1, 74.2, 74.4, 74.99 nei ricoveri effettuati nei due anni precedenti];</p> <p>tutte le dimissioni di donne non residenti nella regione; tutte le donne di età inferiore a 10 anni e superiore a 55 anni; tutte le dimissioni con diagnosi di nato morto. L'informazione sui nati morti viene desunta dalla SDO [codici ICD-9CM di diagnosi: 656.4 (morte intrauterina), V27.1 (parto semplice: nato morto), V27.4 (parto gemellare: entrambi nati morti), V27.7 (altro parto multiplo: tutti nati morti)].</p>

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.1

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per scoppio in residenti della fascia di età: 50-74 anni
Numeratore:	N. ricoveri per scoppio in residenti della fascia di età: 50-74 anni
Denominatore:	Popolazione residente della fascia di età: 50-74
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per scoppio in residenti della fascia di età: 50-74 anni}}{\text{Popolazione residente della fascia di età: 50-74}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i> 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93</p> <p>Esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36-**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)- i ricoveri in strutture private non accreditate

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.2

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni
Numeratore:	N. ricoveri per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni
Denominatore:	Popolazione residente della fascia di età: 20-74
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni}}{\text{Popolazione residente della fascia di età: 20-74}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti , extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i></p> <p>250.xx Diabete mellito</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">- i DRG 113 e 114- i codici di procedura 36 e 39.5- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)- i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)- i ricoveri in strutture private non accreditate

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.3

Definizione:	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni
Numeratore:	N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni
Denominatore:	Popolazione residente della fascia di età: 50-74
Formula matematica:	$\frac{\text{N. ricoveri per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni}}{\text{Popolazione residente della fascia di età: 50-74}} \times 100$
Fonte:	SIS - Flusso SDO
Note per l'elaborazione:	<p>Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti extra regione inclusi. Fino a che non è disponibile la mobilità passiva, questa viene stimata con quella dell'anno precedente.</p> <p><i>Codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:</i></p> <p>490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica</p> <p>491*: Bronchite cronica</p> <p>492*: Enfisema</p> <p>496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione (codici 28, 56, 60, 75)- i ricoveri in strutture private non accreditate; i ricoveri in strutture private non accreditate

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.4

Definizione:	Percentuale di over 64 anni trattati in ADI
Numeratore:	N. di over 64 anni trattati in ADI
Denominatore:	Popolazione residente over 64 anni
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di over 64 anni trattati in ADI}}{\text{Popolazione residente over 64 anni}} \times 100$
Fonte:	SIS – Flusso ADI
Note per l'elaborazione:	

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.5

Definizione:	Consumo di inibitori di pompa protonica
Numeratore:	N. unità posologiche di IPP erogate
Denominatore:	Popolazione residente pesata
Formula matematica:	$\frac{\text{N. unità posologiche di IPP erogate}}{\text{Popolazione residente pesata}}$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) A02BC. E' escluso il consumo privato. Per la popolazione sono utilizzati i seguenti pesi: Segue→

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.5

Definizione:	Consumo di inibitori di pompa protonica	
Note per l'elaborazione:	età	peso
	0--4	0,230
	5--9	0,227
	10--14	0,192
	15--19	0,192
	20--24	0,228
	25--29	0,308
	30--34	0,359
	35--39	0,468
	40--44	0,555
	45--49	0,642
	50--54	0,837
	55--59	1,190
	60--64	1,470
	65--69	1,960
	70--74	2,345
	75--79	2,657
80--84	3,075	
oltre 84	2,423	

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.6

Definizione:	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine
Numeratore:	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno
Denominatore:	N. utenti che consumano statine
Formula matematica:	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno}}{\text{N. utenti che consumano statine}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	Le statine appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. E'escluso il consumo privato.

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.7

Definizione:	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina
Numeratore:	N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati}}{\text{N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina"}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	I sartani appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) (ATC= C09C e C09D) E'escluso il consumo privato.

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.8

Definizione:	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
Numeratore:	N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno
Denominatore:	N. utenti che consumano antidepressivi
Formula matematica:	$\frac{\text{N. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno}}{\text{N. utenti che consumano antidepressivi}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	<p>Gli antidepressivi appartengono alla classe ATC N06A, (classificazione anatomico-terapeutica) che è costituita da N06AA (Inibitori non selettivi della serotonina), N06AB (Inibitori selettivi della serotonina) e N06AX (Altri antidepressivi).</p> <p>E'escluso il consumo privato.</p>

2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

2.3 Efficacia assistenziale territoriale

2.3.9

Definizione:	Consumo di farmaci antibiotici
Numeratore:	DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo
Denominatore:	N. residenti x 365
Formula matematica:	$\frac{\text{DDD di altri farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo}}{\text{N. residenti x 365}} \times 1000$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	<p>I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01.</p> <p>Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose definita giornaliera, che è la dose di mantenimento assunta per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza. E' una unità che consente il confronto tra specialità contenenti la sostanza a diversi dosaggi. Questo indicatore permette il confronto di dosaggi tra popolazioni numericamente differenti e tra periodi di tempo diversi.</p>

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.1

Definizione:	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale
Criterio per valutazione positiva:	Inferiore al 13% del valore complessivo di riparto del fondo sanitario regionale assegnato all'azienda
Fonte:	Ufficio risorse finanziarie del Dipartimento Salute
Note per l'elaborazione:	

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.2

Definizione:	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
Numeratore:	Spesa per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta
Denominatore:	Popolazione residente pesata
Formula matematica:	$\frac{\text{Spesa per la farmaceutica convenzionata} + \text{spesa per distribuzione diretta}}{\text{Popolazione residente pesata}}$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	È inclusa la mobilità intraregionale È esclusa la mobilità extraregionale Per la distribuzione diretta si fa riferimento ai farmaci di classe A Per la popolazione sono utilizzati i seguenti pesi: Segue→

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.2

Definizione:	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	
Note per l'elaborazione:	età	peso
	0--4	0,230
	5--9	0,227
	10--14	0,192
	15--19	0,192
	20--24	0,228
	25--29	0,308
	30--34	0,359
	35--39	0,468
	40--44	0,555
	45--49	0,642
	50--54	0,837
	55--59	1,190
	60--64	1,470
	65--69	1,960
	70--74	2,345
75--79	2,657	
80--84	3,075	
oltre 84	2,423	

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.3

Definizione:	Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto
Numeratore:	N. unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	Totale unità posologiche di derivati diidropiridinici erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formula matematica:	$\frac{\text{N. unità posologiche derivati diidropiridinici non coperti da brevetto}}{\text{Totale unità posologiche di derivati diidropiridinici}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	I derivati diidropiridinici appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) C08CA.

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.4

Definizione:	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto
Numeratore:	N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Denominatore:	Totale unità posologiche di ACE inibitori associati erogate dalle farmacie territoriali in regime convenzionale
Formola matematica:	$\frac{\text{N. unità posologiche di ACE inibitori associati non coperti da brevetto}}{\text{Totale unità posologiche di ACE inibitori associati}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	Gli ACE inibitori associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomica – terapeutica - chimica) C09AB.

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.5

Definizione:	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associati sui sartani non associati
Numeratore:	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati
Denominatore:	N. unità posologiche di sartani non associati
Formula matematica:	$\frac{\text{N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto non associati}}{\text{N. unità posologiche di sartani non associati}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	I sartani non associati appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C09C sartani a brevetto scaduto: losartan, valsartan, ibesartan, candesartan

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica

3.1.6

Definizione:	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associati sui sartani associati
Numeratore:	N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto associati
Denominatore:	N. unità posologiche di sartani associati
Formola matematica:	$\frac{\text{N. unità posologiche di sartani a brevetto scaduto associati}}{\text{N. unità posologiche di sartani associati}} \times 100$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	I sartani associati appartengono alla classe ATC3 (classificazione anatomico-terapeutica) C09D sartani a brevetto scaduto : losartan, valsartan, ibesartan, candesartan

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.2 Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie

3.2.1

Definizione:	Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino
Numeratore:	Differenza tra il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP dell'anno ed il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del Modello SP di due anni precedenti (= Valore Diff)
Denominatore:	Il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario del Modello SP relativo a 2 anni precedenti (=Valore Base)
Formula matematica:	$\text{Valore Diff} / \text{Valore Base}$
Fonte:	Ufficio risorse finanziarie del Dipartimento Salute
Note per l'elaborazione:	L'obiettivo è raggiunto se il valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" dello SP dell'anno è inferiore del valore obiettivo previsto, rispetto al valore riportato nella voce "B.I.1) Rimanenze materiale sanitario" del modello SP di due anni precedenti. Da MODELLO SP

3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

3.2 Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie

3.2.2

Definizione:	Investimenti ex art. 20
Criterio per valutazione positiva:	<p>Per Tutte le Aziende</p> <p>La verifica sarà effettuata dall'Ufficio Risorse Finanziarie sulla base dei «warning» risultanti nel corso dell'anno nella procedura SGP. L'Obiettivo si intenderà raggiunto se i «warning» rilevati in sede monitoraggio bimestrale non siano stati risolti entro il bimestre successivo.</p> <p>Per l'Azienda Sanitaria di Potenza</p> <p>L'azienda deve affidare i lavori individuati nel secondo integrativo APQ entro la data del 30/09/2012.</p>
Fonte:	Ufficio risorse finanziarie del Dipartimento Salute
Note per l'elaborazione:	Fonte : SGP

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Fonte:	SIS		
Criterio per valutazione positiva:	Rispetto della completezza e tempistica di invio di tutti i flussi di seguito indicati		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.)	WEB	mensile (entro 20 mese successivo)
	Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	WEB	semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° semestre entro il 30/11 dell'anno successivo)
	Assistenza Sanitaria Internazionale (TECAS: Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione)	WEB	semestrale (entro il mese successivo al semestre)
	Certificati Assistenza Parto (CEDAP)	WEB	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16)	WEB	annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	WEB	annuale (31 gennaio dell'anno successivo)
	Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24)	WEB	trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)
	Emergenza - Urgenza DM 17/12/2008 (118)	E-mail	mensile (entro 20 mese successivo)
	Emergenza - Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - P.Soccorso)	Supporto magnetico / E-mail	mensile (entro 20 mese successivo)
	Farmaceutica (Diretta o per Conto)	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)
	Farmaceutica (Ospedaliera)	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Flussi economici: conto economico (mod. CE)	WEB	trimestrale (entro il 30 del mese successivo)
	Flussi economici: stato patrimoniale (mod. SP)	WEB	annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)
	Flussi economici: costi dei presidi (mod. CP)	WEB	annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)
	Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	WEB	annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)
	Monitoraggio Consumi Dispositivi Medici (DM 11/06/2010)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES - eventi sentinella)	WEB	scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione)

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES - denuncia sinistri)	WEB	annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)
	Monitoraggio Tempi di Attesa (PNCTA)	Mail	semestrale (entro 15 mese successivo)
	Residenziali/semiresidenziali DM 17/12/2008 (FAR)	WEB	mensile (entro 20 mese successivo)
	Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA)	WEB	Riconversione dei dati: entro il 31/10/11 70%, entro il 31/12/11 100%. Successivamente: aggiornamento continuo
	Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) - DM 15/10/2010	Supporto magnetico / E-mail	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (Attività)
	Schede dimissione ospedaliera (SDO)	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Tossicodipendenza (SIND)	WEB	annuale dal 2011 (validazione Regione)
	Tessera Sanitaria (TS)	WEB	mensile per le prestazioni ambulatoriali(entro il 6 del mese successivo) bisettimanale per altri dati
	Schede di pronto soccorso (SPS)	WEB	trimestrale (entro il 15 del mese successivo)
	PIANI DI RISANAMENTO - Notifica dei Piani di Profilassi ed eradicazione per TBC, BRC e LEB (Dec. 2008/940/CE)	WEB	1° semestre entro 15/7 e annuale entro 28/2
	PNAA - Piano nazionale di vigilanza e controllo sanitario sull'alimentazione animale -	Cartaceo	semestrale (1° semestre entro 31/7 e 31/01)
	WEST NILE DISEASE - D. M. 29 novembre 2007 - Piano di sorveglianza nazionale per la encefalomyelite di tipo West Nile (West Nile Disease) e Ordinanza Ministeriale 5 novembre 2008	WEB	completo al 31/01

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	BENESSERE TRASPORTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali durante il trasporto"	WEB	annuale 31/01
	BENESSERE IN ALLEVAMENTO - Controlli riguardanti la "protezione degli animali negli allevamenti"	Cartaceo	annuale 31/01
	FARMACOSORVEGLIANZA: Attività di ispezione e verifica.	Cartaceo	annuale 31/01
	ZOONOSI - Adempimenti direttiva 99/2003/CE e Regolamento 2160/99 -	WEB	annuale 15/01
	BSE - Reg 999/2001 allegato III sorveglianza TSE.	Cartaceo	annuale 31/03
	SCRAPIE - Decisione della Commissione 2002/677/CE del 22/08/2002.	WEB	semestrale 15/07 - annuale 28/02

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	ANAGRAFE OVICAPRINA - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	WEB	(entro 30 mese successivo)
	ANAGRAFE BOVINA - livello minimo dei controlli aziende bovine	WEB	annuale
	OGM - Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009-2011	WEB	semestre 31/7 e annuale 31/01
	AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di oprigine animale	cartaceo	annuale (31 gennaio dell'anno)
	PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12
	RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.1

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/3

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.2

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		
Fonte:	SIS		
Criterio per valutazione positiva:	Rispetto della completezza e tempistica di invio di tutti i flussi di seguito indicati		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Disturbi comportamento alimentare (SDCDA)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Emergenza - Urgenza (Trasporti)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 20 mese successivo)
	Farmaceutica (Territoriale)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 45 gg successivi)
	Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Medicina (Ass. Medica Base)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.1 Utilizzo dei flussi informativi

4.1.2

Definizione:	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		
Note per l'elaborazione:	Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
	Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Prestazioni ambulatoriali private (CEA)	WEB	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Residenziali/semiresidenziali (ex. Art 26 - AIAS)	FTP	trimestrale (entro 30 mese successivo)
	Residui manicomiali (MANIC)	mail	annuale
	Ruoli Professionali	Supporto magnetico	semestrale (entro 30 mese successivo)
	PASSI	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.2 Revisione contabile

4.2.1

Definizione:	Certificazione del bilancio
Criterio per valutazione positiva:	SI=opinion positiva dell'ente certificatore Positiva con limitazioni=opinion positiva con limitazioni dell'ente certificatore NO=impossibilità
Fonte:	Ufficio risorse finanziarie del Dipartimento Salute
Note per l'elaborazione:	

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.3. Controllo cartelle cliniche

4.3.1

Definizione:	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche
Criterio per valutazione positiva:	<ul style="list-style-type: none">- Controllo di almeno il 10% delle cartelle cliniche di dimissione dell'anno in corso secondo quanto previsto dal D.M. Salute del 10 dicembre 2009- Invio entro il 15 maggio dell'anno successivo della relazione aziendale sul controllo effettuato
Fonte:	Osservatorio Epidemiologico Regionale della Basilicata (OER_B)
Note per l'elaborazione:	

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.4 Risk management

4.4.1

Definizione:	Piano di previsione delle attività
Criterio per valutazione positiva:	- entro 31 marzo dell'anno in corso invio piano per il risk management
Fonte:	Ufficio pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note per l'elaborazione:	

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.4 Risk management

4.4.2

Definizione:	Relazione di attuazione delle attività di Risk Management
Criterio per valutazione positiva:	- entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio della relazione di attuazione del piano per il risk management
Fonte:	Ufficio pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note per l'elaborazione:	

4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

4.5 Valutazione strategie per il controllo del dolore

4.5.1

Definizione:	Consumo di farmaci oppioidi
Numeratore:	DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo
Denominatore:	N. residenti x 365
Formula matematica:	$\frac{\text{DDD farmaci oppioidi maggiori erogate nell'anno per principio attivo}}{\text{N. residenti x 365}} \times 1000$
Fonte:	SIS – flusso MARNO
Note per l'elaborazione:	<p>I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A.</p> <p>Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): <i>Morfina</i> ATC N02AA01, <i>Morfina + antispastici</i> ATC N02AG01, <i>Buprenorfina</i> ATC N02AE01, <i>Fentanile</i> ATC N02AB03, <i>Ossicodone</i> ATC N02AA05</p> <p>Per il CROB e il San Carlo la pop di riferimento è quella della Regione</p>

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5.1 Soddisfazione degli utenti

5.1.1

Definizione:	Produzione relazione sulla customer satisfaction
Criterio per valutazione positiva:	- entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio della relazione sulla customer satisfaction
Fonte:	Ufficio pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note per l'elaborazione:	

OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

Soddisfazione degli utenti

5.1.2

Definizione:	Produzione bilancio sociale
Criterio per valutazione positiva:	- entro il 28 febbraio dell'anno successivo invio del bilancio sociale
Fonte:	Ufficio pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note per l'elaborazione:	

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5.2 Liste di attesa

5.2.1

Definizione:	Miglioramento sui tempi di attesa
Numeratore:	N. di liste di attese critiche risolte
Denominatore:	N. di liste di attese critiche
Formula matematica:	$\frac{\text{N. di liste di attese critiche risolte}}{\text{N. di liste di attese critiche}} \times 1000$
Fonte:	Ufficio pianificazione del Dipartimento Salute della Regione
Note per l'elaborazione:	Le liste critiche dell'anno 2011 sono definite nell'elenco a seguire

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5.2 Liste di attesa

5.2.1

Cod_Ministeriale	Prestazione
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
57.94	CATETERISMO VESCICALE
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) del cranio
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO
88.71.4	Ecografia della tiroide-paratiroidi
88.71.4	Ecografia delle ghiandole salivari
88.72.1	Ecocardiografia
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale
88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
88.73.6	Eco(color)dopplergrafia testicolare
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI
88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS
88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5.2 Liste di attesa

5.2.1

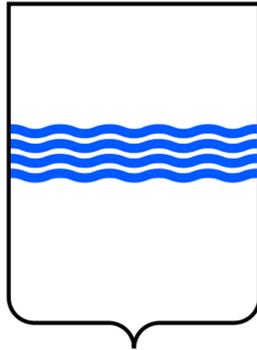
Cod_Ministeriale	Prestazione
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Arteriosa
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI - Venosa
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI - Arteriosa
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI - Venosa
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE - Arteriosa
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE - Venosa
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
88.79.2	Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca
88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE
88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA cervicale
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA lombosacrale
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA toracica
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA cervicale, SENZA E CON CONTRASTO
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA lombosacrale, SENZA E CON CONTRASTO
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA toracica, SENZA E CON CONTRASTO
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL' ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL' ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO
89.13	VISITA NEUROLOGICA
89.24	UROFLUSSOMETRIA

5. OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

5.2 Liste di attesa

5.2.1

Cod_Ministeriale	Prestazione
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO: Dispositivi analogici (Holter)
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.7	Visita allergologica
89.7	Visita cardiologica
89.7	Visita chirurgia vascolare
89.7	Visita chirurgica
89.7	Visita dermosifilopatica
89.7	Visita diabetologica
89.7	Visita endocrinologica
89.7	Visita fisiatrica
89.7	Visita gastroenterologica
89.7	Visita medicina dello sport
89.7	Visita ortopedica o traumatologica
89.7	Visita otorinolaringoiatrica
89.7	Visita pneumologica
89.7	Visita reumatologica
89.7	Visita senologica
89.7	Visita urologica
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)
95.02	Visita oculistica con studio del campo visivo
95.02	Visita oculistica ragazzi età scolare (max 10 anni), esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo con eventuale prescrizione di lenti
95.02	Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo con eventuale prescrizione di lenti
95.13	Ecobiometria oculare
95.13	ECOGRAFIA OCULARE
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI



**OBIETTIVI 2012
DELLE AZIENDE SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA**

ASP

febbraio 2012



SOMMARIO

PREMESSA E LOGICHE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE 2012.....	3
AREA N. 1.....	7
OBIETTIVO 1.1: PREVENZIONE PRIMARIA.....	7
OBIETTIVO 1.2: PREVENZIONE SECONDARIA.....	7
OBIETTIVO 1.3: SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	8
OBIETTIVO 1.4: SANITÀ VETERINARIA	8
AREA N. 2.....	9
OBIETTIVO 2.1: APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	9
OBIETTIVO 2.2: APPROPRIATEZZA CLINICA.....	10
OBIETTIVO 2.3: EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE.....	10
AREA N. 3.....	11
OBIETTIVO 3.1: EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA.....	11
OBIETTIVO 3.2: RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICO E FINANZIARIE.....	11
AREA N. 4.....	12
OBIETTIVO 4.1: UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI.....	12
OBIETTIVO 4.2: REVISIONE CONTABILE.....	12
OBIETTIVO 4.3: CONTROLLO CARTELLE CLINICHE	13
OBIETTIVO 4.4 : RISK MANAGEMENT.....	13
OBIETTIVO 4.5: VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE	13
AREA N. 5.....	14
OBIETTIVO 5.1: SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	14
OBIETTIVO 5.2: LISTE DI ATTESA.....	14

PREMESSA E LOGICHE DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE 2012

Il presente documento descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi da assegnare alle Aziende Sanitarie per l'anno 2012 .

Il sistema obiettivi afferisce a 5 principali aree di risultato:

- TUTELA DELLA SALUTE
- PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
- GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
- CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI
- OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

ed è articolato per le diverse Aziende in:

- 16 obiettivi per le Aziende Sanitarie territoriali (ASP/ASM)
- 10 obiettivi per l'Azienda Ospedaliera San Carlo
- 11 obiettivi per l'IRCCS-CROB

Gli obiettivi hanno volutamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero *panel* di indicatori che monitorano l'andamento delle Aziende Sanitarie.

Il presente documento contiene la descrizione delle aree di risultato, dei singoli obiettivi, il peso attribuito a ognuno di essi e i relativi indicatori correlati.

In allegato si presenta la **Scheda Tecnica (allegato 1)** composta da una scheda di sintesi in cui è riportato il valore minimo e massimo atteso e dal manuale con la relativa modalità di calcolo del valore realizzato per ogni indicatore.

Qualora il raggiungimento di qualche obiettivo, dovesse essere impedito da "cause" la cui eliminazione non fosse nelle responsabilità dirette dei Direttori Generali, l'obiettivo verrà rivisto dall'Assessorato e se del caso rimodulato.

Gli obiettivi verranno verificati oltre che alla chiusura del 31 dicembre 2012:

- al 31 maggio 2012
- al 30 settembre 2012

PRE-REQUISITI

Al sistema obiettivi è correlata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

La partecipazione al sistema di valutazione degli obiettivi di cui al presente documento può essere intrapresa solo nel caso in cui i Direttori Generali abbiano preliminarmente superato una verifica in merito a:

- **Equilibrio Economico del SSR (solo 2012):**

I Costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2012 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010

- **Rete Regionale degli Acquisti - URA :**

L'azienda deve aver provveduto all'approvvigionamento di beni e servizi attraverso unioni regionali di acquisto, in misura non inferiore al 70% del volume complessivo degli acquisti di beni e servizi. Tale obiettivo si intende raggiunto se l'azienda in qualità di soggetto capofila provvede ad indire e/o ad aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto secondo il seguente crono programma:

n.	DENOMINAZIONE URA	Capofila	Aderenti	Obiettivo 2012	Obiettivo 2013
1	Farmaci (PHT)	ASM	Tutte	-	Accordo quadro per PHT
2	Ausili Protesici	ASP	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	-
3	Materiale specialistico per dialisi	S.CARLO	Tutte	Aggiudicazione Lotto infruttuoso	-
4	Materiale di medicazione di uso comune	CROB	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	-
5	Materiale per ortopedia (protesi)	ASM	Tutte	Aggiudicazione lotti infruttuosi	-
6	Materiale specialistico per oculistica (coordinamento del interaziendale di oculistica)	ASP	ASM - S.Carlo	-	Aggiudicazione
7	Dispositivi x prelievi multipli e materiale di consumo per laboratori vari	ASP	Tutte	Aggiudicazione	-
8	Materiale per presidi medico chirurgici di uso comune (non altamente specialistici)	ASM	Tutte	-	Aggiudicazione
	Dispositivi medici drenaggi e dispositivi di protezione	ASM	Tutte	-	Aggiudicazione
	Dispositivi anestesia, apparato respiratorio e urogenitale	ASM	Tutte	-	Aggiudicazione
9	Emodinamica ed elettrostimolazione	S.CARLO	ASM - ASP	Aggiudicazione gara dei lotti infruttuosi	-

10	Suturatici meccaniche	S.CARLO	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
	Fili di sutura	S.CARLO	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
11	Servizio di prelievo, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari	S.CARLO	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
12	Fornitura di materiale radiografico di consumo (pellicole per stampa a secco e relative buste) e della locazione, installazione, avviamento, formazione all'uso e manutenzione di sistemi per la digitalizzazione (CR) e di sistemi per la stampa a secco di immagini radiografiche	CROB	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
14	Screening mammografico, cervicouterino e colon retto	CROB	Tutte	Aggiudicazione	-
15	Prosciutti e salumi	S.CARLO	ASP	Indizione	Aggiudicazione
	Pane	S.CARLO	ASP	Aggiudicazione	-
16	Vaccini	ASP	Tutte	Aggiudicazione tutti i Lotti	-
17	Test HPV	CROB	S.Carlo - ASM	Aggiudicazione	-
18	Assistenza respiratoria domiciliare e fornitura di ausili per tracheotomia	ASP	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
19	NAT	S.CARLO	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
20	Sistema Informativo Contabile	ASP	Tutte	Aggiudicazione	
21	Servizi in strutture residenziali e semi-residenziali / Case alloggio	ASM	ASP	Indizione	Aggiudicazione
22	Pulizia	CROB	ASP - ASM	Indizione	Aggiudicazione
23	Ristorazione	ASM	ASP CROB 2014 S.Carlo Pesc- 2013	-	Indizione
24	Manutenzione Impianti (elettrici, condizion, riscaldam.)	CROB	ASP- ASM	Indizione	Aggiudicazione
25	Manutenzione tecnologie biomedicali (tecnologie medio/basse)	ASM	Tutte	-	Indizione
26	Vigilanza	ASM	CROB - S.Carlo	Aggiudicazione	
27	Assicurazioni	ASM	CROB	Aggiudicazione	
28	Dispositivi per cardiologia pediatrica	S.CARLO	Tutte	Indizione	Aggiudicazione
29	SIT	S.CARLO	Tutte	-	Indizione

SISTEMA DI VALUTAZIONE

Verificato il raggiungimento dei pre-requisiti si ha accesso al sistema obiettivi per il 2012.

Fatto cento il punteggio totale raggiungibile da ogni Azienda sono stati assegnati dei punteggi parziali per ogni area di risultato e i loro relativi obiettivi come indicato a seguire nel documento e nella Scheda Tecnica in allegato.

VALUTAZIONE GLOBALE DELLA PERFORMANCE (V.G.P)

Per valutare il trend positivo o negativo che il *management* ha saputo realizzare nella gestione della propria Azienda si è deciso inoltre di valutare la performance globale dell'azienda (V.G.P) attraverso il confronto tra il posizionamento che la stessa aveva nell'anno 2010 e il posizionamento ottenuto a fine 2012 su 10 indicatori individuati all'interno dei 47 impiegati per la valutazione degli obiettivi: ogni azienda ritroverà i 10 indicatori per la valutazione globale della performance all'interno della Scheda Tecnica.

I casi possibili di esito della valutazione globale della performance sono tre:

- 1) se l'Azienda ha peggiorato la sua performance su questi indicatori il risultato ottenuto sul totale degli obiettivi verrà decurtato del 30% della differenza tra il massimo ottenibile e il risultato ottenuto;
- 2) se l'Azienda ha migliorato la sua performance su questi indicatori il risultato ottenuto sul totale degli obiettivi verrà incrementato del 30% della differenza tra il massimo ottenibile e il risultato ottenuto;
- 3) se l'Azienda ha mantenuto la stessa identica performance su questi indicatori verrà assegnato il punteggio già ottenuto sul totale degli obiettivi senza correttivi.

A titolo di esempio:

- a) valore totale degli obiettivi 90 su 100, valore di performance peggiorata, punteggio finale 87
- b) valore totale degli obiettivi 90 su 100, valore di performance migliorata, punteggio finale 93
- c) valore totale degli obiettivi 90 su 100, valore di performance mantenuta, punteggio finale 90

Per l'Azienda che ha ottenuto come valore totale obiettivi il 100% la valutazione globale di performance non viene applicata.

AREA N. 1	
AREA DI RISULTATO	TUTELA DELLA SALUTE
DESCRIZIONE	Area su cui l'Azienda deve impegnarsi sia per la prevenzione primaria che secondaria
PESO	20

OBIETTIVI E INDICATORI

OBIETTIVO 1.1: PREVENZIONE PRIMARIA	
L'obiettivo procede alla verifica di alcune attività di prevenzione sulla popolazione. L'obiettivo si concentra sia sulle vaccinazioni obbligatorie sia su quelle raccomandate (morbillo, parotite, rosolia nell'infanzia e influenza nell'anziano). Le coperture garantiscono l'efficienza del sistema organizzativo e delle pratiche vaccinali per la protezione della popolazione di riferimento.	
INDICATORI:	
1.1.1	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi).
1.1.2	Copertura per vaccino MPR.
1.1.3	Copertura per vaccino antinfluenzale <i>over</i> 64 anni.
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 5 / 20	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

OBIETTIVO 1.2: PREVENZIONE SECONDARIA	
Messa a regime dei programmi di screening oncologici per cervice uterina, mammella per garantire la diagnosi precoce nelle popolazioni target. L'efficienza del sistema organizzativo degli screening è il requisito fondamentale per la garanzia del risultato dell'effettiva efficacia delle azioni di prevenzione. L'obiettivo quindi vuole verificare le attività e la qualità dei programmi organizzati di screening.	
INDICATORI:	
1.2.1	Estensione grezza dello screening mammografico.
1.2.2	Adesione grezza dello screening mammografico.
1.2.3	Estensione grezza dello screening della cervice uterina.
1.2.4	Adesione grezza dello screening della cervice uterina.
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 5 / 20	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

OBIETTIVO 1.3: SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	
L'obiettivo procede alla verifica delle attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento della prevenzione delle Aziende Sanitarie per la tutela della salute dei luoghi di lavoro ed è un obiettivo macro per la riduzione degli incidenti sul lavoro come richiesto a livello ministeriale nel Patto per la Salute	
INDICATORE:	
1.3.1	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate.
VALORE INDICATORE: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 5 / 20	
SCALA: 0 sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

OBIETTIVO 1.4: SANITÀ VETERINARIA	
Monitoraggio della regolarità e sistematicità dei controlli veterinari presso le aziende di allevamento e sui campioni di alimenti. Sono obiettivi vincolanti per il Ministero della Salute e quindi nel superamento dei LEA in quanto complessivamente contribuiscono alla garanzia della sicurezza alimentare	
INDICATORI:	
1.4.1	Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina.
1.4.2	Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina.
1.4.3	Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina.
1.4.4	Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale.
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 5 / 20	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

AREA N. 2	
AREA DI RISULTATO	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
DESCRIZIONE	Quest'area comprende obiettivi riferiti alla qualità, appropriatezza e l'efficienza della capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali. Gli indicatori mirano alla valutazione degli esiti e non solo delle iniziative avviate per la gestione dei processi e dei percorsi intermedi. Particolare rilievo viene dato all'efficienza intesa come capacità dell'Azienda di utilizzare le risorse appropriate per ottenere il coerente raggiungimento dei risultati
PESO	40

OBIETTIVI E INDICATORI

OBIETTIVO 2.1: APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	
La valutazione di appropriatezza organizzativa ha come oggetto il processo diagnostico-assistenziale e fa riferimento ad un insieme di proprietà, riconducibili alla massimizzazione della produzione di prestazioni in relazione alle risorse disponibili ed impiegate, misurabili con indicatori di produzione. Nella valutazione di appropriatezza organizzativa gli atti medici sono valutati sotto il profilo della competenza gestionale/organizzativa. La domanda di assistenza sanitaria che i cittadini rivolgono al servizio pubblico deve essere guidata dal sistema sanitario, con particolare riguardo ai ricoveri ospedalieri e quindi al tasso di ospedalizzazione, in modo che la risposta sia adeguata al bisogno sanitario e venga erogata nelle forme più appropriate.	
INDICATORI:	
2.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzati per età e sesso.
2.1.2	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medici per ricoveri ordinari
2.1.3	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici
2.1.4	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
2.1.5	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
2.1.6	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 10/40	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

OBIETTIVO 2.2: APPROPRIATEZZA CLINICA	
L'appropriatezza clinica rappresenta un elemento chiave per l'accesso a prestazioni di buona qualità. Tale aspetto è indagato con alcuni indicatori riferiti all'appropriatezza chirurgica e medica.	
INDICATORI:	
2.2.1	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni
2.2.2	Percentuale di parti con taglio cesareo primario
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 10/40	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

OBIETTIVO 2.3: EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE	
Gli indicatori hanno l'obiettivo di valutare gli esiti delle azioni e delle attività territoriali ai fini dell'integrazione Ospedale-Territorio e considera quindi l'efficacia delle attività territoriali in termini di continuità assistenziale garantendo il minor ricorso al ricovero ospedaliero e la corretta e appropriata prescrizione farmaceutica.	
INDICATORI:	
2.3.1	Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni
2.3.2	Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni
2.3.3	Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni
2.3.4	Percentuale di <i>over</i> 64 anni trattati in ADI
2.3.5	Consumo di inibitori di pompa protonica
2.3.6	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine
2.3.7	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina
2.3.8	Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi
2.3.9	Consumo di farmaci antibiotici
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 20/40	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

AREA N. 3	
AREA DI RISULTATO	GESTIONE ECONOMICA FINANZIARIA
DESCRIZIONE	L'area è volta a monitorare alcune aree in cui sono possibili interventi di razionalizzazione ai fini dell'efficienza economica-finanziaria con l'obiettivo di ridurre il rischio del non raggiungimento dell'equilibrio di bilancio
PESO	10

OBIETTIVO 3.1: EFFICIENZA PRESCRITTIVA FARMACEUTICA	
L'obiettivo valuta il corretto uso delle risorse per il consumo dei farmaci, in particolar modo quelli che impattano in modo significativo sulla spesa	
INDICATORI:	
3.1.1	Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale
3.1.2	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite
3.1.3	Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto
3.1.4	Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto
3.1.5	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati
3.1.6	Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani associati
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 5 / 10	
SCALA: per l'indicatore 3.1.1- SI (100%); NO (0%)0%	
Per gli tutti gli altri indicatori - sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

OBIETTIVO 3.2: RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICO E FINANZIARIE	
Tale obiettivo individua le aree su cui intervenire con processi di razionalizzazione e con attività di corretta allocazione delle risorse per gli investimenti	
INDICATORI:	
3.2.1	Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino
3.2.2	Investimenti ex art. 20
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	

PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 5 / 10
SCALA: per l'indicatore 3.2.1 - 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal max in su. per l'indicatore 3.2.2- SI (100%); NO (0%)

AREA N. 4	
AREA DI RISULTATO	CONSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI
DESCRIZIONE	Gli obiettivi presenti in quest'area costituiscono aspetti significativi per la Regione Basilicata ai fini del superamento dei tavoli nazionali e nell'ambito di alcuni progetti di miglioramento di alcune specifiche aree sanitarie
PESO	20

OBIETTIVO 4.1: UTILIZZO DEI FLUSSI INFORMATIVI	
Quest'obiettivo mira a porre i flussi in un'ottica di irrinunciabile qualità informativa. Quelli di gruppo A sono i flussi di interesse ministeriale, quelli di gruppo B sono quelli di interesse regionale.	
INDICATORI:	
4.1.1	Numero di flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)
4.1.2	Numero di flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 4 /20	
SCALA: SI (100%); NO (0%)	

OBIETTIVO 4.2: REVISIONE CONTABILE	
Obiettivo di trasparenza amministrativa per le Aziende	
INDICATORI:	
4.2.1	Certificazione del bilancio
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 4 /20	
SCALA: 0% impossibilità , 50% opinion positiva con limitazioni, 100% opinion positiva	

OBIETTIVO 4.3: CONTROLLO CARTELLE CLINICHE	
Obiettivo di revisione della qualità richiesto dal ministero	
INDICATORI:	
4.3.1	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 4 /20	
SCALA: SI (100%); NO (0%)	

OBIETTIVO 4.4 : RISK MANAGEMENT	
Tale obiettivo mira ad incentivare le attività aziendali volte allo sviluppo della sicurezza del paziente e alla revisione della qualità organizzativa e clinica.	
INDICATORI:	
4.4.1	Piano di previsione delle attività di Risk Management
4.4.2	Relazione di attuazione delle attività di Risk Management
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 4 /20	
SCALA: SI (100%); NO (0%)	

OBIETTIVO 4.5: VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE	
Tale obiettivo, attraverso un indicatore sintetico di esito sull'utilizzo di farmaci a livello territoriale e nella distribuzione diretta per la terapia del dolore, valuta gli esiti della riorganizzazione e degli investimenti che la Regione ha voluto in tale direzione sia in ambito ospedaliero che territoriale	
INDICATORI:	
4.5.1	Consumo di farmaci oppioidi
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 4 /20	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

AREA N. 5	
AREA DI RISULTATO	OBIETTIVO DI EMPOWERMENT
DESCRIZIONE	Tale obiettivo mira a considerare centrale il cittadino nelle attività delle Aziende attraverso la rendicontazione e la valutazione dei livelli di gradimento degli output prodotti sia in termini di servizio che di prestazioni
PESO	10

OBIETTIVO 5.1: SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	
Per la valutazione del gradimento dell'utente le Aziende devono garantire e di conseguenza rendicontare il livello di soddisfazione raggiunto e redigere il bilancio sociale ai fini della corretta informazione agli <i>stakeholders</i> con particolare attenzione al cittadino	
INDICATORI:	
5.1.1	Produzione relazione sulla <i>customer satisfaction</i>
5.1.2	Produzione bilancio sociale
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 3/10	
SCALA: SI (100%); NO (0%)	

OBIETTIVO 5.2: LISTE DI ATTESA	
E' compito fondamentale da parte delle Aziende garantire il rispetto dei tempi di attesa stabiliti per ogni prestazione. L'indicatore permette quindi di valutare il miglioramento effettivamente prodotto dall'Azienda per allineare i tempi effettivi a quelli previsti dalla normativa vigente per quelle che vengono individuate come prestazioni critiche.	
INDICATORI:	
5.2.1	Miglioramento sui tempi di attesa
VALORE INDICATORI: cfr.allegato 1	
PUNTEGGIO DELL'OBIETTIVO: 7/10	
SCALA: 0% sotto il valore minimo, 50% tra valore minimo e il valore massimo, 100% dal valore massimo in su	

Risultati - Obiettivi - Indicatori	Indicatori per la VGP	Sistema di pesi	Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo							
			0%		50%		100%			
1 TUTELA DELLA SALUTE		20								
1.1 Prevenzione primaria		5								
1.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)		30%	inferiore a	80	da	80	a	90	maggiore di	90
1.1.2 Copertura per vaccino MPR		30%	inferiore a	80	da	80	a	90	maggiore di	90
1.1.3 Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni	*	40%	inferiore a	65	da	65	a	75	maggiore di	75
1.2 Prevenzione secondaria		5								
1.2.1 Estensione grezza dello screening mammografico		20%	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.2.2 Adesione grezza dello screening mammografico		30%	inferiore a	40	da	40	a	80	maggiore di	80
1.2.3 Estensione grezza dello screening cervice uterina	*	20%	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.2.4 Adesione grezza dello screening cervice uterina		30%	inferiore a	30	da	30	a	60	maggiore di	60
1.3 Sicurezza negli ambienti di lavoro		5								
1.3.1 Percentuale di imprese attive sul territorio controllate		100%	inferiore a	5	da	5	a	10	maggiore di	10
1.4 Sanità veterinaria		5								
1.4.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina		25%	inferiore a	95	da	95	a	99	maggiore di	99
1.4.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina		25%	inferiore a	95	da	95	a	99	maggiore di	99
1.4.3 Percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina		25%	inferiore a	3	da	3	a	5	maggiore di	5
1.4.4 Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale		25%	inferiore a	90	da	90	a	99	maggiore di	99
2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI		40								
2.1 Appropriata organizzativa		10								
2.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		15%	maggiore di	120	da	105	a	120	inferiore a	105
2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	*	20%	maggiore di	30	da	20	a	30	inferiore a	20
2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici		15%	inferiore a	50	da	50	a	65	maggiore di	65
2.1.4 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	*	20%	maggiore di	30	da	10	a	30	inferiore a	10
2.1.5 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi		15%	maggiore di	28	da	12	a	28	inferiore a	12
2.1.6 Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	*	15%	maggiore di	1,45	da	1	a	1,45	inferiore a	1
2.2 Appropriata clinica		10								
2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	*	50%	inferiore a	40	da	40	a	60	maggiore di	60
2.2.2 Percentuale di parti con taglio cesareo primario	*	50%	maggiore di	35	da	25	a	35	inferiore a	25
2.3 Efficacia assistenziale territoriale		20								
2.3.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni		15%	maggiore di	350	da	200	a	350	inferiore a	200
2.3.2 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni		15%	maggiore di	42	da	21	a	42	inferiore a	21
2.3.3 Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni		10%	maggiore di	125	da	50	a	125	inferiore a	50
2.3.4 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI		15%	inferiore a	3,5	da	3,5	a	5,5	maggiore di	5,5
2.3.5 Consumo di inibitori di pompa protonica		10%	maggiore di	27	da	21	a	27	inferiore a	21
2.3.6 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine		10%	maggiore di	15	da	8	a	15	inferiore a	8
2.3.7 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina		10%	maggiore di	35	da	30	a	35	inferiore a	30
2.3.8 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi		5%	maggiore di	31	da	27	a	31	inferiore a	27
2.3.9 Consumo di farmaci antibiotici		10%	maggiore di	24	da	20	a	24	inferiore a	20
3 GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA		10								
3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica		5								
3.1.1 Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale		20%	NO		-		SI			
3.1.2 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	*	20%	maggiore di	250	da	215	a	250	inferiore a	215
3.1.3 Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto		15%	inferiore a	65	da	65	a	75	maggiore di	75
3.1.4 Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto		15%	inferiore a	77	da	77	a	84	maggiore di	84
3.1.5 Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati		15%	inferiore a	14	da	14	a	18	maggiore di	18
3.1.6 Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani associati		15%	inferiore a	13	da	13	a	19	maggiore di	19
3.2 Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie		5								
3.2.1 Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino		50%	inferiore a	20	da	20	a	30	maggiore di	30
3.2.2 Investimenti ex art. 20		50%	NO				SI			
4 CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI		20								
4.1 Utilizzo dei flussi informativi		4								
4.1.1 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		80%	NO				SI			
4.1.2 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		20%	NO				SI			
4.2 Revisione contabile		4								
4.2.1 Certificazione del bilancio		100%	NO		Positiva con limitazioni		SI			
4.3 Controllo cartelle cliniche		4								
4.3.1 Valutazione appropriatezza cartelle cliniche		100%	NO				SI			
4.4 Risk management		4								
4.4.1 Piano di previsione delle attività di Risk Management		30%	NO				SI			
4.4.2 Relazione di attuazione delle attività di Risk Management		70%	NO				SI			
4.5 Valutazione strategie per il controllo del dolore		4								
4.5.1 Consumo di farmaci oppioidi	*	100%	inferiore a	1	da	1	a	1,6	maggiore di	1,6
5 OBIETTIVI DI EMPOWERMENT		10								
5.1 Soddifazione degli utenti		3								
5.1.1 Produzione relazione sulla customer satisfaction		50%	NO				SI			
5.1.2 Produzione bilancio sociale		50%	NO				SI			
5.2 Liste di attesa		7								
5.2.1 Miglioramento sui tempi di attesa	*	100%	inferiore a	50	da	50	a	80	maggiore di	80

Numeri di Risultati	5
Numeri di obiettivi	16
Numero di Indicatori	47
Numero di Indicatori per la VGP	10

Risultati - Obiettivi - Indicatori	Indicatori per la VGP	Sistema di pesi	Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo							
			0%		50%		100%			
1 TUTELA DELLA SALUTE		20								
1.1 Prevenzione primaria		5								
1.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi)		30%	inferiore a	80	da	80	a	90	maggiore di	90
1.1.2 Copertura per vaccino MPR		30%	inferiore a	80	da	80	a	90	maggiore di	90
1.1.3 Copertura per vaccino antinfluenzale over 64 anni	*	40%	inferiore a	65	da	65	a	75	maggiore di	75
1.2 Prevenzione secondaria		5								
1.2.1 Estensione grezza dello screening mammografico		20%	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.2.2 Adesione grezza dello screening mammografico		30%	inferiore a	40	da	40	a	80	maggiore di	80
1.2.3 Estensione grezza dello screening cervice uterina	*	20%	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.2.4 Adesione grezza dello screening cervice uterina		30%	inferiore a	30	da	30	a	60	maggiore di	60
1.3 Sicurezza negli ambienti di lavoro		5								
1.3.1 Percentuale di imprese attive sul territorio controllate		100%	inferiore a	5	da	5	a	10	maggiore di	10
1.4 Sanità veterinaria		5								
1.4.1 Percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina		25%	inferiore a	95	da	95	a	99	maggiore di	99
1.4.2 Percentuale di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina		25%	inferiore a	95	da	95	a	99	maggiore di	99
1.4.3 Percentuale di aziende oviceprine controllate per anagrafe oviceprina		25%	inferiore a	3	da	3	a	5	maggiore di	5
1.4.4 Percentuale dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale		25%	inferiore a	90	da	90	a	99	maggiore di	99
2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI		40								
2.1 Appropriata organizzativa		10								
2.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		15%	maggiore di	120	da	105	a	120	inferiore a	105
2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	*	20%	maggiore di	30	da	20	a	30	inferiore a	20
2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici		15%	inferiore a	50	da	50	a	65	maggiore di	65
2.1.4 Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	*	20%	maggiore di	30	da	10	a	30	inferiore a	10
2.1.5 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi		15%	maggiore di	28	da	12	a	28	inferiore a	12
2.1.6 Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	*	15%	maggiore di	1,45	da	1	a	1,45	inferiore a	1
2.2 Appropriata clinica		10								
2.2.1 Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	*	50%	inferiore a	40	da	40	a	60	maggiore di	60
2.2.2 Percentuale di parti con taglio cesareo primario	*	50%	maggiore di	35	da	25	a	35	inferiore a	25
2.3 Efficacia assistenziale territoriale		20								
2.3.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso in residenti della fascia di età: 50-74 anni		15%	maggiore di	350	da	200	a	350	inferiore a	200
2.3.2 Tasso di ospedalizzazione per diabete in residenti della fascia di età: 20-74 anni		15%	maggiore di	42	da	21	a	42	inferiore a	21
2.3.3 Tasso di ospedalizzazione per BPCO in residenti della fascia di età: 50-74 anni		10%	maggiore di	125	da	50	a	125	inferiore a	50
2.3.4 Percentuale di over 64 anni trattati in ADI		15%	inferiore a	3,5	da	3,5	a	5,5	maggiore di	5,5
2.3.5 Consumo di inibitori di pompa protonica		10%	maggiore di	27	da	21	a	27	inferiore a	21
2.3.6 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con statine		10%	maggiore di	15	da	8	a	15	inferiore a	8
2.3.7 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina		10%	maggiore di	35	da	30	a	35	inferiore a	30
2.3.8 Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi		5%	maggiore di	31	da	27	a	31	inferiore a	27
2.3.9 Consumo di farmaci antibiotici		10%	maggiore di	24	da	20	a	24	inferiore a	20
3 GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA		10								
3.1 Efficienza prescrittiva farmaceutica		5								
3.1.1 Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale		20%	NO		-		SI			
3.1.2 Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	*	20%	maggiore di	250	da	215	a	250	inferiore a	215
3.1.3 Percentuale di derivati diidropiridinici non coperti da brevetto		15%	inferiore a	65	da	65	a	75	maggiore di	75
3.1.4 Percentuale di ACE inibitori associati non coperti da brevetto		15%	inferiore a	77	da	77	a	84	maggiore di	84
3.1.5 Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA non associato sui sartani non associati		15%	inferiore a	14	da	14	a	18	maggiore di	18
3.1.6 Percentuale di sartani a brevetto scaduto presenti nella lista di trasparenza AIFA associato sui sartani associati		15%	inferiore a	13	da	13	a	19	maggiore di	19
3.2 Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie		5								
3.2.1 Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino		50%	inferiore a	10	da	10	a	20	maggiore di	20
3.2.2 Investimenti ex art. 20		50%	NO				SI			
4 CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI		20								
4.1 Utilizzo dei flussi informativi		4								
4.1.1 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		80%	NO				SI			
4.1.2 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		20%	NO				SI			
4.2 Revisione contabile		4								
4.2.1 Certificazione del bilancio		100%	NO		Positiva con limitazioni		SI			
4.3 Controllo cartelle cliniche		4								
4.3.1 Valutazione appropriatezza cartelle cliniche		100%	NO				SI			
4.4 Risk management		4								
4.4.1 Piano di previsione delle attività di Risk Management		30%	NO				SI			
4.4.2 Relazione di attuazione delle attività di Risk Management		70%	NO				SI			
4.5 Valutazione strategie per il controllo del dolore		4								
4.5.1 Consumo di farmaci oppioidi	*	100%	inferiore a	1	da	1	a	1,6	maggiore di	1,6
5 OBIETTIVI DI EMPOWERMENT		10								
5.1 Soddifazione degli utenti		3								
5.1.1 Produzione relazione sulla customer satisfaction		50%	NO				SI			
5.1.2 Produzione bilancio sociale		50%	NO				SI			
5.2 Liste di attesa		7								
5.2.1 Miglioramento sui tempi di attesa	*	100%	inferiore a	50	da	50	a	80	maggiore di	80

Numeri di Risultati	5
Numeri di obiettivi	16
Numero di Indicatori	47
Numero di Indicatori per la VGP	10

Risultati - Obiettivi - Indicatori		Indicatori per la VGP	Sistema di pesi	Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo							
				0%		50%		100%			
1	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI		50								
1.1	Appropriatezza organizzativa		20								
1.1.1	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso		15%	maggiore di	120	da	105	a	120	inferiore a	105
1.1.2	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari	*	20%	maggiore di	30	da	20	a	30	inferiore a	20
1.1.3	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici		15%	inferiore a	50	da	50	a	65	maggiore di	65
1.1.4	Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	*	20%	maggiore di	30	da	10	a	30	inferiore a	10
1.1.5	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi		15%	maggiore di	28	da	12	a	28	inferiore a	12
1.1.6	Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	*	15%	maggiore di	1,45	da	1	a	1,45	inferiore a	1
1.2	Appropriatezza clinica		30								
1.2.1	Percentuale di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni	*	30%	inferiore a	40	da	40	a	60	maggiore di	60
1.2.2	Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale		20%	inferiore a	50	da	50	a	60	maggiore di	60
1.2.3	Percentuale di parti con induzione farmacologica		20%	maggiore di	18	da	14	a	18	inferiore a	14
1.2.4	Percentuale di parti con taglio cesareo primario	*	30%	maggiore di	35	da	25	a	35	inferiore a	25
2	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA		10								
2.1	Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie		10								
2.1.1	Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino		50%	inferiore a	20	da	20	a	30	maggiore di	30
2.1.2	Investimenti ex art. 20		50%	NO					SI		
3	CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI		20								
3.1	Utilizzo dei flussi informativi		4								
3.1.1	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		80%	NO					SI		
3.1.2	Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		20%	NO					SI		
3.2	Revisione contabile		4								
3.2.1	Certificazione del bilancio		100%	NO	Positiva con limitazioni				SI		
3.3	Controllo cartelle cliniche		4								
3.3.1	Valutazione appropriatezza cartelle cliniche		100%	NO					SI		
3.4	Risk management		4								
3.4.1	Piano di previsione delle attività di Risk Management		30%	NO					SI		
3.4.2	Relazione di attuazione delle attività di Risk Management		70%	NO					SI		
3.5	Valutazione strategie per il controllo del dolore		4								
3.5.1	Consumo di farmaci oppioidi	*	100%	inferiore a	1	da	1	a	1,6	maggiore di	1,6
4	OBIETTIVI DI EMPOWERMENT		20								
4.1	Soddisfazione degli utenti		6								
4.1.1	Produzione relazione sulla customer satisfaction		50%	NO					SI		
4.1.2	Produzione bilancio sociale		50%	NO					SI		
4.2	Liste di attesa		14								
4.2.1	Miglioramento sui tempi di attesa	*	100%	inferiore a	50	da	50	a	80	maggiore di	80

Numeri di Risultati	4
Numeri di obiettivi	10
Numero di Indicatori	22
Numero di Indicatori per la VGP	7

Risultati - Obiettivi - Indicatori	Indicatori per la VGP	Sistema di pesi	Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo							
			0%		50%		100%			
1 TUTELA DELLA SALUTE		20								
1.1 Prevenzione secondaria		12								
1.1.1 Estensione grezza dello screening mammografico	*	20%	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.1.2 Adesione grezza dello screening mammografico		30%	inferiore a	40	da	40	a	80	maggiore di	80
1.1.3 Estensione grezza dello screening cervice uterina	*	20%	inferiore a	80	da	80	a	95	maggiore di	95
1.1.4 Adesione grezza dello screening cervice uterina		30%	inferiore a	30	da	30	a	60	maggiore di	60
1.2 Ricerca		8								
1.2.1 Valutazione attività del Registro Tumori	*	70%	NO			-		SI		
1.2.2 Valutazione attività di ricerca	*	30%	inferiore a	160	da	160	a	220	maggiore di	220
2 PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI		30								
2.1 Appropriata organizzativa		30								
2.1.1 Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri	*	40%	inferiore a	90	da	90	a	95	maggiore di	95
2.1.2 Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari		15%	maggiore di	30	da	20	a	30	inferiore a	20
2.1.3 Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici		15%	inferiore a	50	da	50	a	65	maggiore di	65
2.1.4 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi		15%	maggiore di	28	da	12	a	28	inferiore a	12
2.1.5 Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico		15%	maggiore di	1,45	da	1	a	1,45	inferiore a	1
3 GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA		10								
3.1 Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie		10								
3.1.1 Ottimizzazione della gestione delle rimanenze di magazzino		50%	inferiore a	20	da	20	a	30	maggiore di	30
3.1.2 Investimenti ex art. 20		50%	NO						SI	
4 CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI		20								
4.1 Utilizzo dei flussi informativi		4								
4.1.1 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)		80%	NO						SI	
4.1.2 Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)		20%	NO						SI	
4.2 Revisione contabile		4								
4.2.1 Certificazione del bilancio		100%	NO			Positiva con limitazioni		SI		
4.3 Controllo cartelle cliniche		4								
4.3.1 Valutazione appropriatezza cartelle cliniche		100%	NO						SI	
4.4 Risk management		4								
4.4.1 Piano di previsione delle attività di Risk Management		30%	NO						SI	
4.4.2 Relazione di attuazione delle attività di Risk Management		70%	NO						SI	
4.5 Valutazione strategie per il controllo del dolore		4								
4.5.1 Consumo di farmaci oppioidi	*	100%	inferiore a	1	da	1	a	1,6	maggiore di	1,6
5 OBIETTIVI DI EMPOWERMENT		20								
5.1 Soddisfazione degli utenti		6								
5.1.1 Produzione relazione sulla customer satisfaction		50%	NO						SI	
5.1.2 Produzione bilancio sociale		50%	NO						SI	
5.2 Liste di attesa		14								
5.2.1 Miglioramento sui tempi di attesa	*	100%	inferiore a	50	da	50	a	80	maggiore di	80

Numeri di Risultati	5
Numeri di obiettivi	11
Numero di Indicatori	23
Numero di Indicatori per la VGP	7