



DELIBERAZIONE N° 395

SEDUTA DEL 28 GIU. 2019

Politiche della persona

DIPARTIMENTO

OGGETTO DGR n. 190/2018 OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA PER LE DIREZIONI GENERALI DELLE AZIENDE ASP, ASM E AOR SAN CARLO DI POTENZA E PER LA DIREZIONE GENERALE DELL'IRCCS CROB DI RIONERO IN VULTURE - ANNI 2018-2020

-MODIFICHE ED INTEGRAZIONI - ANNO 2019

Relatore

La Giunta, riunitasi il giorno 28 GIU. 2019 alle ore 15,30 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Vito BARDI Presidente	X	
2.	Francesco FANELLI Vice Presidente	X	
3.	Francesco CUPPARO Componente	X	
4.	Rocco Luigi LEONE Componente	X	
5.	Donatella MERRA Componente	X	
6.	Gianni ROSA Componente	X	

Segretario: avv. Donato DEL CORSO

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

L'atto si compone di N° 6 pagine compreso il frontespizio e di N° 2 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____ per € _____

Assunto impegno contabile N° _____ Missione.Programma _____ Cap. _____

Esercizio _____ per € _____

IL DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione integrale integrale senza allegati per oggetto per oggetto e dispositivo sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernete 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. 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

VISTA la D.G.R. n. 227 del 19.02.2014 relativa alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti regionali relativi alle aree istituzionali " Presidenza della Giunta" e "Giunta Regionale che, tra l'altro, stabilisce che fino al completamento del processo di riorganizzazione sono confermati gli uffici esistenti e le relative declaratorie, quali risultanti dalla D.G.R. 2017/05 e s.m.i, come ricollocati nell'ambito dei nuovi Dipartimenti;

VISTA la DGR n. 689/2015 relativa a dimensionamento ed articolazione delle strutture e delle posizioni dirigenziali delle aree istituzionali della Presidenza della Giunta regionale - modifiche alla DGR 694/2014;

VISTA la DGR n. 691/15 di ridefinizione dell'assetto organizzativo dei dirigenti delle aree istituzionali della Presidenza Giunta e Giunta Regionale - affidamento incarichi,

VISTA la DGR 991/2015 di rettifica delle DD.G.R. 689/2015 e 691/2015;

VISTA la L.R. n. 2 del 12 gennaio 2017 di "Riordino Del Servizio Sanitario Regionale di Basilicata" che delinea un riassetto del Sistema Sanitario Regionale;

VISTA la DGR n. 190/2018 di approvazione per gli anni 2018 – 2019 – 2020 degli obiettivi di salute e di programmazione sanitaria distinti per ognuna delle Aziende del SSR, come declinati nel documento "Sistema di Valutazione 2018- 2020" - Allegato 1- parte integrante e sostanziale della stessa deliberazione, in cui risultano esplicitate metodologia e schede indicatori per ogni Azienda sanitaria regionale, anche ai fini della valutazione per l'indennità di risultato;

DATO ATTO che la stessa deliberazione stabilisce che, per gli anni 2019 – 2020, la Giunta regionale, qualora ne ravvisi la necessità, si riserva di modificare e/o integrare obiettivi ed indicatori;

RICHIAMATE le precedenti DD.G.R. n. 1419/2018, n. 1222/2018 e n. 1223/2018 con cui sono stati nominati i direttori generali dell' Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, dell'Azienda Sanitaria di Potenza(ASP) e dell'Azienda Sanitaria di Matera (ASM) oltre che la DGR n. 48/2018 con cui era già stato nominato, in precedenza, il direttore generale dell'IRCCS CROB di Rionero;

ATTESO

che le predette deliberazioni di nomina assegnano ai direttori nominati "obiettivi di mandato" – allegato B- a pena decadenza;

che il contratto sottoscritto – art. 6, comma 2- stabilisce “che il direttore generale è tenuto, altresì, al raggiungimento annuale degli obiettivi gestionali di salute e di carattere economico –finanziario individuati dalla Giunta regionale con apposito provvedimento ai fini della corresponsione della percentuale di incremento del compenso di cui al DPCM n. 502/95 e s.m.i. che l’azienda corrisponde a titolo di incentivo per il raggiungimento degli obiettivi prefissati”;

che le predette delibere di nomina prevedono che il compenso stabilito per l’attività di direttore generale possa essere incrementato mediante il riconoscimento di una quota integrativa al trattamento economico, se dovuta, nella misura massima del 20%, in relazione al raggiungimento complessivo dei risultati di gestione attesi e degli specifici obiettivi di salute assegnati per gli anni 2018-2020 con la DGR n.190/2018;

VISTA la Legge 30 dicembre 2018 n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, che all’Articolo 1, comma 865 stabilisce che per il rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario “le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell’indennità di risultato.

La quota dell’indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento. La predetta quota dell’indennità di risultato: a) non è riconosciuta qualora l’ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; b) è riconosciuta per la metà qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l’ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni”.

TENUTO CONTO delle nuove nomine e del fatto che la DGR n. 190/2018, predetta, contemplava anche obiettivi validi per la sola annualità 2018 oltre che di specifiche esigenze connesse agli impegni previsti nell’ambito del monitoraggio nazionale in tema di erogazione dei LEA;

RITENUTO necessario, per quanto detto, di riapprovare, per l’anno 2019, l’allegato 1 della DGR n. 190/2018, confermandone i contenuti, e previa correzione di alcuni errori materiali rilevati, in precedenza occorsi, facendo salve le esigue modifiche del calcolo degli indicatori rese necessarie in attuazione delle disposizioni di cui all’allegato 2, di seguito descritto, redatto in attuazione della L. 145/2018, laddove prevede che il 30% della quota premiale sia attribuibile sulla valutazione dei tempi di pagamento delle Aziende Sanitarie;

DATO ATTO che le modifiche apportate riguardano:

- 1- Nella premessa e nelle schede sintetiche dei punteggi è aggiornato l’allegato per le variazioni intercorse
2. l’indicatore 2.a.16 è stato sostituito con: Proporzioni colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni secondo il nuovo Protocollo operativo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) ministeriale indicatore H05Z
3. l’indicatore 2.a.17 è aggiornato relativamente alle fasce di valutazione, in coerenza con i contenuti del D.M. 70/ 2015
4. L’indicatore 2.b.2 è stato eliminato
5. L’indicatore 3.a.2 è stato sostituito con: Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari modificando l’algoritmo di calcolo

6. L'indicatore 3.a.3 è stato eliminato

7. Gli indicatori di misurazione della ricerca sono stati modificati a seguito dei nuovi sistemi oggi individuati in benchmarking tra gli IRCCS e le Aziende ospedaliere universitarie come di seguito indicato:

l'indicatore 4.a.1 è stato sostituito con : Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

l'indicatore 4.a.2 per il Numero medio di pubblicazioni per dirigente viene modificato l'algoritmo di calcolo

l'indicatore 4.a.3 è stato sostituito con : Percentuale di dirigenti medici produttivi

l'indicatore 4.a.4 è stato eliminato

8. l'indicatore 4.f.1 Verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche è stato aggiornato per le note di elaborazione

9. l'indicatore 4.g.1 introduzione del nuovo indicatore - Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017-2018

10. sono stati corretti gli errori materiali relativi ai codici a pag 13 e 14 nel precedente deliberato come di seguito:

3.a.7 sostituito con 3.a.2

3.a.8 sostituito con 3.a.3 (nel 2019 eliminato)

RITENUTO necessario, altresì, di approvare **l'allegato 2**, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatto in recepimento delle disposizioni di cui alla Legge 30 dicembre 2018, n. 145;

ATTESO che per effetto di quanto sopradescritto i punteggi attribuibili per la quota premiale descritto risultano così ripartiti:

	punteggio max attribuibile
obiettivi allegato 1	14
obiettivi allegato 2	6
totale	20

Su proposta dell'Assessore delle Politiche Della Persona

DELIBERA

Per le ragioni indicate in premessa che si intendono integralmente richiamate e trascritte:

1) **di modificare ed integrare** la DGR 190/2018 - Obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per i direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali anni 2018 -2019- 2020, come indicato in premessa e pertanto di approvare:

A) l'Allegato1 - aggiornamento - anno 2019- parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, confermandone i contenuti, e previa correzione di alcuni errori materiali rilevati, in precedenza occorsi, tenendo conto delle modifiche dette in premessa e facendo salve le esigue modifiche del calcolo degli indicatori resosi necessarie in attuazione delle disposizioni di cui

all'allegato 2, di seguito descritto, redatto in attuazione della L. 145/2018, laddove prevede che il 30% della quota premiale sia attribuibile sulla valutazione dei tempi di pagamento;

B) l'allegato 2, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatto in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 30 dicembre 2018, n. 145 indicando i punteggi attribuibili in relazione alla quota premiale del 20%;

2) **di dare atto** che, ai fini della corresponsione della percentuale di incremento del compenso, pari al 20%, di cui al DPCM n. 502/95 e s.m.i. il punteggio risulta così ripartito:

	punteggio max attribuibile
obiettivi allegato 1	14
obiettivi allegato 2	6
totale	20

3) **di trasmettere** la presente deliberazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali rendendola consultabile anche sullo spazio web del sito dipartimentale.

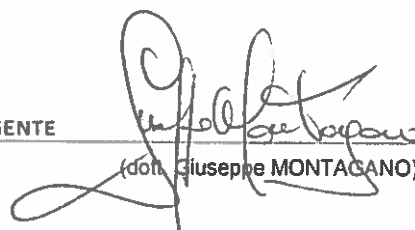
4) **di impegnare** i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali alla messa in atto di tutte le azioni ritenute necessarie al conseguimento dei suddetti obiettivi.

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O.


(dott.ssa Maria Luisa ZULLO)

IL DIRIGENTE


(dott. Giuseppe MONTAGANO)

In ossequio a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 la presente deliberazione è pubblicata sul portale istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente:		
Tipologia atto	Altro	
Pubblicazione allegati	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Allegati non presenti <input type="checkbox"/>
Note	Fare clic qui per immettere testo.	
Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa o nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.		



SISTEMA DI VALUTAZIONE 2018-2020

PREMESSA

Il presente documento descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il triennio 2018-2020. La metodologia è stata condivisa con l'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna. Nell'estensione del sistema di valutazione si è tenuto conto di alcuni indicatori di valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), del programma nazionale di valutazione degli esiti (PNE), del Sistema di valutazione delle performance del network dei sistemi sanitari regionali della Scuola Superiore Sant'Anna e di alcuni specifici indicatori regionali.

Il sistema di valutazione degli obiettivi si compone di 4 principali aree di risultato:

- Ⓢ Tutela della salute
- Ⓢ Performance organizzative e cliniche aziendali
- Ⓢ Gestione economico finanziaria
- Ⓢ Conseguimento di obiettivi strategici regionali

Ciascuna area di risultato si concretizza in più obiettivi. In particolare:

Per l'area denominata "Tutela della salute" gli obiettivi sono:

- Ⓢ Prevenzione primaria
- Ⓢ Promozione stili di vita sani
- Ⓢ Screening oncologici
- Ⓢ Sicurezza sul lavoro
- Ⓢ Sanità veterinaria

Per l'area denominata "Performance organizzative e cliniche aziendali" gli obiettivi sono:

- Ⓢ Appropriately area clinica
- Ⓢ Appropriately organizzativa
- Ⓢ Efficacia assistenziale territoriale
- Ⓢ Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza

Per l'area denominata "Gestione economico finanziaria" gli obiettivi sono:

- Ⓢ Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Ⓢ Appropriately prescrittiva farmaceutica
- Ⓢ Appropriately prescrittiva diagnostica
- Ⓢ Efficienza mobilità ospedaliera

Per l'area denominata "Conseguimento di obiettivi strategici regionali" gli obiettivi sono:

- Ⓢ Valutazione ricerca
- Ⓢ Cure Palliative
- Ⓢ Utilizzo dei flussi informativi
- Ⓢ Risk management
- Ⓢ Controllo cartelle cliniche
- Ⓢ Autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche
- Ⓢ Monitoraggio attuazione piano regionale gioco d'azzardo patologico (GAP)

Gli obiettivi sono valutati per il tramite di una serie di indicatori individuati dall'Ufficio Pianificazione Sanitaria e condivisi con gli altri Uffici del Dip.to Politiche della Persona e hanno volutamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero panel di indicatori che possono monitorare l'andamento delle Aziende Sanitarie della Regione.

Nei prospetti successivi vengono illustrati gli indicatori per ogni area di risultato e obiettivo:

Risultato	Obiettivo	Codice indicatore	Indicatore
TUTELA DELLA SALUTE	Prevenzione primaria	1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza
		1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
		1.a.3	Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio
		1.a.4	Grado di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)
		1.a.5	Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi
		1.a.6	Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese
		1.a.7	Grado di Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi
	Promozione stili di vita sani	1.b.1	Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
		1.b.2	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso
		1.b.3	Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica
		1.b.4	Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno
		1.b.5	Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare
	Screening oncologici	1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina
		1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella
		1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto
	Sicurezza sul lavoro	1.d.1	N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
		1.d.2	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati
		1.d.3	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL
		1.d.4	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL
	Sanità veterinaria	1.e.1	Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale
1.e.2		Raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	
1.e.3		Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	

Risultato	Obiettivo	Codice indicatore	Indicatore	
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	Appropriatezza area clinica	2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso	
		2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti	
		2.a.3	Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni	
		2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	
		2.a.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso	
		2.a.6	Percentuale di fratture femore operate sulle fratture diagnosticate	
		2.a.7	Riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca	
		2.a.8	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	
		2.a.9	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	
		2.a.10	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	
		2.a.11	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	
		2.a.12	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)	
		2.a.13	Mortalità a trenta giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache	
		2.a.14	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni	
		2.a.15	Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	
		2.a.16	Proporzione di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparoscopiche	
		2.a.17	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	
		Appropriatezza organizzativa	2.b.1	Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri
		Efficacia assistenziale territoriale	2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti
			2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni
	2.c.3		Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni	
	2.c.4		Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni	
	2.c.5		Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (>= 65 anni)	
	2.c.6		Percentuale di Prese in Carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	

Risultato	Obiettivo	Codice indicatore	Indicatore
		2.c.7	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni
		2.c.8	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche
		2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)
	Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza	2.d.1	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti
		2.d.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora
		2.d.3	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore
		2.d.4	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)

Risultato	Obiettivo	Codice indicatore	Indicatore
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	Percentuale di statine a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Ipolipemizzanti)
		3.a.2	Percentuale di derivati diidropiridinici a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
		3.a.3	Percentuale di ACE inibitori associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antiipertensivi)
		3.a.4	Percentuale di fluorochinoloni a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Antibiotici)
		3.a.5	Percentuale di sartani (associati e non) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
		3.a.6	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
		3.a.7	Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari
	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.1	Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)
		3.b.2	Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)
		3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)
		3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
		3.b.5	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione
		3.b.6	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani
		3.b.7	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione
		3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)

Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.2	Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	Recupero della mobilità passiva ospedaliera
	3.d.2	Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

Risultato	Obiettivo	Codice indicatore	Indicatore
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	Valutazione ricerca	4.a.1	Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti
		4.a.2	Numero medio pubblicazioni per dirigente
		4.a.3	Percentuale di dirigenti medici produttivi
	Cure Palliative	4.b.1	Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni
		4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppioidi
	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
		4.c.2	Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse
		4.c.3	Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse
		4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici
		4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici
	Risk management	4.d.1	Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
		4.d.2	Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
	Controllo cartelle cliniche	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche
Autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	Verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	
Monitoraggio attuazione piano regionale gioco d'azzardo patologico (GAP)	4.g.1	Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017-2018	

METODOLOGIA

Per ogni indicatore è individuato un intervallo di riferimento in base al quale viene assegnato un punteggio che rappresenta la valutazione dell'obiettivo. È previsto, per ogni indicatore, sia un limite minimo al di sotto del quale il punteggio assegnato è pari a zero, che un limite massimo al di sopra del quale il punteggio è conseguito al 100%. Per alcuni indicatori è prevista la possibilità di conseguire un punteggio pari al 50%, che rappresenta il raggiungimento parziale dell'obiettivo.

Il punteggio di ogni indicatore, con l'esplicitazione dell'intervallo, per ogni obiettivo e area di riferimento, è stabilito nelle schede aziendali allegate alla fine del presente documento, così come tutte le schede relative ai singoli indicatori corredate della fondamentale descrizione.

Il Dipartimento "Politiche della Persona", qualora ne ravvisasse la necessità, si riserva la possibilità di modificare e/o integrare obiettivi e indicatori per l'anno 2020.

Al sistema di valutazione degli obiettivi è correlata la retribuzione di risultato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, di cui al trattamento integrativo di cui al comma 5 dell'art.1 del DPCM 502/95. L'accesso alla valutazione degli obiettivi di cui al presente documento è condizionato al rispetto di quanto previsto in ambito contrattuale.

Ai fini del parere di confermabilità nell'incarico di direzione generale dopo il 18-esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento alla metodologia, successivamente riportata per ciascuna azienda, individuando un numero ristretto di indicatori.

Il parere di confermabilità è favorevole se il numero degli indicatori individuati che sono migliorati è maggiore del numero degli indicatori peggiorati. Gli indicatori sono scelti appositamente in numero dispari per ciascuna azienda. Nel caso in cui uno o più indicatori non possono essere oggettivamente calcolati il parere di confermabilità è favorevole anche se il numero degli indicatori individuati che sono migliorati è pari al numero degli indicatori peggiorati.

Per gli indicatori il cui risultato è un valore quantitativo viene confrontato il valore annuale conseguito nell'anno solare precedente l'inizio del mandato con l'anno solare di inizio del mandato. Per esempio nel caso in cui il Direttore Generale è stato nominato a gennaio 2018, dopo giugno 2019 la valutazione per il parere di confermabilità viene effettuata sugli indicatori individuati tra l'anno 2018 e l'anno 2017.

Per gli indicatori il cui risultato è un valore qualitativo (SI / NO) viene rilevato il valore annuale conseguito nell'anno solare di inizio del mandato. Per esempio nel caso in cui il Direttore è stato nominato a gennaio 2018 dopo giugno 2019 la valutazione per il parere di confermabilità viene effettuata sull'indicatori rilevato per l'anno 2018.

IRCCS-CROB

Indicatori quantitativi:

- Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri
- Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari
- Numero medio pubblicazioni per dirigente

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo(+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
- Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo(-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo

Indicatori quantitativi:

- Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo(+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico
- Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo(-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Indicatori quantitativi:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
- N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)
- Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo(+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo(-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)

Indicatori quantitativi:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
- N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)
- Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Se il singolo indicatore è rimasto uguale o migliorato si attribuisce un segno positivo(+), viceversa se l'indicatore è peggiorato un segno negativo (-).

Indicatori qualitativi:

- Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa
- Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Se l'indicatore è valutato positivamente (SI) si attribuisce un segno positivo (+), viceversa un segno negativo(-).

Il parere di confermabilità è favorevole se i segni positivi (+) sono in numero uguale o maggiore dei segni negativi (-).

La valutazione viene effettuata con cadenza annuale – ex comma 7, art. 9 L.R. 39/2001. Il punteggio massimo raggiungibile per le valutazioni di cui al presente documento è pari a cento, come già indicato nelle schede aziendali allegate alla fine del presente documento. Nel caso in cui un indicatore non può essere oggettivamente calcolato, il punteggio ad esso attribuito viene ripartito in egual misura ai rimanenti indicatori dell'obiettivo monitorato. Nel caso estremo in cui nessun indicatore dell'obiettivo può essere oggettivamente calcolato, il punteggio è ripartito in egual misura ai rimanenti indicatori degli altri obiettivi dell'area di risultato di riferimento.

Per valorizzare il trend positivo o negativo che il management ha saputo realizzare nella gestione della propria Azienda si è deciso di verificare contestualmente anche la performance globale dell'azienda. La Valutazione Globale di Performance (VGP) è calcolata su un set ridotto di indicatori di seguito riportati per ciascuna azienda.

Per l'IRCCS-CROB il set di indicatori scelti è:

- Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri
- Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari
- Numero medio pubblicazioni per dirigente

Per l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo il set di indicatori scelti è:

- Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella
- Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

In particolare, per l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) il set di indicatori scelti è:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
- N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)
- Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

In particolare, per l'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM) il set di indicatori scelti è:

- Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)
- N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti
- Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)
- Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza
- Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

La VGP è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il calcolo è effettuato, per l'anno 2018, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2018 e quello conseguito nell'anno 2017, e così via di seguito per le successive annualità (2019: 2019 vs 2018; 2020: 2020 vs 2019). Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è uguale o migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

Così come per la metodologia di calcolo valida per il parere di confermabilità, anche per la VGP vale il principio di maggioranza dei segni positivi (+) rispetto ai segni negativi (-). Pertanto, per l'azienda nell'anno di valutazione, la VGP è positiva se il numero di indicatori migliorati è maggiore rispetto al numero di indicatori peggiorati; la VGP è negativa se il numero di indicatori migliorati è minore rispetto al numero di indicatori peggiorati; la VGP è nulla se il numero di indicatori migliorati è uguale al numero di indicatori peggiorati.

I casi possibili di esito della valutazione tramite VGP sono tre:

1. se l'Azienda ha peggiorato il trend di performance (VGP negativa) il punteggio conseguito sul totale degli obiettivi verrà decurtato del 30% della differenza tra il punteggio massimo ottenibile e il punteggio ottenuto;

2. se l'Azienda ha migliorato il trend di performance (VGP positiva) il punteggio conseguito sul totale degli obiettivi verrà incrementato del 30% della differenza tra il punteggio massimo ottenibile e il punteggio ottenuto;
3. se l'Azienda ha mantenuto la stessa identica performance verrà assegnato il punteggio già ottenuto sul totale degli obiettivi senza correttivi.

A titolo di esempio, quando il punteggio totale degli obiettivi è 90 su 100, e:

- a) trend di performance peggiorato, punteggio finale 87
- b) trend di performance migliorato, punteggio finale 93
- c) trend di performance inalterato, punteggio finale 90

È di tutta evidenza che per l'Azienda che ha ottenuto come punteggio totale 100 (differenza tra il punteggio massimo ottenibile e il punteggio ottenuto è pari a zero), la valutazione globale di performance non viene applicata.

Scheda dei punteggi dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP)

Punteggio max	Risultato	Punteggio max	Obiettivo	Codice indicatore	target non raggiunto 0%	Parziale 50%	Completo 100%	Punteggio max
25	TUTELA DELLA SALUTE	10	Prevenzione primaria	1.a.1	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	2
				1.a.2	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	3
				1.a.3	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	1
				1.a.4	meno di 25	tra 25 e 40	più di 40	1
				1.a.5	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.6	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
				1.a.7	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1
		5	Promozione stili di vita sani	1.b.1	meno di 23	tra 23 e 33	più di 33	1
				1.b.2	meno di 25	tra 25 e 45	più di 45	1
				1.b.3	meno di 25	tra 25 e 35	più di 35	1
				1.b.4	meno di 3	tra 3 e 9	più di 9	1
				1.b.5	meno di 35	tra 35 e 55	più di 55	1
		3	Screening oncologici	1.c.1	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1
				1.c.2	meno di 35	tra 35 e 60	più di 60	1
				1.c.3	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1
		4	Sicurezza sul lavoro	1.d.1	meno di 5	tra 5 e 10	più di 10	1
				1.d.2	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	1
				1.d.3	meno di 40	tra 40 e 50	più di 50	1
				1.d.4	meno di 70	tra 70 e 90	più di 90	1
		3	Sanità veterinaria	1.e.1	NO	-	SI	1
				1.e.2	NO	-	SI	1
1.e.3	NO			-	SI	1		
30	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	4	Appropriatezza area clinica	2.a.1	più di 180	tra 135 e 180	meno di 135	2
				2.a.2	più di 3	tra 1,5 e 3	meno di 1,5	1
				2.a.5	più di 65	tra 50 e 65	meno di 50	1
		20	Efficacia assistenziale territoriale	2.c.1	più di 10	tra 7 e 10	meno di 7	2
				2.c.2	più di 195	tra 155 e 195	meno di 155	2
				2.c.3	più di 35	tra 25 e 35	meno di 25	2
				2.c.4	più di 35	tra 25 e 35	meno di 25	2
				2.c.5	meno di 4	tra 4 e 8	più di 8	3
				2.c.6	meno di 35	tra 35 e 55	più di 55	2
				2.c.7	più di 300	tra 200 e 300	meno di 200	2
				2.c.8	più di 6	tra 4 e 6	meno di 4	3
				2.c.9	più di 10	tra 7 e 10	meno di 7	2
		6	Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza	2.d.4	più di 26	tra 20 e 26	meno di 20	6
20	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	12	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 74	tra 74 e 76	più di 76	5
				3.a.2	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	7
		4	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.1	più di 30	tra 28 e 30	meno di 28	1
				3.b.2	più di 40	tra 40 e 30	meno di 30	1
				3.b.3	più di 36	tra 26 e 36	meno di 26	1
				3.b.4	più di 22	tra 16 e 22	meno di 16	1
		4	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	più di 30	tra 20 e 30	meno di 20	1
				3.c.2	più di 8	tra 6 e 8	meno di 6	3
25	CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4	Cure Palliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	2
				4.b.2	meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1	più di 2,1	2
		6	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	2
				4.c.4	meno di 10	tra 10 e 15	più di 15	2
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	2
		4	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	2
				4.d.2	NO	-	SI	2
		1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	1
		7	Autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	NO	-	SI	7
		3	Monitoraggio attuazione piano regionale gioco d'azzardo patologico (GAP)	4.g.1	NO	-	SI	3

Scheda dei punteggi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)

Punteggio max	Risultato	Punteggio max	Obiettivo	Codice indicatore	target non raggiunto 0%	Parziale 50%	Completo 100%	Punteggio max		
25	TUTELA DELLA SALUTE	10	Prevenzione primaria	1.a.1	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	2		
				1.a.2	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	3		
				1.a.3	meno di 60	tra 60 e 75	più di 75	1		
				1.a.4	meno di 25	tra 25 e 40	più di 40	1		
				1.a.5	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1		
				1.a.6	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1		
				1.a.7	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	1		
		5	Promozione stili di vita sani	1.b.1	meno di 23	tra 23 e 33	più di 33	1		
				1.b.2	meno di 25	tra 25 e 45	più di 45	1		
				1.b.3	meno di 25	tra 25 e 35	più di 35	1		
				1.b.4	meno di 3	tra 3 e 9	più di 9	1		
				1.b.5	meno di 35	tra 35 e 55	più di 55	1		
		3	Screening oncologici	1.c.1	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1		
				1.c.2	meno di 35	tra 35 e 60	più di 60	1		
				1.c.3	meno di 25	tra 25 e 50	più di 50	1		
		4	Sicurezza sul lavoro	1.d.1	meno di 5	tra 5 e 10	più di 10	1		
				1.d.2	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	1		
				1.d.3	meno di 40	tra 40 e 50	più di 50	1		
				1.d.4	meno di 70	tra 70 e 90	più di 90	1		
		3	Sanità veterinaria	1.e.1	NO	-	SI	1		
				1.e.2	NO	-	SI	1		
				1.e.3	NO	-	SI	1		
		30	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	13	Appropriatezza area clinica	2.a.1	più di 180	tra 135 e 180	meno di 135	1
						2.a.2	più di 3	tra 1,5 e 3	meno di 1,5	1
						2.a.4	meno di 45	tra 45 e 75	più di 75	1
2.a.5	più di 65					tra 50 e 65	meno di 50	1		
2.a.7	più di 3,7					tra 2,7 e 3,7	meno di 2,7	1		
2.a.8	meno di 50					tra 50 e 60	più di 60	3		
2.a.14	meno di 34					tra 34 e 44	più di 44	1		
2.a.15	più di 10,5					tra 8,5 e 10,5	meno di 8,5	1		
2.a.16	meno di 50					tra 50 e 60	più di 60	1		
2.a.17	più di 15			-	meno di 15	2				
12	Efficacia assistenziale territoriale			2.c.1	più di 10	tra 7 e 10	meno di 7	1		
				2.c.2	più di 195	tra 155 e 195	meno di 155	1		
				2.c.3	più di 35	tra 25 e 35	meno di 25	1		
				2.c.4	più di 35	tra 25 e 35	meno di 25	1		
				2.c.5	meno di 4	tra 4 e 8	più di 8	4		
				2.c.6	meno di 35	tra 35 e 55	più di 55	1		
				2.c.7	più di 300	tra 200 e 300	meno di 200	1		
				2.c.8	più di 6	tra 4 e 6	meno di 4	1		
				2.c.9	più di 10	tra 7 e 10	meno di 7	1		
5	Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza			2.d.1	meno di 80	tra 80 e 93	più di 93	3		
				2.d.2	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1		
				2.d.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	1		
25	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA			11	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.1	meno di 74	tra 74 e 76	più di 76	4
						3.a.2	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	7
				7	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.1	più di 30	tra 28 e 30	meno di 28	1
		3.b.2	più di 40			tra 40 e 30	meno di 30	1		
		3.b.3	più di 36			tra 26 e 36	meno di 26	1		
		3.b.4	più di 22			tra 16 e 22	meno di 16	1		
		3.b.5	meno di 67			tra 67 e 77	più di 77	1		
		3.b.6	meno di 55			tra 55 e 75	più di 75	1		
		3.b.7	meno di 60			tra 60 e 80	più di 80	1		
		3	Appropriatezza prescrittiva diagnostica	3.c.1	più di 30	tra 20 e 30	meno di 20	1		
				3.c.2	più di 8	tra 6 e 8	meno di 6	2		
		4	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 4	tra 4 e 12	più di 12	3		
				3.d.2	meno di 0,58	tra 0,58 e 0,62	più di 0,62	1		
		20	CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	4	Cure Palliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	2
						4.b.2	meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1	più di 2,1	2
5	Utilizzo dei flussi Informativi			4.c.1	NO	-	SI	1		
				4.c.2	più di 5	tra 3 e 5	meno di 3	1		
				4.c.3	più di 20	tra 10 e 20	meno di 10	1		
				4.c.4	meno di 10	tra 10 e 15	più di 15	1		
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	1		
2	Risk management			4.d.1	NO	-	SI	1		
				4.d.2	NO	-	SI	1		
1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche			4.e.1	NO	-	SI	1		
				4.f.1	NO	-	SI	5		
3	Monitoraggio attuazione piano regionale gioco d'azzardo patologico (GAP)			4.g.1	NO	-	SI	3		

Scheda dei punteggi dell'Azienda Ospedaliera San Carlo (AO San Carlo)

Punteggio max	Risultato	Punteggio max	Obiettivo	Codice Indicatore	target non raggiunto 0%	Parziale 50%	Completo 100%	Punteggio max		
40	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	31	Appropriatezza area clinica	2.a.3	più di 4	tra 2 e 4	meno di 2	2		
				2.a.4	meno di 45	tra 45 e 75	più di 75	2		
				2.a.6	meno di 80	tra 80 e 90	più di 90	2		
				2.a.7	più di 3,7	tra 2,7 e 3,7	meno di 2,7	2		
				2.a.8	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	4		
				2.a.9	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	2		
				2.a.10	più di 35	tra 25 e 35	meno di 25	2		
				2.a.11	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	2		
				2.a.12	più di 4,15	tra 2,15 e 4,15	meno di 2,15	2		
				2.a.13	più di 3,6	tra 2,6 e 3,6	meno di 2,6	2		
				2.a.14	meno di 34	tra 34 e 44	più di 44	3		
				2.a.15	più di 10,5	tra 8,5 e 10,5	meno di 8,5	2		
				2.a.16	meno di 50	tra 50 e 60	più di 60	2		
				2.a.17*	più di 25	-	meno di 25	2		
				9	Efficacia Percorso Emergenza-Urgenza	2.d.1	meno di 80	tra 80 e 93	più di 93	3
						2.d.2	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	3
						2.d.3	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	3
30	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	9	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.2	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	9		
		6	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	3.b.5	meno di 67	tra 67 e 77	più di 77	2		
				3.b.6	meno di 55	tra 55 e 75	più di 75	2		
				3.b.7	meno di 60	tra 60 e 80	più di 80	2		
		15	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 6	tra 6 e 18	più di 18	10		
3.d.2	meno di 0,58			tra 0,58 e 0,62	più di 0,62	5				
30	CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	6	Cure Palliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	3		
				4.b.2	meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1	più di 2,1	3		
		10	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	2		
				4.c.2	più di 5	tra 3 e 5	meno di 3	2		
				4.c.3	più di 20	tra 10 e 20	meno di 10	2		
				4.c.4	meno di 10	tra 10 e 15	più di 15	2		
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	2		
		4	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	2		
				4.d.2	NO	-	SI	2		
		5	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	5		
				4.f.1	NO	-	SI	5		

*Il punteggio viene ripartito al 50% sull'Ospedale San Carlo di Potenza, al 25% sull'Ospedale di Meli e al 25% sull'Ospedale di Lagonegro. Quest'ultimi hanno le fasce di valutazioni differenti : PIÙ DI 15 -TARGET NON RAGGIUNTO 0%; MENO DI 15-COMPLETO 100%

Scheda dei punteggi dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB)

Punteggio max	Risultato	Punteggio max	Obiettivo	Codice Indicatore	target non raggiunto 0%	Parziale 50%	Completo 100%	Punteggio max
30	PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI	30	Appropriatezza area clinica	2.a.3	più di 4	tra 2 e 4	meno di 2	5
				2.a.4	meno di 45	tra 45 e 75	più di 75	5
				2.a.9	meno di 70	tra 70 e 80	più di 80	8
				2.a.10	più di 35	tra 25 e 35	meno di 25	7
				2.a.11	meno di 90	tra 90 e 95	più di 95	5
30	GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	15	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3.a.2	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	15
		15	Efficienza mobilità ospedaliera	3.d.1	meno di 2	tra 2 e 3	più di 3	10
				3.d.2	meno di 0,58	tra 0,58 e 0,62	più di 0,62	5
40	CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	15	Valutazione ricerca	4.a.1	meno di 1	tra 1 e 2	più di 2	6
				4.a.2	meno di 1	tra 1 e 2	più di 2	5
				4.a.3	meno di 50	tra 50 e 70	più di 70	4
		5	Cure Palliative	4.b.1	meno di 50	tra 50 e 85	più di 85	2,5
				4.b.2	meno di 1,6	tra 1,6 e 2,1	più di 2,1	2,5
		5	Utilizzo dei flussi informativi	4.c.1	NO	-	SI	1
				4.c.2	più di 5	tra 3 e 5	meno di 3	1
				4.c.3	più di 20	tra 10 e 20	meno di 10	1
				4.c.4	meno di 10	tra 10 e 15	più di 15	1
				4.c.5	meno di 80	tra 80 e 95	più di 95	1
		5	Risk management	4.d.1	NO	-	SI	2,5
				4.d.2	NO	-	SI	2,5
		5	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche	4.e.1	NO	-	SI	5
		5	Autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche	4.f.1	NO	-	SI	5

Codice: 1.a.1

Denominazione: Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Razionale: Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Note per l'elaborazione: Usare per l'anno 2018 la coorte di bambini nati nell'anno 2016. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)

Denominatore: N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.a.2

Denominazione: Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani)

Razionale: La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc... I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.

Note per l'elaborazione: Si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno.

Numeratore: Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni

Denominatore: Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residente

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 60	TRA 60 E 75	PIÙ DI 75
ASM	MENO DI 60	TRA 60 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 1.a.3

Denominazione: Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio

Razionale: La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero. L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.

Note per l'elaborazione: (*) Utilizzare la coorte nate nel 2006 per il 2018.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento (*)

Denominatore: Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (nate nel (*))

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 60	TRA 60 E 75	PIÙ DI 75
ASM	MENO DI 60	TRA 60 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 1.a.4

Denominazione: Grado di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari)

Razionale: Il personale sanitario rappresenta un target strategico della campagna di vaccinazione antinfluenzale. Gli operatori sanitari non sottoposti a vaccinazione, infatti, corrono il rischio di trasmettere virus influenzali ai pazienti, nei quali questa infezione, a seconda delle condizioni cliniche, potrebbe comportare un ulteriore aggravamento del quadro clinico di base. La malattia influenzale contratta dagli operatori sanitari, inoltre, causa serie ripercussioni sulle ordinarie attività delle strutture sanitarie per via delle assenze del personale.

Note per l'elaborazione: Per operatori sanitari vaccinati si intendono quelli registrati come tali nel prospetto riassuntivo inviato al ministero a fine stagione.

Numeratore: N. operatori sanitari vaccinati

Denominatore: Totale dipendenti ruolo sanitario e tecnico

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 40	PIÙ DI 40
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 40	PIÙ DI 40

Codice: 1.a.5

Denominazione: Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi

Razionale: Il meningococco ("Neisseria Meningitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

Note per l'elaborazione: Usare per l'anno 2018 la coorte di bambini nati nell'anno 2016. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica

Denominatore: Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.a.6

Denominazione: Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese

Razionale: Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "menigococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello). I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni. Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

Note per l'elaborazione: (*) Il vaccino cui si fa riferimento è il 13 valente. Usare per l'anno 2018 la coorte di bambini nati nell'anno 2016. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)

Denominatore: N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.a.7

Denominazione: Grado di Copertura vaccinazione esavalente a 24 mesi

Razionale: Il vaccino esavalente contiene 6 antigeni che dovrebbero proteggere contro la pertosse, il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B e le infezioni da Haemophilus Influenzae di tipo B (HIB, una forma influenzale). L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Note per l'elaborazione: Usare per l'anno 2018 la coorte di bambini nati nell'anno 2016. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno.

Numeratore: Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per esavalente

Denominatore: Numero bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: copertura vaccinale, prevenzione

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 1.b.1

Denominazione: Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Razionale: Svolgere una regolare attività fisica favorisce uno stile di vita sano e, secondo l'opinione degli esperti, riduce il rischio di mortalità del 10% per tutte le cause. L'attività fisica, infatti, protegge dall'insorgenza di numerose malattie ed è un supporto per il trattamento di diversi tipi di patologie. È importante che gli operatori sanitari raccomandino ai loro pazienti lo svolgimento di un'adeguata attività fisica: i loro consigli, insieme ad altri interventi mirati, possono essere utili ad incrementare l'esercizio fisico regolare sia nella popolazione generale che in gruppi a rischio per alcune patologie croniche.

Note per l'elaborazione: Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2018 il triennio di riferimento è 2016, 2017 e 2018).

Numeratore: N.totale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria persone intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: attività fisica, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 23	TRA 23 E 33	PIÙ DI 33
ASM	MENO DI 23	TRA 23 E 33	PIÙ DI 33

Codice: 1.b.2

Denominazione: Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso

Razionale: La situazione nutrizionale è una determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione. In particolare, l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, ictus o alcuni tipi di tumore come l'endometriale, il colon-rettile, della colecisti e della mammella. L'eccesso ponderale (persone sovrappeso/obese) è uno dei principali fattori di rischio su cui è possibile intervenire per migliorare lo stato di salute della popolazione. È importante che gli operatori sanitari pongano un'adeguata attenzione a questo aspetto.

Note per l'elaborazione: Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18.5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29.9); obeso (Imc>=30). Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2018 il triennio di riferimento è 2016, 2017 e 2018).

Numeratore: N.totale di persone intervistate sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria persone intervistate sovrappeso o obese consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso nei tre anni

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: persone sovrappeso o obese, perdere o mantenere peso, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 45	PIÙ DI 45
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 45	PIÙ DI 45

Codice: 1.b.3

Denominazione: Percentuale di persone sovrappeso o obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Razionale: Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria, spesso inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. È infatti sempre più evidente come la sedentarietà, spesso associata a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente non corretta, stia diventando un problema di salute pubblica, con un elevato carico di malattia e relativi costi sociali. In questo quadro, è dunque importante che i medici e gli operatori sanitari, oltre a promuovere l'adozione di una corretta alimentazione, suggeriscano di fare movimento.

Note per l'elaborazione: Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore di Imc, calcolato dividendo il peso (kg) per la statura (metri) elevata al quadrato e sono rappresentate in quattro categorie: sottopeso (Imc<18,5); normopeso (Imc 18.5-24,9); sovrappeso (Imc 25-29.9); obeso (Imc>=30). Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2018 il triennio di riferimento è 2016, 2017 e 2018).

Numeratore: N.totale di persone sovrappeso o obese intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di effettuare una qualsiasi attività fisica nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria persone sovrappeso o obese intervistate nei tre anni consigliate e non consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: persone sovrappeso o obese, attività fisica, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 35	PIÙ DI 35
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 35	PIÙ DI 35

Codice: 1.b.4

Denominazione: Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno

Razionale: L'alcol ha assunto, nell'ambito della promozione degli stili di vita sani, un'importanza sempre maggiore per le conseguenze negative che può avere il suo eccessivo consumo. Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, si estende alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società: si stima, infatti, che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria. I medici e gli altri operatori sanitari possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione dell'abuso di alcol, diffondendo la percezione del rischio legata al consumo eccessivo di bevande alcoliche.

Note per l'elaborazione: Consumatore di alcol a maggior rischio: bevitore fuori pasto o bevitore binge (persone che hanno consumato almeno una volta negli ultimi 30 giorni almeno 4 Unità Alcoliche per gli uomini e almeno 3 Unità Alcoliche per le donne - definizione OMS) o forte bevitore (uomini che bevono più di 2 Unità Alcoliche al giorno e donne che bevono più di 1 Unità Alcolica al giorno). Una Unità Alcolica (U.A.) corrisponde a circa 12 grammi di etanolo; una tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico. L'equivalente calorico di un grammo di alcol è pari a 7 kcal (definizione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - INRAN). Una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei consumatori di alcol a maggior rischio non è la somma dei singoli comportamenti. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2018 il triennio di riferimento è 2016, 2017 e 2018).

Numeratore: N. di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno nei tre anni.

Denominatore: Sommatoria dei bevitori a maggior rischio nei tre anni

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: bevitori a maggior rischio, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 3	TRA 3 E 9	PIÙ DI 9
ASM	MENO DI 3	TRA 3 E 9	PIÙ DI 9

Codice: 1.b.5

Denominazione: Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare

Razionale: Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Inoltre, il fumo è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità. Evidenze scientifiche mostrano che l'interruzione dell'abitudine al fumo porta al dimezzamento del rischio di infarto del miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore.

Note per l'elaborazione: "Fumatore": chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi. Si considerano le persone intervistate che dichiarano di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi per ogni anno di rilevazione a valere sul triennio (per esempio per l'anno 2018 il triennio di riferimento è 2016, 2017 e 2018).

Numeratore: N. fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare nei tre anni.

Denominatore: N. fumatori che hanno ricevuto e non hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei tre anni.

Fonte: Indagine PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute In Italia)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: fumatori, consigli dal medico o altro operatore sanitario

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 35	TRA 35 E 55	PIÙ DI 55
ASM	MENO DI 35	TRA 35 E 55	PIÙ DI 55

Codice: 1.c.1

Denominazione: Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina

Razionale: La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Note per l'elaborazione: Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni).

Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina

Denominatore: Donne residenti (25-64) /3

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Sistema Informativo Screening del Ministero

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 50	PIÙ DI 50
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 50	PIÙ DI 50

Codice: 1.c.2

Denominazione: Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella

Razionale: La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Note per l'elaborazione: Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni).

Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per carcinoma mammella

Denominatore: Donne residenti (50-69) /2

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Sistema Informativo Screening del Ministero

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 35	TRA 35 E 60	PIÙ DI 60
ASM	MENO DI 35	TRA 35 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 1.c.3

Denominazione: Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto

Razionale: La regione ha dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori non sempre controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Note per l'elaborazione: Nell'indicatore, la popolazione in età target viene divisa per la periodicità del round di screening, assumendo quindi che le attività di invito del programma abbiano una velocità costante, nel periodo di riferimento del round stesso (2 anni o 3 anni).

Numeratore: Persone in età target che seguono il test di screening per tumore colon retto

Denominatore: Persone residenti (50-69) /2

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Sistema Informativo Screening del Ministero

Parole chiave: programma organizzato, test di screening

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 25	TRA 25 E 50	PIÙ DI 50
ASM	MENO DI 25	TRA 25 E 50	PIÙ DI 50

Codice: 1.d.1

Denominazione: N.aziende ispezionate/N.aziende con dipendenti

Razionale: L' indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controllo rapportato al numero di aziende con dipendenti.

Note per l'elaborazione: Numero aziende ispezionate :numero complessivo di aziende dell'industria e servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (voce 6.2 scheda di attività). Numero aziende con dipendenti: numero PAT della gestione industria e servizi ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali (per il 2018 è utilizzato il 2016) con numero di addetti (dipendenti addetti speciali) >= 1 o con numero di artigiani >= 2.

Numeratore: Numero aziende ispezionate

Denominatore: Numero aziende con dipendenti

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: aziende ispezionate, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 5	TRA 5 E 10	PIÙ DI 10
ASM	MENO DI 5	TRA 5 E 10	PIÙ DI 10

Codice: 1.d.2

Denominazione: N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

Razionale: L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.

Note per l'elaborazione: Numero cantieri ispezionati: voce 2.2 Numero cantieri notificati: voce 2.1.

Numeratore: Numero cantieri ispezionati

Denominatore: Numero cantieri notificati

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: cantieri ispezionati, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 20	TRA 20 E 30	PIÙ DI 30
ASM	MENO DI 20	TRA 20 E 30	PIÙ DI 30

Codice: 1.d.3

Denominazione: N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSAL

Razionale: Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Note per l'elaborazione: Numero aziende ispezionate: numero complessivo di aziende dell'industria servizi (compreso edilizia) e agricoltura ispezionate dal Servizio nel corso dell'anno (incluse quelle ispezionate per l'espressione di pareri) voce 2.5 A,B,C (6.2) Numero personale UPG (Ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): colonna F della tabella 15 scheda ministeriale A.

Numeratore: Numero aziende ispezionate

Denominatore: Numero personale UPG ponderato SPSAL

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: aziende ispezionate, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 40	TRA 40 E 50	PIÙ DI 50
ASM	MENO DI 40	TRA 40 E 50	PIÙ DI 50

Codice: 1.d.4

Denominazione: N.sopralluoghi/N.personale UPG SPSAL

Razionale: Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).

Note per l'elaborazione: Numero sopralluoghi: voce 2.2 A, Scheda ministeriale B Numero personale UPG (ufficiali polizia giudiziaria) SPSAL (servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro): Scheda ministeriale A, colonna F.

Numeratore: Numero sopralluoghi (voce 2.4 D scheda di attività)

Denominatore: Numero personale UPG SPSAL

Fonte: Osservatorio Epidemiologico della Regione Basilicata (OER_B)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: sopralluoghi, sicurezza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 70	TRA 70 E 90	PIÙ DI 90
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 90	PIÙ DI 90

Codice: 1.e.1

Denominazione: Raggiungimento della copertura percentuale dei campioni effettuati per la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale

Razionale: Il Controllo Ufficiale sui residui di fitosanitari nei prodotti alimentari rappresenta una delle priorità sanitarie più rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare ed ha lo scopo di valutare il rischio, per la salute pubblica, derivante dal grado di contaminazione dei prodotti alimentari e conoscere l'andamento dei controlli svolti in Italia, sui residui di prodotti fitosanitari. L'indicatore misura il grado di realizzazione dei controlli previsti nelle tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992.

Note per l'elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di campioni effettuati inseriti in NSIS e al denominatore il numero di campioni assegnati. Il Flusso dei dati, aggregato per ASP e per ASM, sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi Veterinari e dei Sian (BDR).

Fonte: Sistema informativo NSIS

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: fitosanitari, alimenti di origine vegetale

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

Codice: 1.e.2

Denominazione: Raggiungimento della copertura percentuale di ovini e caprini morti testati per SCRAPIE

Razionale: La SCRAPIE è una malattia neurodegenerativa appartenente al gruppo delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) che colpisce pecore e capre. Il programma di sorveglianza attiva previsto dal Ministero della Salute impone l'obbligo di testare tutti gli ovini e caprini morti di età superiore ai 18 mesi. Anche nei casi in cui il tronco encefalico è in avanzato stato di decomposizione, bisogna procedere comunque al campionamento dello stesso, in quanto la proteina prionica resiste all'autolisi dei tessuti. Le Aziende Sanitarie devono, quindi, assicurare i dovuti campionamenti ed in caso di impossibilità dovranno specificare, in Banca Dati Regionale (BDR), il numero di capi non testati e le motivazioni dell'eventuale mancato prelievo (da indicare anche nei relativi verbali). Nel calcolo dell'indicatore possono, quindi, essere scorporati dal denominatore i capi non testati.

Note per l'elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di capi morti di età superiore ai 18 mesi testati per Scrapie e al denominatore il numero totale di capi morti di età superiore ai 18 mesi da testare. Nel calcolo dell'indicatore possono essere scorporati, dal denominatore, i capi per i quali è stato impossibile il prelievo. Il Flusso dei dati, aggregato per ASP e per ASM, sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi Veterinari e dei Sian (BDR)

Fonte: Banca Dati Regionale (BDR)

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: SCRAPIE, encefalopatie spongiformi trasmissibili

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

Codice: 1.e.3

Denominazione: Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

Razionale: Il Piano Nazionale per la ricerca di Residui è un piano di sorveglianza del processo di allevamento degli animali e di prima trasformazione dei prodotti di origine animale che, oltre alla valenza in termini di prevenzione per la salute, mira a svelare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate, di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate, a verificare la conformità dei residui di medicinali veterinari, di antiparassitari nonché di agenti contaminanti per l'ambiente con i limiti massimi di residui o i tenori massimi fissati dalle normative comunitarie e nazionali.

Note per l'elaborazione: Per il calcolo della copertura percentuale al numeratore viene indicato il numero di campioni effettuati e al denominatore il numero di campioni programmati. Il Flusso dei dati, aggregato per ASP e per ASM, sarà gestito dal nuovo modulo software integrato con il Nodo regionale dei Servizi Veterinari e dei Sian (BDR)

Fonte: Sistema informativo NSIS

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: contaminanti, alimenti di origine animale

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

Codice: 2.a.1

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso

Razionale: I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Note per l'elaborazione: I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 13, 19, 47, 65, 70, 73, 74, 88, 131, 133, 134, 139, 142, 183, 184, 187, 189, 206, 208, 241, 243, 245, 248, 249, 251, 252, 254, 256, 276, 281, 282, 283, 284, 294, 295, 299, 301, 317, 323, 324, 326, 327, 329, 332, 333, 349, 351, 352, 369, 384, 395, 396, 399, 404, 409, 410, 411, 412, 426, 427, 429, 465, 466, 467, 490, 563, 564. Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Sono esclusi:

- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99).
- i dimessi da strutture private non accreditate.

La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate: 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85.

Numeratore: N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti

Denominatore: N. residenti

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Livelli Essenziali di Assistenza, ricoveri medici potenzialmente inappropriati

Fasce di valutazione aziendale (x 10.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 180	TRA 135 E 180	MENO DI 135
ASM	PIÙ DI 180	TRA 135 E 180	MENO DI 135

Codice: 2.a.2

Denominazione: Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

Razionale: I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.

Note per l'elaborazione: Si considerano le dimissioni da strutture pubbliche e private accreditate dei residenti in regione per ricovero di Day Hospital per acuti con finalità diagnostica. Nel campo "Motivo ricovero DH" si considera la modalità "ricovero diurno diagnostico". Si escludono:

- i codici 190.5-Tumori maligni della retina, V10.84-Anamnesi personale di tumore maligno dell'occhio, V16.8-Anamnesi familiare di altro tumore maligno specificato, V42.1-Cuore sostituito da trapianto, 996.83-Complicazioni di trapianto di cuore, V42.6-Polmone sostituito da trapianto, 996.84-Complicazioni di trapianto di polmone da qualsiasi diagnosi
- la specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro"
- relativi ai dimessi per radioterapia e chemioterapia (diagnosi di dimissione V580-Sessione di radioterapia, V581-Chemioterapia e immunoterapia antineoplastica)
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)
- i deceduti.

Numeratore: N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica

Denominatore: N. residenti

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital, accertamenti diagnostici

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 3	TRA 1,5 E 3	MENO DI 1,5
ASM	PIÙ DI 3	TRA 1,5 E 3	MENO DI 1,5

Codice: 2.a.3

Denominazione: Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni

Razionale: L'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato "valore soglia di un DRG"; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: Si considerano le soglie ministeriali; per i DRG 557, 558, 559, 577, privi di soglia ministeriale, si usano i valori soglia stabiliti dal Testo Unico sulla Compensazione interregionale della mobilità sanitaria del 27 gennaio 2010. Si considerano i pazienti di età ≥ 65 anni. Si considerano esclusivamente i ricoveri medici ordinari. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28 56, 60, 75, 99).

Numeratore: N. di ricoveri medici oltre soglia

Denominatore: N. di ricoveri medici

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: ricoveri medici oltre soglia, pazienti di età ≥ 65 anni

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	PIÙ DI 4	TRA 2 E 4	MENO DI 2
CROB	PIÙ DI 4	TRA 2 E 4	MENO DI 2

Codice: 2.a.4

Denominazione: Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici

Razionale: Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute 2010 - 2012 (con le relative esclusioni indicate nell'Allegato B): 8, 36, 38, 40, 41, 42, 51, 55, 59, 60, 61, 62, 158, 160, 162, 163, 168, 169, 227, 228, 229, 232, 262, 266, 268, 270, 339, 340, 342, 343, 345, 360, 362, 364, 377, 381, 503, 538. 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

Per ogni azienda si considerano i DRG che presentano almeno 30 casi l'anno. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore. Sono esclusi i dimessi dai reparti di riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75, 99)

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

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: appropriatezza dei ricoveri chirurgici

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 45	TRA 45 E 75	PIÙ DI 75
AO SAN CARLO	MENO DI 45	TRA 45 E 75	PIÙ DI 75
CROB	MENO DI 45	TRA 45 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 2.a.5

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Razionale: La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Dal momento che risulta poco probabile una variabilità sistematica delle indicazioni per l'intervento di legatura o stripping tra le aree considerate, l'indicatore consente di identificare un potenziale sovra-utilizzo o sotto-utilizzo della tecnica chirurgica. Si ricorda inoltre che per questa tipologia di intervento il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" prevede la migrazione da trattamento in regime ordinario ad ambulatoriale.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, erogati da strutture pubbliche e private accreditate, relativi a residenti in regione con età ≥ 18 anni e con codici ICD9-CM di procedure principale o secondari di legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore: 38.59. Sono esclusi i ricoveri con mdc 15 e anche i trasferiti da altra struttura o da altro regime o tipologia dello stesso IRC di ricovero. La standardizzazione è fatta per età e sesso. La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85

Numeratore: Numero di ricoveri per interventi di stripping vene, relativi ai residenti

Denominatore: Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: ricoveri medici oltre soglia, pazienti di età ≥ 65 anni

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 65	TRA 50 E 65	MENO DI 50
ASM	PIÙ DI 65	TRA 50 E 65	MENO DI 50

Codice: 2.a.6

Denominazione: Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate

Razionale: La frattura di femore è un evento frequente nella popolazione anziana. Le sue conseguenze sulla durata e sulla qualità di vita sono estremamente serie: la mortalità ad un anno dei soggetti con frattura di femore è superiore al 20%. Il trattamento della frattura di femore ha subito un radicale cambiamento negli ultimi anni, con un incremento degli interventi di emi-artroplastica pari a 10 volte. Rispetto ad altre opzioni terapeutiche, infatti, all'intervento chirurgico precoce sono stati associati un minor rischio di complicanze post-operatorie, una più rapida ripresa funzionale e un benefico effetto sulla mortalità a breve e medio termine. Perciò, se è importante la tempistica con cui i pazienti con frattura del collo del femore vengono operati, è preliminare e ancora più importante che essi siano innanzitutto sottoposti a intervento chirurgico. Questo indicatore monitora quanti fratturati di femore vengono effettivamente operati. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari dei dimessi con diagnosi principale di frattura del collo del femore (codice 820.xx). Al numeratore si considerano i codici intervento principale o secondari per frattura del femore:

- 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

Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, i ricoveri con modalità di dimissione "trasferito ad altro Istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti".

Numeratore: Numero di interventi per fratture del femore

Denominatore: Numero di diagnosi di fratture del femore

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: frattura di femore, intervento chirurgico

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	MENO DI 80	TRA 80 E 90	PIÙ DI 90

Codice: 2.a.7

Denominazione: Riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca

Razionale: Oltre il 50% nei soggetti di età superiore a 65 anni presenta una patologia a carico dell'apparato muscolo-scheletrico con un alto potenziale di disabilità. L'impianto di un dispositivo protesico, soprattutto nelle patologie a carico delle articolazione del ginocchio e dell'anca, rappresenta una valida opzione terapeutica con un miglioramento della qualità della vita dei pazienti grazie al ripristino della funzionalità articolare e alla riduzione o eliminazione della sintomatologia dolorosa. Le riammissioni dopo 30 giorni da una dimissione ospedaliera dopo intervento di artroprotesi possono valutare la qualità della cura a breve termine. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con riammissione entro 30 giorni dalla data di dimissione del ricovero per protesi di anca.

Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di protesi di anca.

Fonte: Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: protesi di anca, riammissioni

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 3,7	TRA 2,7 E 3,7	MENO DI 2,7
AO SAN CARLO	PIÙ DI 3,7	TRA 2,7 E 3,7	MENO DI 2,7

Codice: 2.a.8

Denominazione: Proporzione di intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano

Razionale: Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana. Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero \leq 2 giorni)

Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: frattura del collo del femore, intervento chirurgico entro 2 giorni

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 2.a.9

Denominazione: Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella

Razionale: L'indicatore misura la percentuale di interventi conservativi e nipple/skin sparing-ricostruttivi eseguiti nell'anno sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella. Quando si parla di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella si tende a classificare le procedure in conservative o demolitive. Questo indicatore supera questa netta classificazione proponendo di considerare, ai fini della valutazione della qualità del trattamento chirurgico, unitamente la percentuale di interventi conservativi e la percentuale di interventi che preservano la cute o il capezzolo o prevedono la ricostruzione, in contrapposizione alle mastectomie a cui non segue una ricostruzione. La valutazione dei risultati avviene tenendo conto degli standard individuati dall'European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) per gli interventi conservativi (Rosselli del Turco et al, 2010).

Note per l'elaborazione: L'analisi è ristretta ai ricoveri erogati in Regione, su pazienti di genere femminile ovunque residenti. Le procedure 85.34 e 85.36 non abbinate a 85.53 o 85.54 o 85.95 si considerano errori di codifica.

Numeratore: Conservativi: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: 85.2* Asportazione o demolizione di tessuto della mammella o 85.31 Mammoplastica riduttiva monolaterale o 85.32 Mammoplastica riduttiva bilaterale. Nipple/Skin Sparing: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e (Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: (85.4* Mastectomia e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)) o 85.34 Altra mammectomia sottocutanea monolaterale o 85.36 Altra mammectomia sottocutanea bilaterale e (85.53 Impianto di protesi monolaterale o 85.54 Impianto di protesi bilaterale o 85.95 Inserzione di espansore tessutale nella mammella)) o 85.33 Mastectomia sottocutanea monolaterale o 85.35 Mastectomia sottocutanea bilaterale con contemporaneo impianto di protesi).

Denominatore: Codici ICD9-CM di diagnosi principale: Carcinoma infiltrante: 174.* o Carcinoma in situ: 233.0 e Codici ICD9-CM di procedura principale o secondaria: Interventi alla mammella: 85.2*, 85.3*, 85.4*

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: interventi conservativi o nipple e skin, tumore maligno della mammella

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 2.a.10

Denominazione: Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella

Razionale: Questo indicatore misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore alla mammella e il ricovero stesso.

Note per l'elaborazione: Si selezionano i ricoveri con codice di procedura 85.2x, 85.3x 85.4x in qualunque procedura e diagnosi (principale o secondarie) 233.0 o 174.xx; ovvero procedure (85.2x o 85.3x o 85.4x) e diagnosi (233.0 o 174.*). Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).
- i ricoveri con differenza tra data di prenotazione e data di ricovero superiore a 550 giorni
- i ricoveri urgenti, TSO, TSV

Numeratore: N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore alla mammella

Denominatore: N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore alla mammella

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Attesa media, tumore maligno della mammella

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	PIÙ DI 35	TRA 25 E 35	MENO DI 25
AO SAN CARLO	PIÙ DI 35	TRA 25 E 35	MENO DI 25

Codice: 2.a.11

Denominazione: Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui

Razionale: Il carcinoma mammario rappresenta il 29% di tutti i tumori e risulta essere la neoplasia più frequentemente diagnosticata nelle donne; nelle donne nella fascia di età tra 0 e 49 anni il tumore mammario rappresenta il 41% dei tumori maligni, il 35% tra 50 e 69 anni e il 21% nelle donne di età maggiore di 70 anni. Inoltre, rappresenta la prima causa di morte nelle donne in tutte le fasce di età: 29% dei decessi tra 0 e 49 anni, il 23% tra 50 e 69 anni e il 16% tra le donne con età superiore ai 70 anni. In Italia si osservano differenze tra macro-aree con una maggiore incidenza al Nord (123,4 casi/100.000 abitanti) rispetto al Centro (103,8 casi/100.000 abitanti) e al Sud-Isole (93,1 casi/100.000 abitanti) probabilmente dovute alle differenze nell'accesso allo screening mammografico e alla eterogeneità nella distribuzione dei fattori di rischio del tumore maligno della mammella. L'efficacia degli interventi sanitari è una caratteristica specifica di ciascun intervento e dell'outcome valutato. Per quanto riguarda soprattutto gli interventi clinici le caratteristiche organizzative, strutturali e di processo dei servizi sanitari sono potenziali forti modificatori delle misure di efficacia. Tra queste caratteristiche i volumi di attività sono una caratteristica misurabile di processo che possono avere un impatto rilevante nel modificare l'efficacia degli interventi.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui.

Denominatore: Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella.

Fonte: Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: tumore maligno della mammella, volumi di attività

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95
CROB	MENO DI 90	TRA 90 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 2.a.12

Denominazione: Mortalità a trenta giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)

Razionale: Il by-pass aorto-coronarico consiste nella sostituzione del tratto di arteria coronaria compromesso da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso (vena o arteria) che permette di aggirare l'ostruzione. L'intervento è indicato per alleviare i sintomi anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e dà risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata. L'intervento di BPAC è preferibile alla PTCA nella maggior parte dei pazienti con forme estese di coronaropatia. Il numero di by-pass che si possono effettuare dipende dal numero di coronarie o di rami delle coronarie ostruiti. I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente. Si stima che per un paziente con funzione ventricolare sinistra conservata, in buone condizioni generali e senza gravi malattie, il rischio di decesso è intorno al 2%. Si definisce isolato il BPAC non associato ad interventi sulle valvole cardiache o a endoarteriectomia

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento

Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di BPAC isolato

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: by-pass aorto-coronarico, sopravvivenza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	PIÙ DI 4,15	TRA 2,15 E 4,15	MENO DI 2,15

Codice: 2.a.13

Denominazione: Mortalità a trenta giorni dall'intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache

Razionale: La chirurgia sulla valvole cardiache permette di riparare o sostituire valvole stenotiche oppure non continenti (insufficienti). Gli interventi di anuloplastica o valvuloplastica possono essere eseguiti per riparare una valvola mitralica stenotica (separazione delle commissure fuse) oppure insufficiente (impianto di protesi anulare o asportazione di lembo posteriore ed impianto di corde sintetiche). La riparazione, pur meno frequentemente, può essere eseguita anche sulla valvola aortica. Quando la riparazione non è possibile si deve procedere alla sostituzione con valvole meccaniche o biologiche (animali oppure eterologhe). L'indicatore misura un esito a breve termine dell'intervento e può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. Si definisce isolato l'intervento di valvuloplastica o di sostituzione non associato ad interventi di by-pass, di endoarteriectomia, ad altri interventi cardiaci o sulla aorta.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di ricoveri con esecuzione di valvuloplastica isolata o sostituzione di valvole cardiache isolata, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento

Denominatore: Numero di ricoveri con esecuzione di valvuloplastica isolata o sostituzione di valvole cardiache isolata

Fonte: Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache, sopravvivenza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
AO SAN CARLO	PIÙ DI 3,6	TRA 2,6 E 3,6	MENO DI 2,6

Codice: 2.a.14

Denominazione: Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 2 giorni

Razionale: La PTCA è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso in cui siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche. Ha lo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico). Più alti volumi sono stati associati con migliori outcome, soprattutto quando la PTCA è eseguita nella fase precoce di un IMA, in cui è richiesta maggiore abilità ed esperienza rispetto ad un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione), ed in letteratura è dimostrato il rapporto inverso tra la tempestività di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) e la mortalità a breve termine. L'episodio di IMA è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data del primo ricovero per IMA (ricovero indice). L'intervallo di 2 giorni è definito a partire dalla data di ammissione del ricovero indice. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 2 giorni

Denominatore: Numero di episodi di IMA

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: IMA, PTCA entro 2 giorni

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 34	TRA 34 E 44	PIÙ DI 44
AO SAN CARLO	MENO DI 34	TRA 34 E 44	PIÙ DI 44

Codice: 2.a.15

Denominazione: Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)

Razionale: Trattamenti tempestivi ed efficaci sono essenziali per la sopravvivenza del paziente con infarto miocardico acuto (IMA). Il periodo di tempo più critico nell'IMA è la sua fase più precoce. La mortalità degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese è tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la metà si verifica entro due ore, di solito per fibrillazione ventricolare. L'alta mortalità iniziale sembra essere cambiata poco negli ultimi 30 anni; al contrario, c'è stata una notevole riduzione della mortalità dei casi trattati in ospedale. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE)

Numeratore: Numero di episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data del ricovero indice

Denominatore: Numero di episodi di IMA

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO) e l'Anagrafe Tributaria

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: infarto miocardico acuto, sopravvivenza del paziente

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 10,5	TRA 8,5 E 10,5	MENO DI 8,5
AO SAN CARLO	PIÙ DI 10,5	TRA 8,5 E 10,5	MENO DI 8,5

Codice: 2.a.16

Denominazione: Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni

Razionale: La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto.

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) indicatore H05Z

Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza inferiore a 3 giorni

Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	-	2019	2020

Parole chiave: colecistectomia, Day Surgery

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 50 E 60	PIÙ DI 60

Codice: 2.a.17

Denominazione: Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Razionale: La "Proporzione di parti con taglio cesareo primario" è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per "ragioni non mediche". L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo. La riduzione del numero di parti cesarei può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni al parto vaginale. Per ogni azienda presa in considerazione il valore dell'indicatore è la media ponderata dei tassi aggiustati delle strutture ospedaliere di riferimento con pesi pari alla numerosità dei casi. Per le fasce di valutazione si fa riferimento a quanto previsto dal D.M. 70 /2015 - Cap 4 – volumi ed esiti che stabilisce le seguenti soglie di rischio di esito:

- proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti: max 15%
- proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con > 1000 parti: max 25%

Note per l'elaborazione: Protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Per l'AOR San Carlo il punteggio viene ripartito al 50% sull'Ospedale San Carlo di Potenza, al 25% sull'Ospedale di Melfi e al 25% sull'Ospedale di Lagonegro. Qualora in uno degli ospedali di I livello dell'AOR venisse chiuso il Punto Nascita suo punteggio verrebbe assorbito dall'altro ospedale di I livello

Numeratore: Numero di parti cesarei primari

Denominatore: Numero totale di parti

Fonte: Schede di dimissione ospedaliere (SDO)

Riferimento: Piano Nazionale Esiti (PNE)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: parti cesarei primari, parto naturale

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 15	-	MENO DI 15
AOR SAN CARLO	PIÙ DI 25	-	MENO DI 25
AOR PRESIDI OSPEDALIERI	PIÙ DI 15	-	MENO DI 15

Codice: 2.b.1

Denominazione: Percentuale di ricoveri oncologici sul totale dei ricoveri

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l'elaborazione: Per diagnosi tumorale si considerano i seguenti Codici ICD9CM (2007) ≥ 140 e ≤ 2399 , oppure V580 oppure V5811.

Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi principale o secondaria tumorale

Denominatore: Numero di Ricoveri

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: ricoveri oncologici, SDO

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 80	TRA 80 E 90	PIÙ DI 90

Codice: 2.c.1

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1.000 residenti

Razionale: Questo indicatore monitora le ospedalizzazioni per una serie di patologie, croniche e non, che, secondo le linee guida e gli standard internazionali, devono essere prese in carico sul territorio. Tali patologie sono, quindi, definite come "sensibili alle cure ambulatoriali", in quanto un'assistenza ambulatoriale appropriata può contribuire a tenere sotto controllo la malattia, evitando riacutizzazioni che potrebbero portare a ricoveri non appropriati.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione. Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).

Si considerano patologie sensibili alle prestazioni ambulatoriali :

- Sifilide: diagnosi di dimissione 090.xx;
- Condizioni prevenibili e correlate all'immunizzazione: diagnosi di dimissione 033.*, 045.*, 391.*, 037, 390, 320.0 (per quest'ultima diagnosi, età compresa tra 1 e 5 anni);
- Epilessia: diagnosi di dimissione 345.*;
- Convulsioni: diagnosi di dimissione 780.3x;
- Gravi infezioni di ORL (orecchio, naso e gola): diagnosi di dimissione 462, 463, 4721,465.*, 382.*(per quest'ultima diagnosi, escluso codice intervento principale 20.01);
- Tubercolosi polmonare: diagnosi di dimissione 011.*;
- Altre tubercolosi: diagnosi di dimissione: 012.*, 013.*, 014.*, 015.*, 016.*, 017.*, 018.*;
- BPCO: diagnosi di dimissione 491.*, 492.*, 496, 490;
- Bronchite acuta: diagnosi di dimissione: 466.0 e almeno una delle diagnosi secondarie 491.*, 492.*, 494.*, 496;
- Polmonite batterica: diagnosi di dimissione 483.*, 481, 482.2, 482.3x, 482.9, 485, 486, (si escludono i pazienti con una delle diagnosi secondarie 282.6x, età minore di 1 anno);
- Asma: diagnosi di dimissione 493.*;
- Insufficienza cardiaca congestizia: diagnosi di dimissione 402.01, 402.11, 402.91, 518.4, 428.* (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
- Angina: diagnosi di dimissione 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90 (sono esclusi i codici di procedura principale e secondari 36.01, 36.02, 36.05, 36.10, 36.11, 36.12, 36.13, 36.14, 36.15, 36.16, 36.17, 36.19, 37.51, 37.52, 37.53, 37.54, 37.70, 37.71, 37.72, 37.73, 37.74, 37.75, 37.76, 37.77, 37.78, 37.79);
- Cellulite: diagnosi di dimissione 681.*, 682.*, 686.*, 683 e codice di procedura principale o secondari 860.xx o vuoto;
- Diabete: diagnosi di dimissione 250.0x, 250.1x, 250.2x, 250.3x, 250.8x, 250.9x;
- Ipoglicemia: diagnosi di dimissione 251.2;
- Gastroenterite: diagnosi di dimissione 558.9;
- infezioni delle vie urinarie-renali: diagnosi di dimissione 599.0, 599.9, 590.*;
- Deidratazione/ipovolemia: diagnosi di dimissione 276.5;
- Anemia per deficienza di ferro: diagnosi di dimissione 280.1, 280.8, 280.9 e età compresa tra 0 e 5 anni);

- Carenze nutrizionali: diagnosi di dimissione 260, 261, 262, 268.0, 268.1;
- Ritardo nella crescita: diagnosi di dimissione 783.4x, e età minore di 1 anno;
- Infiammazioni pelviche: donne con diagnosi di dimissione 614.*, escluse le procedure principali 68.31, 68.39, 68.41, 68.49, 68.51, 68.59, 68.61, 68.69, 68.71, 68.79, 68.8;
- Malattie dei denti: diagnosi di dimissione 521.*, 522.*, 523.*, 525.*, 528.*).

Numeratore: N. ricoveri per patologie sensibili alle cure ambulatoriali relativi ai residenti

Denominatore: N. residenti

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Tasso di ospedalizzazione, patologie sensibili alle cure ambulatoriali

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 10	TRA 7 E 10	MENO DI 7
ASM	PIÙ DI 10	TRA 7 E 10	MENO DI 7

Codice: 2.c.2

Denominazione: Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni

Razionale: La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento del numero di soggetti anziani e del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella presa in carico. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni può essere giustificato dalla complessità dei casi trattati.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione con codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 428.*, 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93 esclusi i dimessi con codici 00.5*, 35.**, 36.**, 37.** in uno qualunque dei campi di procedura. Sono altresì esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99).

Numeratore: N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti

Denominatore: N. Residenti d'età 50-74 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: ospedalizzazioni, scompenso cardiaco

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 195	TRA 155 E 195	MENO DI 155
ASM	PIÙ DI 195	TRA 155 E 195	MENO DI 155

Codice: 2.c.3

Denominazione: Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni

Razionale: Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione con codifiche ICD9-CM in diagnosi principale: 250.xx Diabete mellito. Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99)
- i DRG 113 e 114
- i codici di procedura 36.** e 39.5* in uno qualunque dei campi di procedura
- i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale)

Numeratore: N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti

Denominatore: N. Residenti d'età 35-74 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: ospedalizzazioni, diabete

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 35	TRA 25 E 35	MENO DI 25
ASM	PIÙ DI 35	TRA 25 E 35	MENO DI 25

Codice: 2.c.4

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per BPCO (Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni

Razionale: Per le broncopneumopatie croniche-ostruttive, alla pari di molte malattie croniche-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner et al., 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari ovunque erogati, extra regione inclusi, relativi a residenti in regione con codifiche ICD9-CM in diagnosi principale:

- 490: Bronchite, non specificata se acuta o cronica
- 491*: Bronchite cronica
- 492*: Enfisema
- 496: Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove
- 494*: Bronchiectasie.

Sono esclusi:

- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate
- i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuroriabilitazione e cure palliative (codici 28, 56, 60, 75,99)

Numeratore: N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti

Denominatore: N. Residenti d'età 50-74 anni

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: ospedalizzazioni, diabete

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 35	TRA 25 E 35	MENO DI 25
ASM	PIÙ DI 35	TRA 25 E 35	MENO DI 25

Codice: 2.c.5

Denominazione: Percentuale di anziani trattati in cure domiciliari con valutazione sul totale della popolazione anziana (≥ 65 anni)

Razionale: L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali.

Note per l'elaborazione: L'indicatore monitora la percentuale di anziani che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare. Vengono considerati solo i casi per i quali è stata effettuata una valutazione o per un percorso socio-sanitario o per un percorso sanitario; sono quindi escluse le prestazioni occasionali che non necessitano di valutazione.

Numeratore: Persone ≥ 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, con valutazione

Denominatore: Popolazione residente ≥ 65 anni

Fonte: Flusso ADI (Assistenza Domiciliara Integrata)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Cure domiciliari, Unità di Valutazione Multidisciplinare

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 4	TRA 4 E 8	PIÙ DI 8
ASM	MENO DI 4	TRA 4 E 8	PIÙ DI 8

Codice: 2.c.6

Denominazione: Percentuale di Prese in Carico con CIA > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari

Razionale: Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l'ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare verso l'assistito.

Note per l'elaborazione: Residenti in Regione, cure domiciliari erogate in Regione incluse le Prese in Carico con valutazione e tutti i tipi di Cure Domiciliari.

CIA = Numero GEA / Numero GdC

GEA = Numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore

GdC = Numero di giorni trascorsi dalla data di primo accesso nell'anno di riferimento alla data dell'ultimo accesso nell'anno di riferimento (si escludono le GdC=0, ovvero i casi con un solo accesso)

Numeratore: Numero di Prese in Carico con CIA > 0,13 per residenti con età maggiore o uguale a 65 anni

Denominatore: Numero di Prese in Carico (PIC) per cure domiciliari, per persone con età maggiore o uguale a 65 anni

Fonte: Flusso ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Cure domiciliari, Coefficiente di Intensità assistenziale

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 35	TRA 35 E 55	PIÙ DI 55
ASM	MENO DI 35	TRA 35 E 55	PIÙ DI 55

Codice: 2.c.7

Denominazione: Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Razionale: Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche è un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, inclusa la mobilità passiva, con diagnosi principale psichiatriche di età ≥ 18 anni dimessi da qualsiasi reparto. Si considerano le diagnosi principali (codici ICD9-CM): 290.xx-319.xx. Sono esclusi:

- i ricoveri con diagnosi principale di demenza: 290.xx, 293.xx, 294.xx
- i ricoveri per disturbi dell'infanzia e adolescenza in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315
- i ricoveri erogati da strutture private non accreditate

La popolazione standard è la popolazione residente in Italia anno 2011, fonte ISTAT. Classi di età utilizzate : 18-19, 20-24, 25-29, ..., 80-84, 85.

Numeratore: N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni

Denominatore: Popolazione residente maggiorenne

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Tasso di ospedalizzazione, età pediatrica

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 300	TRA 200 E 300	MENO DI 200
ASM	PIÙ DI 300	TRA 200 E 300	MENO DI 200

Codice: 2.c.8

Denominazione: Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

Razionale: Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione ad personam delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari.

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri ordinari erogati in regione relativi ai residenti maggiorenni, relativi ai primi 11 mesi dell'anno con codici ICD9-CM per patologie psichiatriche in diagnosi principale: 290.xx-319.xx. Sono esclusi i ricoveri:

- per disturbi dell'infanzia e adolescenza codici ICD9-CM in diagnosi principale: 299.0x, 299.8x, 313-315;
- con codice fiscale anonimo;
- dei pazienti che effettuano un solo ricovero con modalità di dimissione deceduto.

Al numeratore si considera ripetuto:

- il ricovero che ha rispetto ad un ricovero precedente: stesso codice fiscale, tempo intercorso tra l'ammissione e una precedente dimissione fra 8 e 30 giorni;
- il ricovero generato da una struttura pubblica e avvenuto in una struttura privata non accreditata.

Non generano ricoveri ripetuti i ricoveri con modalità di dimissione volontaria. Si escludono i ricoveri ripetuti generati da una struttura privata non accreditata e avvenuti in una struttura pubblica, privata accreditata o privata non accreditata. Dal calcolo del denominatore si escludono i ricoveri erogati dalle strutture private non accreditate. Il ricovero ripetuto è attribuito all'azienda di residenza del paziente.

Numeratore: N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)

Denominatore: N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Ricovero ripetuto, patologie psichiatriche

Fasce di valutazione aziendale (x 100.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 6	TRA 4 E 6	MENO DI 4
ASM	PIÙ DI 6	TRA 4 E 6	MENO DI 4

Codice: 2.c.9

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

Razionale: Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro Stato condizioni epidemiologiche significativamente diverse da quelle degli altri Paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriatezza dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005].

Note per l'elaborazione: Si considerano i ricoveri erogati ai residenti, extra regione inclusi, sia ricoveri ordinari che day-hospital. Sono esclusi i ricoveri:

- erogati da strutture private non accreditate
- relativi ai neonati normali (DRG 391)

Numeratore: Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni)

Denominatore: Popolazione residente (< 14 anni)

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Tasso di ospedalizzazione, età pediatrica

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 10	TRA 7 E 10	MENO DI 7
ASM	PIÙ DI 10	TRA 7 E 10	MENO DI 7

Codice: 2.d.1

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

Razionale: I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso, e questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto che lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, hanno sull'outcome dei pazienti con codici di maggiore gravità, ma anche sui livelli di soddisfazione dei professionisti, sottoposti a elevato stress, e dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono trattati entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Note per l'elaborazione: Si considerano gli accessi con codice colore al triage giallo. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 29 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi:

- con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti.
- con esito "giunto cadavere" (codice EMUR=9)

Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso.

Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 80	TRA 80 E 93	PIÙ DI 93
AO SAN CARLO	MENO DI 80	TRA 80 E 93	PIÙ DI 93

Codice: 2.d.2

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

Razionale: L'indicatore monitora la percentuale di accessi con codice verde che sono trattati entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage). Questo indicatore rileva quindi la tempestività del Pronto Soccorso nel rispondere ai bisogni dei pazienti con codici non urgenti, che potrebbero trovare risposta in altri setting assistenziali, ma che preferiscono rivolgersi al Pronto Soccorso in quanto punto di riferimento disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e da cui è possibile ricevere un servizio completo, comprensivo di diagnosi ed eventuali accertamenti. Questa tipologia di pazienti costituisce da tempo, ormai, una parte rilevante del totale degli accessi e tra loro spesso si registrano elevati livelli di insoddisfazione, connessi proprio ai tempi di attesa.

Note per l'elaborazione: Si considerano gli accessi con codice colore al triage verde. Al numeratore si considerano i tempi di attesa inferiori o uguali a 59 minuti e 59 secondi. Sono esclusi, sia al numeratore che al denominatore, gli accessi:

- con tempo di attesa negativi e superiori a 1440 minuti.
- con esito "giunto cadavere" (codice EMUR=9)

Il tempo di attesa è calcolato come differenza tra la data di presa in carico e la data di entrata in Pronto Soccorso.

Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 2.d.3

Denominazione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore

Razionale: L'indicatore misura la percentuale di accessi con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore dal momento di assegnazione del codice colore. Questo indicatore, pertanto, misura l'efficienza dell'intero percorso del paziente, anche in termini di effettuazione di esami diagnostici o di visite tramite consulenze specialistiche.

Note per l'elaborazione: Si considerano gli accessi:

- con codice colore triage verde,
- esito "dimissione a domicilio" (Codifica EMUR =1),
- esito "dimissione a strutture ambulatoriali" (Codifica EMUR =8)

Al numeratore si considerano i tempi di permanenza inferiori o uguali a 239 minuti e 59 secondi. Sono esclusi gli accessi:

- con tempo di permanenza negativi e superiori a 4320 minuti,
- inviati in Osservazione Breve.

Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di entrata in Pronto Soccorso e la data di dimissione.

Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore

Denominatore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero

Fonte: Flusso Pronto Soccorso

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Pronto Soccorso, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 70	TRA 70 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 2.d.4

Denominazione: Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (minuti)

Razionale: L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "Griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).

Note per l'elaborazione: L'indicatore considera il 75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata (allarme) e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target). Vengono considerati solo i tempi compresi tra 1 e 180 minuti e le sole prese in carico con Codice Criticità presunta valorizzato con Rosso o Giallo. Sono escluse le missioni di elisoccorso.

Numeratore:

Denominatore:

Fonte: flusso informativo EMUR

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: emergenza, tempo di attesa

Fasce di valutazione aziendale (minuti):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 26	TRA 20 E 26	MENO DI 20

Codice: 3.a.1

Denominazione: Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Razionale: Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilanciamento fra costi e benefici debba essere parte integrante della decisione terapeutica, a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbe da privilegiare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il perseguimento di maggiori livelli di costo-efficacia, ottenuti tramite lo spostamento delle attuali terapie sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.

Note per l'elaborazione: Si considera l'ultima lista di trasparenza ministeriale dell'anno di riferimento, applicata con effetto retroattivo.

Numeratore: N. Confezioni di molecole erogate, non coperte da brevetto o presenti nella lista di trasparenza

Denominatore: N. Confezioni complessivamente erogate

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: brevetto scaduto, liste di trasparenza

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 74	TRA 74 E 76	PIÙ DI 76
ASM	MENO DI 74	TRA 74 E 76	PIÙ DI 76

Codice: 3.a.2

Denominazione: Percentuale di utilizzo farmaci biosimilari

Razionale: Con il termine "biosimilare" viene indicato un medicinale, autorizzato ad esito di una procedura registrativa in Europa, simile a un prodotto biologico di riferimento già autorizzato e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale. In particolare, il concetto di "medicinale biologico simile" è stato introdotto nella legislazione dell'Unione Europea dalla direttiva 2001/83/CE e successive modificazioni¹, che all'articolo 10(4) ha fornito una definizione implicita di prodotto biosimilare, successivamente recepita nella normativa italiana tramite il decreto legislativo n.219/2006 all'articolo 10 punto 7. Pur considerando che la scelta di trattamento con un farmaco biologico di riferimento o con un biosimilare rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, l'AIFA considera che i biosimilari costituiscono un'opzione terapeutica il cui rapporto rischio-beneficio è il medesimo di quello dei corrispondenti originatori di riferimento, come dimostrato dal processo regolatorio di autorizzazione. Tale considerazione vale anche per i pazienti già in cura, nei quali l'opportunità di sostituzione resta affidata al giudizio clinico. Il Consiglio di Stato con sentenza n.2361 del 21/07/2017 ha chiarito che costituisce dovere, anche per il medico prescrittore, quello di scegliere, tra i prodotti ritenuti di pari efficacia terapeutica, quello meno oneroso per il Servizio sanitario nazionale.

Note per l'elaborazione: Si considerano al numeratore e al denominatore le unità posologiche relative ai biosimilari dell'ATC 5° livello.

Numeratore: Totale unità posologiche solo biosimilari

Denominatore: Totale unità posologiche (biosimilari+originator)

Fonte: Flussi Nsis e/o Farmastat

Riferimento: Ufficio prestazioni assistenziali e farmaceutico del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: biosimilare, ATC 5° livello

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
AO SAN CARLO	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
CROB	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 3.b.1

Denominazione: Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

Razionale: In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatelyzza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.

Note per l'elaborazione: I farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) A02BC. È escluso il consumo privato. È inclusa l'erogazione in regime convenzionale, la diretta e/o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

Numeratore: N. unità posologiche di IPP erogate

Denominatore: Popolazione residente pesata

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Inibitori di Pompa Protonica, inappropriatelyzza

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 30	TRA 28 E 30	MENO DI 28
ASM	PIÙ DI 30	TRA 28 E 30	MENO DI 28

Codice: 3.b.2

Denominazione: Incidenza dei Sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)

Razionale: Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si rende necessario bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore.

Note per l'elaborazione: I farmaci antagonisti dell'angiotensina II associati e non associati (Sartani), appartengono ai sottogruppi terapeutici ATC C09C e C09D. L'indicatore considera l'incidenza del consumo di questi sul territorio (erogati in convenzione, direttamente e/o dpc) rispetto al gruppo terapeutico C09. È escluso il consumo privato.

Numeratore: N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali

Denominatore: N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Inibitori dell'angiotensina, sistema renina

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 40	TRA 40 E 30	MENO DI 30
ASM	PIÙ DI 40	TRA 40 E 30	MENO DI 30

Codice: 3.b.3

Denominazione: Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI)

Razionale: L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.

Note per l'elaborazione: I farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AB. 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. È 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. È escluso il consumo privato. È preso in considerazione il consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

Numeratore: DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo

Denominatore: Popolazione pesata x 365

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Inibitori dell'angiotensina, sistema renina

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 36	TRA 26 E 36	MENO DI 26
ASM	PIÙ DI 36	TRA 26 E 36	MENO DI 26

Codice: 3.b.4

Denominazione: Consumo di farmaci antibiotici sul territorio

Razionale: La resistenza agli antibiotici da parte di microorganismi è un fenomeno in aumento negli ultimi anni, così come è in aumento il fenomeno della resistenza multipla alla terapia combinata con più antibiotici. Oggi si parla di "superbatteri" contro cui gli antibiotici attualmente in uso sono quasi inefficaci. In Italia le infezioni sostenute da tali germi rappresentano una vera e propria emergenza, sia per la valenza clinica (elevata mortalità o associazione con numerose complicanze gravi), sia per l'alta incidenza. L'impiego inappropriato di antibiotici diventa perciò un problema di salute pubblica, a causa del possibile sviluppo di resistenze nella popolazione, oltre ad esporre i soggetti singoli a inutili rischi derivanti da possibili effetti collaterali (Rapporto OsMed 2014).

Note per l'elaborazione: I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. 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. È 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. È presa in considerazione l'erogazione degli antibiotici in regime convenzionale, in distribuzione diretta e per conto. Per la popolazione si utilizzano i pesi del Rapporto OsMed 2012.

Numeratore: DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo

Denominatore: Popolazione pesata x 365

Fonte: Flusso regionale farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Antibiotici, Defined Daily Dose (DDD)

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 22	TRA 16 E 22	MENO DI 16
ASM	PIÙ DI 22	TRA 16 E 22	MENO DI 16

Codice: 3.b.5

Denominazione: Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta-bloccanti alla dimissione

Razionale: I farmaci beta-bloccanti rappresentano da decenni una pietra miliare nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (IMA) e nella sua prevenzione secondaria. Esistono numerose evidenze che dimostrano l'effetto benefico dell'utilizzo dei betabloccanti per i pazienti colpiti da IMA, effetto che si esprime in una migliore prognosi sia a breve che a lungo termine. Le linee guida cardiologiche nord-americane ed europee indicano come mandatoria la somministrazione dei beta-bloccanti al momento della dimissione dopo un evento di infarto. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con beta-bloccanti al momento della dimissione.

Note per l'elaborazione: Al numeratore si considerano il numero di pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti al primo ricovero per IMA nel periodo 1/07 – 30/06 e almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA. Gli ATC di selezione per i farmaci sono:

- C07AA – Betabloccanti, non selettivi;
- C07AB – Betabloccanti, selettivi;
- C07AG – Bloccanti dei Recettori Alfa e Beta Adrenergici;
- C07BB – Betabloccanti Selettivi E Tiazidi;
- C07CA – Betabloccanti non Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CB – Betabloccanti Selettivi ed Altri Diuretici;
- C07CG – Alfa E Betabloccanti ed Altri Diuretici

Al denominatore si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI) nel periodo 1/07– 30/06 tra i 18 e i 100 anni, eleggibili alla terapia. I criteri di inclusione sono:

- Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07 – 30/06
- In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero
- Solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti deceduti nel ricovero indice
- Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: Blocco atrioventricolare completo - ICD-IX - 426.0x - Blocco Atrioventricolare Completo - 426.12 - Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado, Mobitz II - 426.13 - Altro Blocco Atrioventricolare Di Secondo Grado - 427.81 Disfunzione del Nodo Senoatriale
- Pazienti con asma identificati come segue:
 - Almeno due prescrizioni di corticosteroidi per via inalatoria nel 6 mesi precedenti il ricovero indice – codici ATC: - R03BA - Glicocorticoidi - R03AK06 – Salmeterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie - R03AK07 - Formoterolo ed altri farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
 - Dimissione per asma (diagnosi in qualsiasi posizione 493.xx – Asma) nel 6 mesi precedenti il ricovero indice

Numeratore: Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

Denominatore: Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con beta-bloccanti alla dimissione

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) e flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	1/07/2017 – 30/06/2018	1/07/2018 – 30/06/2019	1/07/2019 – 30/06/2020

Parole chiave: IMA, terapia con beta-bloccanti

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 67	TRA 67 E 77	PIÙ DI 77
AO SAN CARLO	MENO DI 67	TRA 67 E 77	PIÙ DI 77

Codice: 3.b.6

Denominazione: Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani

Razionale: La letteratura scientifica sottolinea come l'utilizzo di ACE-inibitori o Sartani determini effetti favorevoli dopo un evento di infarto miocardico acuto, traducendosi in una migliore prognosi sia nel breve che nel lungo periodo. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali sia stata prescritta la terapia con ACE-inibitori o Sartani al momento della dimissione.

Note per l'elaborazione: Al numeratore si considerano il numero di pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione per IMA nel periodo 1/07 – 30/06 e almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA. Gli ATC di selezione per i farmaci sono:

- C09A - Ace Inibitori Non Associati
- C09B - Ace Inibitori, Associazioni
- C09C - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Non Associati
- C09D - Antagonisti Dell'Angiotensina II, Associazioni

Al denominatore si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI) nel periodo 1/07– 30/06 tra i 18 e i 100 anni, eleggibili alla terapia. I criteri di inclusione sono:

- Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07 – 30/06
- In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero
- Solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti deceduti nel ricovero indice
- Pazienti con contro-indicazioni all'utilizzo degli ACE inibitori nei 12 mesi precedenti il ricovero indice – diagnosi in qualsiasi posizione di angioedema, insufficienza renale anurica, stenosi dell'aorta, gravidanza - ICD-IX: - 440.1x - Aterosclerosi delle arterie renali - V56.0 - Trattamento ulteriore che richiede dialisi extracorporea - V56.8 - Trattamento ulteriore che richiede altra dialisi - 39.95 - Emodialisi (nei codici procedura) - 54.98 - Dialisi Peritoneale (nei codici procedura) - 788.5x - Oliguria ed anuria - 586.xx - Insufficienza renale, non specificata - 403.01 - Nefropatia ipertensiva maligna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 403.11 - Nefropatia ipertensiva benigna con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 403.91 - Nefropatia ipertensiva non specificata con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.02 - Cardionefropatia ipertensiva maligna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.03 - Cardionefropatia ipertensiva maligna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.12 - Cardionefropatia ipertensiva benigna senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.13 - Cardionefropatia ipertensiva benigna con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.92 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata senza insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 404.93 - Cardionefropatia ipertensiva non specificata con insufficienza cardiaca e con patologia renale cronica di stadio V o di stadio terminale - 584.5x - Insufficienza renale acuta, con necrosi tubulare - 584.6x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi corticale renale - 584.7x - Insufficienza renale acuta, con lesioni di necrosi midollare [papillare] renale - 584.8x - Insufficienza renale acuta, con altre lesioni istologiche renali specificate - 584.9x - Insufficienza renale acuta, non specificata - 585.5x - Malattia

Renale Cronica, Stadio V - 585.6x - Malattia Renale Cronica, Stadio Finale - 425.1x - Cardiomiopatia Iperτροφica Ostruttiva - V22 – Gravidanza normale - V23 – Controllo di gravidanza ad alto rischio - 277.6x - Altre Carenze Di Enzimi Circolanti

- Pazienti con diagnosi in qualsiasi posizione, nell'anno precedente al ricovero indice, di: - 570.xx - Necrosi Acuta E Subacuta Del Fegato - 571.xx - Malattia Epatica Cronica E Cirrosi - 573.3x - Epatite, Non Specificata

Numeratore: Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

Denominatore: Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con ACE inibitori o Sartani alla dimissione

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) e flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	1/07/2017 – 30/06/2018	1/07/2018 – 30/06/2019	1/07/2019 – 30/06/2020

Parole chiave: IMA, terapia con ACE inibitori o Sartani

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 55	TRA 55 E 75	PIÙ DI 75
AO SAN CARLO	MENO DI 55	TRA 55 E 75	PIÙ DI 75

Codice: 3.b.7

Denominazione: Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione

Razionale: La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'efficacia dell'associazione terapeutica di antiaggreganti e statine per il trattamento farmacologico degli eventi di infarto miocardico acuto ed è fortemente indicata per la sua prevenzione secondaria. Questo indicatore monitora pertanto la percentuale di pazienti eleggibili al trattamento ai quali siano stati contestualmente prescritti antiaggreganti e statine al momento della dimissione.

Note per l'elaborazione: Al numeratore si considerano il numero di pazienti determinati dal calcolo del denominatore ai quali è stata prescritta terapia contestuale di antiaggregante e statine dopo la dimissione e almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA. Gli ATC di selezione per i farmaci sono:

- Antiaggreganti - B01AC06
- acido acetilsalicilico - B01AC04
- clopidogrel - B01AC05
- ticlopidina - B01AC22
- prasugrel - B01AC24
- ticagrerol - B01AC30
- DUOPLAVIN Agrenoxx Statine - C10AA

Al denominatore si considerano i ricoveri ordinari dei pazienti residenti dimessi dalle strutture regionali (ad esclusione delle strutture private non accreditate) con diagnosi principale di IMA (STEMI/NSTEMI) nel periodo 1/07– 30/06 tra i 18 e i 100 anni, eleggibili alla terapia. I criteri di inclusione sono:

- Pazienti dimessi con diagnosi principale di IMA (ICD-IX: 410.x1 – IMA – Episodio iniziale di assistenza) nel periodo 1/07 – 30/06
- In presenza di più ricoveri per IMA nel periodo di analisi considerare solo il primo ricovero
- Solo dimissioni con durata di degenza maggiore/uguale a 3 giorni

I criteri di esclusione sono:

- Pazienti deceduti nel ricovero indice
- (per Antiaggreganti) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: - ICD-IX: - 530.1x - Esofagite - 530.2x - Ulcera dell'esofago - 531.xx - Ulcera gastrica eccetto 531.9x (Ulcera Gastrica non Specificata come Acuta o Cronica, senza Menzione di Emorragia o Perforazione) - 532.xx - Ulcera duodenale eccetto 532.9x (Ulcera Duodenale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia o Perforazione) - 533.xx - Ulcera peptica eccetto 533.9x - 534.xx - Ulcera gastrodigiunale eccetto 534.9x (Ulcera Gastrodigiunale Non Specificata Come Acuta O Cronica, Senza Menzione Di Emorragia O Perforazione) - 535.x1 - Gastrite e duodenite con emorragia - 562.02, 562.03, 562.12, 562.13 - Diverticolosi o diverticolite dell'intestino o colon con emorragia - 238.7x - Trombocitopenia idiopatica emorragica - 286.xx - Difetti della coagulazione - 287.0x - Porpora allergica - 287.3x - Trombocitopenia primaria - 287.4x - Trombocitopenia secondaria - 287.5x - Trombocitopenia NAS - 446.6x - Porpora trombotica trombocitopenia - 432.9x - Emorragia intracranica - 573.8x - Insufficienza epatica severa
- (per Statine) Pazienti con ricoveri, nei 12 mesi precedenti il ricovero indice, aventi come diagnosi in qualsiasi posizione: Patologie epatiche acute - ICD-IX: - 570.xx - Necrosi Acuta e Subacuta del Fegato - 571.xx - Malattia Epatica Cronica e Cirrosi - 573.3x - Epatite, Non Specificata; Miopatia - ICD-IX: - 358.xx - Disturbi Neuromuscolari - 359.xx - Distrofie Muscolari E Altre Miopatie

Numeratore: Numero di pazienti che hanno effettuato almeno un ritiro del farmaco entro il 30° giorno dalla dimissione per IMA

Denominatore: Numero di pazienti dimessi per IMA eleggibili alla terapia con antiaggregante e statine alla dimissione

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) e flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	1/07/2017 – 30/06/2018	1/07/2018 – 30/06/2019	1/07/2019 – 30/06/2020

Parole chiave: IMA, terapia con beta-bloccanti

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 60	TRA 60 E 80	PIÙ DI 80
AO SAN CARLO	MENO DI 60	TRA 60 E 80	PIÙ DI 80

Codice: 3.c.1

Denominazione: Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (≥ 65 anni)

Razionale: Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica è spesso usata per l'approfondimento diagnostico di problemi di artrosi degenerativa. La procedura non è tuttavia risolutiva e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. Un tasso elevato è pertanto segnale di un'attività prescrittiva potenzialmente inappropriata.

Note per l'elaborazione: Selezione sulle RM muscolo scheletriche. Si considerano le prestazioni erogate da pubblico e da privato accreditato ai residenti in regione, extra regione incluse. Sono escluse le prestazioni per interni e per il pronto soccorso.

Numeratore: Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti ≥ 65 anni, relativi ai residenti

Denominatore: Popolazione residente ≥ 65 anni

Fonte: Flusso regionale prestazioni ambulatoriali

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Risonanza Magnetica muscolo-scheletrica, pazienti ≥ 65 anni

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 30	TRA 20 E 30	MENO DI 20
ASM	PIÙ DI 30	TRA 20 E 30	MENO DI 20

Codice: 3.c.2

Denominazione: Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Razionale: Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriata indica la prescrizione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriata vi è la Risonanza Magnetica (RM), con un particolare focus su RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame lombare entro 12 mesi dalla prima volta, mostrando un potenziale uso improprio di tale metodica.

Note per l'elaborazione: Si considerano i residenti in Regione che eseguono nell'anno una prestazione con codice:

- Risonanza magnetica nucleare della colonna
- Risonanza magnetica nucleare della colonna, senza e con contrasto.

È inclusa la mobilità passiva, sia al numeratore, sia al denominatore. Per l'elaborazione il denominatore è definito nell'anno precedente di quello del numeratore (per esempio per il 2018 il denominatore è riferito al 2017).

Numeratore: Pazienti che effettuano una RM lombare nei 365 giorni successivi alla prima prestazione

Denominatore: Pazienti che effettuano una RM lombare nell'anno precedente

Fonte: Flusso regionale prestazioni ambulatoriali

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Risonanza Magnetica, rachide lombosacrale

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	PIÙ DI 8	TRA 6 E 8	MENO DI 6
ASM	PIÙ DI 8	TRA 6 E 8	MENO DI 6

Codice: 3.d.1

Denominazione: Recupero della mobilità passiva ospedaliera

Razionale: La Regione Basilicata presenta una mobilità passiva in termini percentuali non giustificabili considerata l'offerta sanitaria ospedaliera complessiva pur accettando una discreta numerosità di residenti virtuali in quanto domiciliati in altre regioni. Pertanto è necessaria una politica di controllo sulla qualità e attrattività dell'offerta in essere. Le aziende quindi devono concorrere in maniera concertata all'abbattimento selettivo delle voci maggiori di spesa per ricoveri in mobilità passiva.

Note per l'elaborazione: La previsione per il recupero della spesa sostenuta dal sistema sanitario lucano per i ricoveri eseguiti in mobilità passiva dai propri residenti è basata sulle informazioni ricavate dall'anno 2016 (ultimo anno disponibile). In particolare sono stati selezionati i primi DRG in ordine decrescente di spesa su cui fondare il miglioramento dell'attuale situazione debitoria. La valutazione dell'indicatore viene effettuata secondo la seguente modalità: Per ogni DRG selezionato viene attribuito un tetto di valorizzazione annua massima ammissibile, in base alla politica di recupero della spesa prevista. Ciascuna azienda concorre in egual misura nel raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa per il DRG selezionato e su cui ha la capacità di intervenire, segnalata con una X nella tabella riassuntiva successiva. L'indicatore annuale è il numero dei DRG per i quali non si è superata la soglia massima ammissibile a livello regionale.

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	Drg	AO SanCarlo	CROB	ASM	Tetto 2018	Tetto 2019	Tetto 2020
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	X		X	5.690.000,00	5.060.000,00	4.430.000,00
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	X			3.670.000,00	3.260.000,00	2.850.000,00
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	X		X	1.440.000,00	1.280.000,00	1.120.000,00
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	X		X	1.330.000,00	1.190.000,00	1.040.000,00
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	X		X	1.270.000,00	1.130.000,00	990.000,00
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	X		X	1.230.000,00	1.090.000,00	950.000,00
009	Malattie e traumatismi del midollo spinale	X		X	1.190.000,00	1.060.000,00	930.000,00
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	X			1.160.000,00	1.030.000,00	900.000,00
481	Trapianto di midollo osseo	X	X		1.070.000,00	950.000,00	840.000,00
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	X			1.060.000,00	940.000,00	820.000,00
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	X	X	X	1.000.000,00	890.000,00	780.000,00
035	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	X		X	900.000,00	800.000,00	700.000,00
002	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	X			840.000,00	750.000,00	650.000,00
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	X		X	800.000,00	710.000,00	620.000,00
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	X	X	X	760.000,00	670.000,00	590.000,00
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	X		X	750.000,00	670.000,00	590.000,00
225	Interventi sul piede	X		X	750.000,00	660.000,00	580.000,00
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	X	X	X	730.000,00	650.000,00	570.000,00

	Drg	AO SanCarlo	CROB	ASM	Tetto 2018	Tetto 2019	Tetto 2020
518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	X		X	680.000,00	610.000,00	530.000,00
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	X		X	640.000,00	570.000,00	500.000,00
550	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	X			580.000,00	520.000,00	450.000,00

Parole chiave: mobilità passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale (numero):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 4	TRA 4 E 12	PIÙ DI 12
AO SAN CARLO	MENO DI 6	TRA 6 E 18	PIÙ DI 18
CROB	MENO DI 2	TRA 2 E 3	PIÙ DI 3

Codice: 3.d.2

Denominazione: Miglioramento del saldo mobilità ospedaliera

Razionale: La Regione Basilicata presenta un saldo di mobilità tra attiva e passiva non favorevole. Pertanto è necessaria una politica di controllo sulla qualità e attrattività dell'offerta in essere. Le aziende quindi devono concorrere in maniera concertata all'abbattimento selettivo delle voci maggiori di spesa per ricoveri in mobilità passiva e migliorare l'attrattività e quindi la mobilità attiva.

Note per l'elaborazione: Tutte le aziende concorrono in egual misura al raggiungimento del miglioramento del saldo mobilità ospedaliera della regione.

Numeratore: Valore economico della mobilità attiva ospedaliera

Denominatore: Valore economico della mobilità passiva ospedaliera

Fonte: Flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera)

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: mobilità attiva e passiva, spesa

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	MENO DI 0,58	TRA 0,58 E 0,62	PIÙ DI 0,62
AO SAN CARLO	MENO DI 0,58	TRA 0,58 E 0,62	PIÙ DI 0,62
CROB	MENO DI 0,58	TRA 0,58 E 0,62	PIÙ DI 0,62

Codice: 4.a.1

Denominazione: Field Weighted Citation Impact (FWCI) per dirigenti

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l'elaborazione: Il FWCI di un articolo misura il numero di citazioni ricevute a confronto con la media degli articoli pubblicati nello stesso anno nella stessa specialità. Il FWCI viene calcolato dividendo il numero corrente di citazioni dell'articolo per il numero medio di citazioni ricevuto da pubblicazioni confrontabili (stesso specialità, tipo di output e anno di pubblicazione). Si considerano le pubblicazioni (articles, review articles, conference papers, editorials, books and book chapters) indicizzate nel database Scopus nel triennio precedente (per la valutazione 2018 si considera il triennio 2016-2018, per la valutazione 2019 si considera il triennio 2017-2019, per la valutazione 2020 si considera il triennio 2018-2020). L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale e l'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa avviene mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships sviluppato dal Laboratorio MeS.

Numeratore: Somma dei FWCI dei dirigenti medici dell'Azienda

Denominatore: N. dirigenti medici

Fonte: SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: pubblicazioni, ricerca

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 1	TRA 1 E 2	PIÙ DI 2

Codice: 4.a.2

Denominazione: Numero medio pubblicazioni per dirigente

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l'elaborazione: Si considerano le pubblicazioni (articles, review articles, conference papers, editorials, books and book chapters) indicizzate nel database Scopus nel triennio precedente (per la valutazione 2018 si considera il triennio 2016-2018, per la valutazione 2019 si considera il triennio 2017-2019, per la valutazione 2020 si considera il triennio 2018-2020). L'estrazione della produzione scientifica viene effettuata a partire dal database del personale e l'attribuzione delle pubblicazioni su base nominativa avviene mediante un algoritmo di disambiguazione delle authorships sviluppato dal Laboratorio MeS.

Numeratore: Totale pubblicazioni

Denominatore: N. dirigenti medici

Fonte: SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	DA 2016 A 2018	DA 2017 A 2019	DA 2018 A 2020

Parole chiave: pubblicazioni, ricerca

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 1	TRA 1 E 2	PIÙ DI 2

Codice: 4.a.3

Denominazione: Percentuale di dirigenti medici produttivi

Razionale: L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB) è riconosciuto a livello nazionale con Decreto del Ministro della Salute del 10 marzo 2008 nella specializzazione oncologica.

Note per l'elaborazione: Il dato sui dirigenti medici produttivi è ricavato da SciVal, mentre il dato sul numero totale di dirigenti medici impiegati presso l'azienda è fornito dall'Azienda stessa. Con "produttivo" si intende un dirigente medico che, al contempo, sia in possesso di un codice univoco Scopus ed abbia pubblicato almeno un prodotto a partire dall'anno 1996.

Numeratore: Numero di dirigenti medici dell'AOU con codice univoco Scopus e almeno un prodotto pubblicato a partire dal 1996

Denominatore: N. dirigenti medici impiegati al 1 gennaio dell'anno di valutazione

Fonte: SciVal® database, Elsevier B.V., <http://www.scival.com>

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: pubblicazioni, ricerca

Fasce di valutazione aziendale (x100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
CROB	MENO DI 50	TRA 50 E 70	PIÙ DI 70

Codice: 4.b.1

Denominazione: Percentuale di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Razionale: L'accesso e la presa in carico dei pazienti oncologici terminali dovrebbe essere garantita da parte della rete di Cure Palliative entro 3 giorni dalla segnalazione (DM 43/2007). L'obiettivo dello standard è garantire la tempestività di accesso al ricovero in Hospice dal momento di ricezione da parte della Rete della proposta di ricovero. In caso di dimissione dall'ospedale, la data di segnalazione coincide con la data di dimissione.

Note per l'elaborazione: Per i pazienti oncologici assistiti dalla rete di cure palliative si considera la patologia di presa in carico ICD9 140-239 con esclusione dei tumori benigni (210-229) o anamnesi V580 V581 V5811 V5812 V661 V662 V10 in patologia responsabile. Data di Segnalazione = Data ricezione richiesta

Numeratore: Numero di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione del caso e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni

Denominatore: Numero di assistiti oncologici ricoverati e con assistenza conclusa

Fonte: Flusso Hospice

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Assistiti oncologici, Hospice

Fasce di valutazione aziendale (x 100):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 50	TRA 50 E 85	PIÙ DI 85
ASM	MENO DI 50	TRA 50 E 85	PIÙ DI 85
AO SAN CARLO	MENO DI 50	TRA 50 E 85	PIÙ DI 85
CROB	MENO DI 50	TRA 50 E 85	PIÙ DI 85

Codice: 4.b.2

Denominazione: Consumo territoriale di farmaci oppioidi

Razionale: Il consumo di farmaci oppioidi è un indice segnaletico della presa in carico del dolore dei pazienti. L'indicatore misura il consumo dei farmaci oppioidi maggiori, ossia quelli indicati per il trattamento del dolore severo, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e mediante distribuzione diretta e per conto.

Note per l'elaborazione: I farmaci oppioidi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N02A. Nel calcolo dell'indicatore sono inclusi soltanto gli oppioidi maggiori, indicati per il trattamento del dolore severo (scala del dolore OMS): Morfina (ATC N02AA01), Morfina ed antispastici (ATC N02AG01), Buprenorfina (ATC N02AE01), Fentanile (ATC N02AB03), Ossicodone (ATC N02AA05), Oxicodeone-associazioni (N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). Dal 2013 è incluso nel calcolo anche il Tapentadolo (ATC N02AX06). Il consumo dei farmaci viene misurato tramite la Defined Daily Dose (DDD) o dose giornaliera definita, 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. Per il CROB e l'AO San Carlo la popolazione di riferimento è quella dell'intera regione.

Numeratore: DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno

Denominatore: N. residenti x 365

Fonte: Flussi regionali farmaceutica

Riferimento: Network del Laboratorio MeS

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: DDD farmaci oppioidi maggiori, trattamento del dolore severo

Fasce di valutazione aziendale (x 1.000):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 1,6	TRA 1,6 E 2,1	PIÙ DI 2,1
ASM	MENO DI 1,6	TRA 1,6 E 2,1	PIÙ DI 2,1
AO SAN CARLO	MENO DI 1,6	TRA 1,6 E 2,1	PIÙ DI 2,1
CROB	MENO DI 1,6	TRA 1,6 E 2,1	PIÙ DI 2,1

Codice: 4.c.1

Denominazione: Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa

Razionale: L'adempimento al debito informativo in termini sia quantitativo che qualitativo, nonché in termini di rispetto delle tempistiche di trasmissione, è una misura obbligatoria al fine di rispettare disposizioni e normative a livello regionale e nazionale.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha inviato secondo le modalità definite entro i termini previsti (trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona) nell'anno di riferimento tutti i flussi di seguito indicati in tabella. La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha inviato uno o più di uno solo dei flussi di seguito indicati in tabella secondo le modalità definite entro i termini previsti nell'anno di riferimento.

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.) Flusso SIAD	Mensile (entro 20 mese successivo)	ASP ASM
Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° semestre entro il 30/11 dell'anno successivo)	ASP ASM
Assistenza Sanitaria Internazionale (TECAS: Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione)	Semestrale (entro il mese successivo al semestre)	ASP ASM
Certificati Assistenza Parto (CEDAP)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	AO San Carlo ASM
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)	annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	annuale (31 gennaio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP23, HSP 24)	trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)	ASM AO San Carlo CROB
Emergenza (118) - Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - P.Soccorso)	Mensile (entro 20 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo
Farmaceutica (Diretta o per Conto)	Mensile (entro 15 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Farmaceutica (Ospedaliera)	Mensile (entro 15 mese successivo)	ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: conto economico (mod. CE)	Trimestrale (entro il 30 del mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: stato patrimoniale (mod. SP)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: costi dei presidi (mod. CP)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	Annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Monitoraggio Consumi Dispositivi Medici (DM 11/06/2010)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES)	eventi sentinella : scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione) denuncia sinistri : annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Monitoraggio Tempi di Attesa (PNCTA)	Semestrale (entro 15 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Residenziali/semiresidenziali DM 17/12/2008 (FAR)	Mensile (entro 20 mese successivo)	ASP ASM
Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) – DM 15/10/2010	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (Attività)	ASP ASM
Schede dimissione ospedaliera (SDO)	Mensile (entro il 5 mese successivo)	ASM ASP AO San Carlo CROB
ANAGRAFE OVICAPRINA - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	(entro 30 mese successivo)	ASP ASM
ANAGRAFE BOVINA - livello minimo dei controlli aziende bovine	annuale	ASP ASM
OGM - Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009-2011	semestre 31/7 e annuale 31/01	ASP ASM
AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale	annuale (31 gennaio dell'anno)	ASP ASM
PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	completo al 31/12	ASP ASM
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	risposta entro 7 giorni	ASP ASM
FITOSANITARI SU ALIMENTI -DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine animale	annuale 31/3	ASP ASM
Disturbi comportamento alimentare (SDCDA)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Emergenza – Urgenza (Trasporti)	Trimestrale (entro 20 mese successivo)	ASP
Farmaceutica (Territoriale)	Trimestrale (entro 45 gg successivi)	ASP ASM
Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Medicina (Ass. Medica Base)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Prestazioni ambulatoriali private (CEA)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Residenziali/semiresidenziali (ex. Art 26 - AIAS)	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM
Residui manicomiali (MANIC)	annuale	ASP ASM

Flusso	Tempistica Invio	Azienda
Ruoli Professionali	Semestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM AO San Carlo CROB
Studio PASSI	Trimestrale (entro 30 mese successivo)	ASP ASM

Fonte: PAP Sistema informativo socio sanitario del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: debito informativo, flussi

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.c.2

Denominazione: Percentuale di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse

Razionale: Con l'introduzione del DM 261 del 7 dicembre 2016 si sono integrate ed aggiornati nuove informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che comportano un monitoraggio costante della qualità di compilazione. Una tipologia di inesattezza riscontrabile consiste nell'errore che genera lo scarto completo della SDO trasmessa al Ministero della Salute.

Note per l'elaborazione: La distribuzione degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero per acuti viene continuamente monitorata da parte dell'Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona. Le schede sono scartate se i campi previsti ai sensi del DM 261 del 7 dicembre 2016 non rispettano il protocollo ministeriale.

Numeratore: Numero di schede con errore riscontrato che genera scarto

Denominatore: Numero totale di schede prodotte

Fonte: Flusso XML SDO

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Flusso XML SDO, scarto

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 5	TRA 3 E 5	MENO DI 3
AO SAN CARLO	PIÙ DI 5	TRA 3 E 5	MENO DI 3
CROB	PIÙ DI 5	TRA 3 E 5	MENO DI 3

Codice: 4.c.3

Denominazione: Percentuale di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse

Razionale: Con l'introduzione del DM 261 del 7 dicembre 2016 si sono integrate ed aggiornati nuove informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), che comportano un monitoraggio costante della qualità di compilazione. Una tipologia di inesattezza riscontrabile consiste nell'errore che genera anomalie. Tali anomalie rappresentano una scarsa qualità delle informazioni contenute nella SDO sebbene questa venga accettata ai fini amministrativi nella trasmissione al Ministero della Salute.

Note per l'elaborazione: La distribuzione degli errori riscontrati sulle strutture di ricovero per acuti viene continuamente monitorata da parte dell'Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona. Le schede sono segnalate anomale se i campi previsti dal DM 261 del 7 dicembre 2016 non sono correttamente compilati.

Numeratore: Numero di schede con errore riscontrato che genera anomalia

Denominatore: Numero totale di schede prodotte

Fonte: Flusso XML SDO

Riferimento: Ufficio Risorse Finanziarie – P.O. Mobilità Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: Flusso XML SDO, anomalie

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASM	PIÙ DI 20	TRA 10 E 20	MENO DI 10
AO SAN CARLO	PIÙ DI 20	TRA 10 E 20	MENO DI 10
CROB	PIÙ DI 20	TRA 10 E 20	MENO DI 10

Codice: 4.c.4

Denominazione: Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici

Razionale: La raccolta sistematica e completa del flusso contratti consente di alla regione di controllare le scadenze dei contratti e a verificare i costi di acquisto. La qualità e la quantità delle informazioni conferite consente il confronto di benchmarking con le altre aziende sanitarie del SSN. Tale indicatore è presente negli adempimenti LEA

Note per l'elaborazione: Il calcolo è riferito al report NSIS "Monitoraggio Dispositivi Medici - CNS_CTR_002 Verifica completezza invio dati per Azienda Sanitaria" e si confronta la voce "DM distinti presenti su tracciato contratti ma non su tracciato consumi" con la voce "DM distinti presenti su tracciato consumi ma non su tracciato contratti". Il calcolo è a livello di singola Azienda e sono escluse le categorie CND Q ed L

Numeratore: Numeri di repertorio/BD presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti

Denominatore: Numeri di repertorio/BD trasmessi con il flusso consumi

Fonte: Flusso NSIS

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: flusso contratti, dispositivi medici

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 10	TRA 10 E 15	PIÙ DI 15
ASM	MENO DI 15	TRA 15 E 20	PIÙ DI 20
AO SAN CARLO	MENO DI 20	TRA 20 E 25	PIÙ DI 25
CROB	MENO DI 15	TRA 15 E 20	PIÙ DI 20

Codice: 4.c.5

Denominazione: Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici

Razionale: La raccolta sistematica e completa dei consumi è essenziale per la gestione dei dispositivi medici. Solo la qualità e la quantità delle informazioni conferite consente di poter analizzare in modo corretto l'impatto sui costi e sugli esiti. Tale indicatore è presente negli adempimenti LEA e prevede che "I consumi nel periodo gennaio-dicembre devono coprire almeno il 65% dei costi rilevati dal Modello di conto economico (Voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi). Considerato che il dato di copertura regionale, per l'anno 2016, è pari circa l'89%, l'obiettivo da raggiungere per l'anno 2017 è pari al 95%..

Note per l'elaborazione: Il valore riferito al "flusso consumi" ministeriale NSIS –è desunto dal report "CNS_018 Verifica dei dati acquisiti per Azienda Sanitaria e mese". Il valore riferito ai costi totali è desunto del Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi)

Numeratore: Consumi nel periodo gennaio-dicembre rilevati dal "flusso consumi" ministeriale NSIS

Denominatore: Costi rilevati dal Modello di conto economico

Fonte: Flusso NSIS

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: flusso consumi, dispositivi medici

Fasce di valutazione aziendale (valore percentuale):

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
ASM	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
AO SAN CARLO	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95
CROB	MENO DI 80	TRA 80 E 95	PIÙ DI 95

Codice: 4.d.1

Denominazione: Piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico

Razionale: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari dal momento che tutti i sistemi organizzativi presentano condizioni latenti di insicurezza in cui si collocano le azioni umane che possono portare alla realizzazione dell'evento avverso. La Regione Basilicata ha adottato con la Determinazione Dirigenziale 13AN.2016/D.00189 del 13705/2016 il "Programma regionale per la prevenzione del rischio clinico e per la sicurezza dei pazienti – triennio 2016-2018 promosso dal Gruppo di coordinamento regionale" individuando le aree di interesse e le modalità di realizzazione delle azioni.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha adottato/aggiornato e inviato entro il 30 giugno (trasmesso al Dipartimento Politiche della Persona) il proprio piano aziendale in virtù dei contenuti degli Atti regionali di programmazione. Il Piano aziendale deve necessariamente contenere almeno tutte le seguenti condizioni:

- implementazione delle raccomandazioni ministeriali (almeno 80% di quelle potenzialmente applicabili in Azienda, tenendo conto delle peculiarità dei contesti aziendali)
- implementazione delle procedure per la riduzione delle infezioni legate all'assistenza (compreso il contesto delle residenze),
- attuazione dei contenuti del piano nazionale di contrasto alla antibiotico resistenza (accordo REP atti 188 del 2.11.2017)

La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha adottato/aggiornato e inviato entro il 30 giugno dell'anno di riferimento il proprio piano aziendale oppure anche in assenza di una sola delle condizioni sopraindicate.

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: prevenzione del rischio clinico, sicurezza del paziente

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.d.2

Denominazione: Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale per la prevenzione del rischio clinico

Razionale: La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari dal momento che tutti i sistemi organizzativi presentano condizioni latenti di insicurezza in cui si collocano le azioni umane che possono portare alla realizzazione dell'eventi avverso.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'Azienda ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo (per esempio per l'anno2018 la relazione è presentata nell'anno 2019) la relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti al Dipartimento Politiche della Persona. La relazione dovrà contenere specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano.

La valutazione è negativa (NO) se l'Azienda non ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo dell'anno di riferimento la relazione sullo stato di attuazione del piano e non contiene specifici riferimenti ai punti indicati alle aree di intervento indicate nelle note per la redazione del piano..

Fonte: Ufficio Pianificazione Sanitaria del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2018	2019	2020

Parole chiave: prevenzione del rischio clinico, sicurezza del paziente

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.e.1

Denominazione: Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche

Razionale: La completezza, la correttezza e l'accuratezza della scheda di dimissione ospedaliera oltre che un obbligo di legge costituisce un requisito essenziale affinché i dati contenuti possano essere utilizzati per l'analisi della tipologia e della qualità dell'assistenza sanitaria erogata. La necessità dei controlli viene sancita dall'Art. 79, comma 1-septies, del Decreto Legge 25 giugno 2008, n. 112 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2008, n. 133 che prevede un controllo analitico annuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche prodotte da ciascun erogatore, e dal Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 10 dicembre 2009 (G.U. n. 122 del 27/05/2010) "Controlli sulle cartelle cliniche", che stabilisce che le Regioni assicurino per ciascun soggetto erogatore un controllo analitico esteso alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni periodicamente individuate come ad alto rischio di inappropriatelyzza, rappresentando che tali controlli analitici debbano riguardare almeno il 2,5% delle cartelle prodotte su base regionale sia dei ricoveri per acuti che quelli post-acuti.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda ha realizzato il programma di controllo deliberato dalla Regione Basilicata ed ha trasmesso gli esiti secondo le modalità e i termini specificati dello stesso programma. La valutazione è negativa (NO) se l'azienda non ha realizzato il programma di controllo.

Fonte: Ufficio Prevenzione Primaria e OER_B del Dip.to Politiche della Persona

Riferimento: Adempimento LEA

Calcolo:

	2018	2019	2020
PERIODO DATI	2017	2018	2019

Parole chiave: Appropriatelyzza, cartelle cliniche

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Denominazione: Verifica dell'autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche

Razionale: La Regione Basilicata con L.R. 28/00 e s.m.i. ha disciplinato la materia dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private, prevedendo nel regime transitorio l'immediata applicazione dei requisiti obbligatori solo in caso di attivazione di nuove strutture, di ampliamento o trasformazione di strutture già autorizzate e la temporizzazione degli adeguamenti ai requisiti generali e specifici per le strutture private già autorizzate.

La predetta legge ha specificato che la immediata applicazione dei requisiti non trovava attuazione per le strutture sanitarie pubbliche qualora progetti di ampliamento e trasformazione fossero inseriti in piani sanitari o aziendali già approvati: le strutture sanitarie pubbliche in esercizio pertanto hanno continuato ad operare sulla base del pregresso quadro normativo, essendo tenute al rispetto dei requisiti di cui alla L.R. 28/00 e s.m.i solo in previsione dell'assoggettamento obbligatorio alle procedure di accreditamento (art. 15 – comma 10 L.R. 28/00 e s.m.i.). Ciò è avvenuto con la DGR 2572/05 e con la DGR 1598/06.

L'IRCCS CROB e l'Azienda Sanitaria ASM di Matera - Ospedale "Madonna delle Grazie" – sono le strutture pubbliche che hanno attivato tale procedura a regime.

La predetta L.R. 28/00 all' art. 16 comma 14, al fine di consentire l'immediata operatività delle strutture pubbliche, ha disciplinato l'istituto dell'autorizzazione provvisoria da concedere nelle more di quella definitiva da avviare, secondo le procedure previste dalla legge stessa.

Note per l'elaborazione:

- Per l'I.R.C.C.S. - C.R.O.B., definitivamente autorizzato all'esercizio dell'attività, l'esito positivo (Sì) è rappresentato dal prosieguo del processo di accreditamento istituzionale come riportato nella DGR 1755 del 08/12/2012, mediante l'invio alla Regione della relativa istanza corredata dalla documentazione di rito entro il 31 dicembre 2019.
- Per l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo l'esito positivo (Sì) è rappresentato dal completamento del processo di autorizzazione definitiva, avviato con istanze prodotte entro il 31 dicembre 2015, il 31 dicembre 2016 e il 31 dicembre 2018, per tutte le strutture di seguito riportate, mediante l'invio alla Regione entro il 31 dicembre 2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00	Istanze autorizzazione art. 6 – LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015 ed il 31/12/ 2016
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO	VIA POTITO PETRONE	POTENZA	PZ	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA di III° Liv.	DGR 1131 del 24/07/2006	Nota prot. n. 20150043778 del 30/12/2015 Nota prot n 20180055179 del 31/12/2018
				U.O. MEDICINA DI URGENZA	DGR 688 del 14/05/2007	Nota prot. n. 201543773 del 30/12/2015 Nota prot n 20180055175 del 31/12/2018
				U.O. STROKE UNIT	DGR 1023 del 12/07/2011	Nota prot. n. 20150043775 del 30/12/2015 Nota prot n 20180055173 del 31/12/2018
				Padiglione E - U.O.: - Oncologia Medica	DGR 539 del 24/04/2015	Nota prot. n. 20160015385

				- Day Hospital - Oncologico - Hospice - Malattie Infettive - Pneumologia e Reumatologia		del 02/05/2016
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	U.O. DI CARDIOLOGIA-UTIC	DGR 1949 del 22/12/2011	Nota prot. n. 155062 del 14/11/2015
				OTORINOLARINGOIATRIA e ORTOPIEDIA	DGR 1999 del 30/12/2011	Nota prot. n. 158233 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	PZ	REPARTO CARDIOLOGIA - UTIC	DGR 99 del 30/01/2014	Nota prot. n. 145541 del 18/11/2015
				LABORATORIO ANALISI	DGR 99 del 30/01/2014	Nota prot. n. 145542 del 18/11/2015

- Per l' Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo l' esito positivo (Sì) è rappresentato dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture di seguito riportate, interessate dalle procedure di cui alla LR n 2 /2017, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31 dicembre 2019

Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	OCULISTICA	DGR 1999 del 30/12/2011
				U.O. DI PEDIATRIA	DGR 1951 del 22/12/2011
				UU.OO. PEDIATRIA/NEONATOLOGIA E OSTETRICIA	DGR 1736 del 29/12/2015
				U.O. DI CARDIOLOGIA- UTIC	DGR 1949 del 22/12/2011
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO	VIA POTITO PETRONE	POTENZA	PZ	U.O DI RADIOTERAPIA	DGR 973 del 25/2/2017
Presidio ospedaliero	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	PZ	U.O. DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DGR 633 del 5/7/2018

- Per l' Azienda Sanitaria Locale Potenza –ASP l' esito positivo (Sì) è rappresentato dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per le strutture di seguito riportate, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31 dicembre 2019

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00
Punto prelievo	CORSO V. EMANUELE,5	VIETRI DI POTENZA	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 1362 del 16/10/2012
Punto prelievo	VIA S.ANNA	TITO	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 1589 del 22/12/2014
Punto prelievo	VIA DELLA SPERANZA	PIETRAPERTOSA	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 515 del 15/6/2018
Punto prelievo	CORSO GIOVANNI XIII	FILIANO	PZ	PUNTO PRELIEVO	DGR 85 del 7/2/2018
Centro di medicina ambientale	VIA R: SCOTELLARO	MARSICOVETERE	PZ	PRELIEVI E ATTIVITA' SERD	DGR 858 del 28/8/2018
Presidio Ospedaliero	VIA SAN NICOLA	MARATEA	PZ	R.S.A. – R2	DGR 86 del 7/2/2018

- Per l' Azienda Sanitaria Locale Potenza – ASP l' esito positivo (Sì) è altresì rappresentato dal completamento del processo di autorizzazione definitiva per le strutture di seguito riportate, mediante l' invio alla Regione entro il 31 dicembre 2019 del parere di conformità espresso dalla competente commissione tecnica aziendale

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00	Istanze autorizzazione art. 6 – LR 28/00 prodotte entro il 31/12/2015, il 31/12/ 2016 e il 31/12/2017
Poliambulatorio	Via C. Colombo – Villa D'agri	MARSICOVETERE	PZ	POLIAMBULATORIO		Nota prot. n. 2259 del 12/10/2007
Poliambulatorio	Via del Gallitello	POTENZA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1692 del 08/08/2005	Nota prot. n. 30635 del 03/07/2007
Poliambulatorio	Via Aldo Moro	RIPACANDIDA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 590 del 29/04/2011	Nota prot.n.20110108400 del 25/08/2011
Poliambulatorio	Via Madre Miradio della Provvidenza	RIONERO IN VULTURE	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1611 del 08/11/2011	Nota prot. n. 20120053945 del 02/05/2012
Poliambulatorio	Via Giustino Fortunato	GENZANO DI LUCANIA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1423 del 05/10/2011	Nota prot. n. 20130150909 del 22/10/2013
Presidio Ospedaliero	Contrada S.Lucia	CHIAROMONTE	PZ	R.S.A.	DGR 398 del 21/03/2006	Nota prot. n. 158237 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	Contrada S.Lucia	CHIAROMONTE	PZ	Centro clinico per la riabilitazione precoce intensiva dei disturbi dello spettro autistico	DGR 742 del 19/07/2017	Nota prot. n.3296 del 10/1/2018
				CENTRO DIALISI	DGR 589 del 29/04/2011	Nota prot. n 3289 del 10/1/2018
				LABORATORIO ANALISI		Nota prot. n 3270 del 10/1/2018
				LUNGODEGENZA RIABILITATIVA		Nota prot. n 3292 del 10/1/2018
				RADIOLOGIA		Nota prot. n 3265 del 10/1/2018
				Centro riabilitazione alcolologica		Nota prot. n 3278 del 10/1/2018
				DCA Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare		Nota prot. n 3284 del 10/1/2018
Presidio Ospedaliero	VIA SAN NICOLA	MARATEA	PZ	R.S.A.	DGR 398 del 21/03/2006	Nota prot. n. 158242 del 21/12/2015
Sede Distrettuale	VIA SAN NICOLA	MARATEA	PZ	P.S.T. I° LIVELLO e POLIAMBULATORIO	DGR 682 del 13/05/2008	Nota prot. n. 158217 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	VIA XXV APRILE	LAURIA	PZ	CENTRO SALUTE MENTALE e	DGR 588 del 29/04/2011	Nota prot. n. 158228 del 21/12/2015

				MEDICINA TERRITORIALE		
Polo Sanitario	VIA DELLA FISICA, 18/A	POTENZA	PZ	POLO SANITARIO	DGR 7 del 08/01/2014	Nota prot. n. 128908 del 09/10/2015 e Nota prot. n. 151570 del 03/12/2015
DSB di I° Livello	VIA GUIDO ROSSA, 1	AVIGLIANO	PZ	DSB di I° LIVELLO	DGR 1422 del 05/10/2011	Nota prot. n. 145064 del 18/11/2015
Punto prelievi	VIA REGINA ELENA	MONTEMURRO	PZ	PUNTO PRELIEVI	DGR 1061 del 07/08/2012	Nota prot. n.158224 del 21/12/2015
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	ONCOLOGIA CRITICA e CURE PALLIATIVE, POLIAMBULATORI O	DGR 102 del 05/02/2013	Nota prot. n. 143787 del 13/11/2015
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	POLIAMBULATORI O	DGR 102 del 05/02/2013	Nota prot. n. 143782 del 13/11/2015
Poliambulatorio	VIA LEONARDO DA VINCI	S.ARCANGELO	PZ	POLIAMBULATORI O	DGR 1131 del 24/09/2013	Nota prot. n. 155953 del 15/11/2015
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	NUCLEO ALZHEIMER	DGR 16 del 12/01/2016	Nota prot. n. 133668 del 15/12/2017
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	SALA OPERATORIA		Nota prot. n. 133661 del 15/12/2017
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	STRUTTURA di OCULUSTICA		Nota prot. n. 134696 del 19/12/2017

- Per l' Azienda Sanitaria Locale Matera – ASM l' esito positivo (Sì) è rappresentato dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per la struttura di seguito riportata, già in possesso di autorizzazione e accreditamento provvisori (ex art. 16 comma 14 LR 28/00 e smi), entro il 31 dicembre 2019

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00
Centro Dialisi c/o P.O. di Tinchì	CONTRADA TINCHI	PISTICCI	MT	CENTRO DIALISI	DGR 971 del 25/09/2017
U.O. Ostetricia e Ginecologia	CONTRADA CHIANCALATA	MATERA	MT	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA di I° Liv.	DGR 2007 del 22/12/2006

- Per l' Azienda Sanitaria Locale Matera –ASM l' esito positivo (Sì) è altresì rappresentato dal prosieguo del processo di accreditamento istituzionale come riportato nelle deliberazioni indicate in tabella, mediante l' invio alla Regione della relativa istanza corredata dalla documentazione di rito entro il 31 dicembre 2018.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00	Autorizzazione Definitiva Art 5 LR 28/200
Ospedale "Madonna delle Grazie"	CONTRADA CHIANCALATA	MATERA	MT	PRESIDIO OSPEDALIERO	DGR 1625 del 05/07/2004	DGR 967 del 25/9/2018
Presidio Ospedaliero	VIA SALERNO	POLICORO	MT	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - R.M.N.	DGR 365 del 27/03/2012	DGR 968 del 26/9/2018

Parole chiave: Autorizzazione/accreditamento strutture pubbliche, Invio documentazione alla Regione

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI
AO SAN CARLO	NO	-	SI
CROB	NO	-	SI

Codice: 4.g.1

Denominazione: **Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano regionale sul gioco d'azzardo patologico (GAP) 2017-2018**

Razionale: La Regione Basilicata mantiene costante attenzione alla "dipendenza da gioco d'azzardo patologico", anche con indagini statistiche condotte attraverso il Sistema Informativo Regionale e con il coinvolgimento dei Ser.D. e delle Aziende Sanitarie di Potenza e Matera. Il Piano in questione, che prevede oltre alla cura e alla riabilitazione del paziente dipendente dal GAP, anche la prevenzione del fenomeno, l'educazione nelle scuole e la sensibilizzazione sociale e della comunità, è predisposto in coerenza con gli indirizzi della programmazione generale di cui al Piano d'Azione Nazionale GAP 2013 – 2015, redatto dal Dipartimento Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. I destinatari diretti delle attività progettuali sono i soggetti più vulnerabili, con particolare riguardo ai minori e agli anziani, specie se soli e a basso reddito. Per raggiungere tali soggetti si individuano quali destinatari indiretti del Piano gli operatori istituzionali regionali delle Aziende Sanitarie o convenzionati; gli operatori del terzo settore; i docenti e gli studenti delle scuole primarie, secondarie di primo e secondo grado e universitari; i genitori e le famiglie; le associazioni di categoria e di rappresentanza; gli altri portatori di interesse. Le azioni che costituiscono oggetto del Piano afferiscono a diverse tipologie, a seconda se si tratti di azioni di valenza regionale o di valenza territoriale che, però, hanno in comune i valori di fondo espressi nella strategia volta a prevenire e contrastare la diffusione delle dipendenze da gioco.

La l.r. 30/2014 individua ruoli e competenze e attribuisce alle Aziende Sanitarie e ai Comuni un ruolo di fondamentale importanza.

Con DD. Dirigenziale 44/2018 le somme previste sono state trasferite alle Aziende Sanitarie Locali di Potenza e Matera.

Note per l'elaborazione:

La valutazione è POSITIVA (SI) se entro GIUGNO 2019:

VENGONO pubblicati gli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Pubblica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previsti nel "Piano Regionale 2017/2018 – Gioco d'Azzardo Patologico e VIENE trasmessa alla Regione Basilicata una dettagliata relazione sulla pubblicazione degli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Pubblica relativi alla realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano Regionale 2017/2018 – Gioco d'Azzardo Patologico;

La valutazione è NEGATIVA (NO) se entro GIUGNO 2019:

NON VENGONO pubblicati gli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di evidenza pubblica relativi alla realizzazione degli obiettivi e delle attività previsti nel "Piano Regionale 2017/2018 – Gioco d'Azzardo Patologico e NON VIENE trasmessa alla Regione Basilicata una dettagliata relazione sulla pubblicazione degli Avvisi Pubblici e/o ogni forma di Evidenza Pubblica relativi alla realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano Regionale 2017/2018 – Gioco d'Azzardo Patologico

Parole chiave: **Piano Regionale 2017/2018 – Gioco d'Azzardo Patologico**

Fasce di valutazione aziendale:

	TARGET NON RAGGIUNTO 0%	PARZIALE 50%	COMPLETO 100%
ASP	NO	-	SI
ASM	NO	-	SI

DENOMINAZIONE: tempi di pagamento

RAZIONALE: sostenibilità del sistema

la Legge 30 dicembre 2018 n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021, stabilisce all'Articolo 1, comma 865 stabilisce che per il rispetto dei tempi di pagamento, previsti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario "le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento.

fasce di valutazione aziendale

Il punteggio è attribuito sulla base delle previsioni di cui alla L.30 dicembre 2018 n. 145 come riportato:

- a) non è riconosciuta qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo; **punteggio attribuibile = 0**
- b) è riconosciuta per la metà qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni; **punteggio attribuibile =3**
- c) è riconosciuta per il 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; **punteggio attribuibile =4,5**
- d) è riconosciuta per il 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni"; **punteggio attribuibile =5,4**
- e) è riconosciuta per il 100 per cento qualora l'ente sanitario registri pagamenti con tempistica inferiore o uguale a 60 giorni; **punteggio attribuibile = 6**

Tale valore coincide con i 6 ventesimi dell'indennità di risultato che si aggiungono ai 14 ventesimi connessi alla valutazione di cui all'allegato 1.

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

IL SEGRETARIO

Wolfe

IL PRESIDENTE

J. J. J.

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 01.07.2019
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

[Signature]



ATTESTATO DI CONFORMITA'

(art. 22, comma 1, D.lgs. n. 82 del 07/03/2005)

La presente copia digitale è conforme all'originale esistente presso gli atti d'ufficio composto da numero 6 fasciate e da n. 2 allegati.