

DELIBERAZIONE 21 dicembre 2018, n. 1479

Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nel 2019.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e preso atto delle modifiche apportate alla stessa a seguito del generale intervento di riordino del sistema sanitario regionale, avvenuto a seguito dell’approvazione della legge regionale n. 28, 16 marzo 2015 e della successiva legge regionale n.84, 29 dicembre 2015;

Dato atto che, secondo quanto stabilito dall’articolo 37 c.7bis della legge regionale n. 40/2005, annualmente l’operato del direttore generale delle aziende sanitarie viene valutato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione;

Dato atto che, secondo quanto stabilito dall’articolo 103, comma 3 bis, della stessa legge regionale n. 40/2005, l’operato del direttore generale dell’ente di supporto tecnico-amministrativo regionale (ESTAR) è valutato annualmente sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione, con particolare riferimento all’efficacia dei risultati, al livello di servizio reso alle aziende sanitarie e agli enti del servizio sanitario regionale e all’efficienza della struttura;

Viste inoltre le leggi regionali 29 dicembre 2009, n. 85 e 4 febbraio 2008, n. 3 con le quali si stabilisce, rispettivamente, che la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica (Fondazione Monasterio) e l’Istituto per la Prevenzione Oncologica (ISPO) sono enti del servizio sanitario regionale. Preciso che, per effetto di quanto disposto dalla legge regionale 14 dicembre 2017, n. 74, a decorrere dalla data del 1° gennaio 2018 l’ISPO, a seguito dell’assorbimento delle funzioni dell’Istituto toscano tumori (ITT), ha assunto la denominazione di Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO);

Considerato che, al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi generali propri dello stesso servizio sanitario, è opportuno che le attività dei due enti di cui al punto precedente siano sottoposte ad un

sistema idoneo a garantire efficacemente la misurazione e la valutazione delle performance;

Visto il Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione di Consiglio regionale n. 91 del 5.11.2014, ed in particolare il punto 8.2.2 “La valutazione dei processi e degli esiti” che tra l’altro, richiamando l’importanza e le principali finalità del sopra citato sistema di valutazione, precisa che la valutazione:

- rappresenta lo strumento su cui impostare un processo di comunicazione trasparente con i cittadini e tramite il quale il soggetto pubblico si assume le proprie responsabilità sui risultati conseguiti;

- è una fase necessaria per consentire la verifica dei risultati conseguiti dal sistema, rispetto agli obiettivi individuati nell’ambito della pianificazione strategica;

Richiamato l’articolo 20 bis della stessa legge regionale n. 40/2005, secondo il quale la Giunta Regionale, al fine di definire gli strumenti e le procedure per la valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata e di individuare idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, dell’evoluzione dei fenomeni sociali, dello stato dei servizi, determina i rapporti di collaborazione, oltre che con l’Istituto per la Prevenzione Oncologica (ISPO) e con l’ARS, con istituti universitari con specifica esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato, delle attività di formazione avanzata e della misurazione e valutazione delle “performance” del sistema sanitario e sociale integrato e dei soggetti che lo costituiscono;

Dato atto che, in virtù di quanto disposto dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 486 del 29.03.2005, è stato avviato un percorso sperimentale finalizzato alla creazione di un sistema di valutazione delle performance delle aziende sanitarie toscane realizzato nell’ambito del protocollo d’intesa stipulato tra la Regione Toscana e la Scuola Superiore S.Anna di Pisa, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 713 del 20.07.2004, attraverso il quale è stato costituito il Laboratorio Management & Sanità;

Considerata, pertanto, l’opportunità di adottare il sistema di valutazione elaborato in collaborazione con il Laboratorio Management & Sanità ai fini della valutazione sia delle performance delle aziende e degli enti del sistema sanitario regionale sia dell’operato dei direttori generali delle stesse aziende ed enti per l’anno 2019;

Considerata la nota del Ministero della Salute Prot. n. 10986-P del 22.11.2018 che sottolinea come l’evoluzione del Sistema informativo sanitario del Ministero della Salute abbia consentito di definire progressivamente a livello nazionale un insieme di indicatori sempre

più adatto a descrivere le performance e le capacità di risposta dei Servizi sanitari regionali ai bisogni di salute della popolazione;

Considerato che la stessa nota ricorda che il Sistema di Garanzia, quale set di circa 100 indicatori introdotto con il D.Lgs.56/2000 istitutivo del “federalismo fiscale” e divenuto operativo con decreto ministeriale del 2001, è stato poi di fatto sostituito come strumento di monitoraggio negli anni dalla “Griglia LEA”, nell’attesa di rivedere ed adeguare il Sistema di garanzia attraverso un aggiornamento del decreto ministeriale del 2001;

Considerato che l’evoluzione del Sistema di Garanzia (cosiddetto Nuovo Sistema di Garanzia) è stata realizzata in piena collaborazione con i referenti istituzionali e tecnici delle Regioni e con esperti epidemiologi e statistici provenienti dal mondo universitario e della ricerca e che rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, consentendo di misurare secondo le dimensioni dell’equità, dell’efficacia e dell’appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza;

Considerato che il monitoraggio del livello di garanzia di erogazione dei Livelli essenziali di assistenza rappresenta uno degli adempimenti cui sono tenute le regioni per accedere alla quota integrativa prevista dall’art. 2, comma 68 della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell’art. 15, comma 24, del D.L. n. 95/2012 (L.135/2012);

Considerato inoltre che, pur non essendo ancora concluso l’iter autorizzativo del decreto di introduzione del Nuovo Sistema di Garanzia, si è ritenuto importante impostare un sistema di obiettivi a livello regionale ed aziendale che sia il più possibile aderente a quello nazionale, affinché eventuali elementi di criticità che emergono centralmente possano trovare evidenza a tutti i livelli di governo e quindi possibilità di impostazione di azioni correttive;

Ritenuto fondamentale che le aziende e gli enti del Sistema Sanitario Regionale possano avere evidenza nei tempi utili alla programmazione annuale delle attività, degli obiettivi rispetto ai quali sarà valutata l’efficacia delle loro azioni;

Ritenuto pertanto necessario costruire il sistema di obiettivi da assegnare alle aziende ed agli enti del Servizio Sanitario Regionale per il 2019 attingendo alle seguenti fonti:

- Nuovo Sistema di Garanzia, per tutti gli indicatori di nuova introduzione per i quali sono già disponibili soglie di riferimento o per i quali è stato fatto a livello regionale

uno specifico approfondimento in quanto di interesse strategico (PDTA);

- Griglia Lea, per quegli indicatori che sono stati fino ad oggi il riferimento nazionale per il monitoraggio dei Lea e che, in ogni caso, dovranno accompagnare il 2019 come anno di passaggio verso il Nuovo Sistema di Garanzia;

- Indicatori del sistema di valutazione della performance del laboratorio Mes, per quegli indicatori che consentono di monitorare efficacemente alcuni ulteriori contesti strategici per l’assistenza socio sanitaria;

- Indicatori esito (Prose, PNE) e di percorso elaborati dall’ARS;

- Indicatori definiti dalla Direzione Regionale competente, con riferimento al monitoraggio di particolari azioni di governo impostate e rispetto alle quali esiste una oggettiva possibilità di misurazione ed un valore atteso;

Valutato, partendo dalle fonti sopra citate, di classificare i singoli obiettivi ed indicatori 2019 in relazione ai fenomeni osservati, secondo le seguenti categorie omogenee:

- Indicatori di sistema;
- Cronicità;
- Oncologia;
- Tempi di attesa;
- Salute mentale;
- Farmaceutica;
- Esiti;
- Ricerca;
- Fine vita;

Ritenuto inoltre di definire il nuovo quadro completo di obiettivi ed indicatori, attraverso due allegati:

- Allegato A, con l’evidenza dei pesi complessivi per categoria ed azienda/ente;

- Allegato B, con l’evidenza dei singoli obiettivi/indicatori per azienda/ente;

Ritenuto opportuno dare evidenza nell’allegato B, per ciascun indicatore, del valore soglia stabilito a livello nazionale o, in assenza di quest’ultimo, del valore di riferimento a livello regionale perché possano essere di orientamento per le aziende e gli enti del SSR;

Ritenuto comunque necessario, in considerazione delle analisi e delle verifiche che potranno essere effettuate soltanto nel corso dei primi mesi del 2019, procedere con successivo decreto della Direzione Diritti Cittadinanza e Coesione Sociale ad una eventuale differenziazione dei valori attesi per le singole aziende/enti in ragione dei rispettivi raggiungimenti storici o di periodo;

Considerato che le schede tecniche che definiscono nel dettaglio le modalità di calcolo e gli ambiti di

applicazione di ciascun indicatore di nuova introduzione saranno puntualizzate nel corso del lavoro di analisi di cui sopra svolto in collaborazione con le aziende, il Laboratorio Mes ed Ars;

Ritenuto opportuno riservare una quota del punteggio complessivo al valore di sintesi ottenuto con il bersaglio del sistema di valutazione delle performance del Laboratorio Mes;

Ritenuto opportuno, in sede di valutazione finale e di attribuzione del punteggio, valorizzare altresì per le AUSL i risultati di miglioramento accompagnati da riduzione della variabilità geografica, quale misura dell'equità orizzontale. In particolare, riconoscendo per ciascun indicatore un bonus del 5% del raggiungimento, qualora l'indicatore migliori e riduca la variabilità ed applicando invece una penalità del 10%, qualora l'indicatore migliori con un aumento della variabilità;

Ritenuto, infine:

- di affidare alla direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità e con ARS, il compito di effettuare la verifica del raggiungimento degli obiettivi e la relativa istruttoria per l'adozione degli atti conseguenti;

- di precisare che, qualora in sede di valutazione emergesse l'impossibilità di effettuare la verifica in ordine al raggiungimento di un obiettivo assegnato in conseguenza di elementi o fatti oggettivamente non ascrivibili alla responsabilità del soggetto sottoposto alla valutazione, al fine di non arrecare alcun indebito pregiudizio allo stesso, l'obiettivo non valutato potrà essere escluso dalla base di calcolo per la valutazione complessiva;

A voti unanimi

DELIBERA

1. Di costruire il sistema di obiettivi da assegnare alle aziende ed agli enti del Servizio Sanitario Regionale per il 2019 attingendo alle seguenti fonti:

- Nuovo Sistema di Garanzia, per tutti gli indicatori di nuova introduzione per i quali sono già disponibili soglie di riferimento o per i quali è stato fatto a livello regionale uno specifico approfondimento in quanto di interesse strategico (PDTA);

- Griglia Lea, per quegli indicatori che sono stati fino ad oggi il riferimento nazionale per il monitoraggio dei Lea e che, in ogni caso, dovranno accompagnare il 2019 come anno di passaggio verso il Nuovo Sistema di Garanzia;

- Indicatori del sistema di valutazione della performance del laboratorio Mes, per quegli indicatori che consentono di monitorare efficacemente alcuni ulteriori contesti strategici per l'assistenza socio sanitaria;

- Indicatori esito (Prose, PNE) e di percorso elaborati dall'ARS;

- Indicatori definiti dalla Direzione Regionale competente, con riferimento al monitoraggio di particolari azioni di governo impostate rispetto ai quali esiste una oggettiva possibilità di misurazione ed un valore atteso.

2. Di classificare, partendo dalle fonti sopra citate, i singoli obiettivi ed indicatori 2019, in relazione ai fenomeni osservati, secondo le seguenti categorie omogenee:

- Indicatori di sistema;
- Cronicità;
- Oncologia;
- Tempi di attesa;
- Salute mentale;
- Farmaceutica;
- Esiti;
- Ricerca;
- Fine vita;

3. Di definire il nuovo quadro completo di obiettivi ed indicatori, attraverso due allegati:

- Allegato A, con l'evidenza dei pesi complessivi per categoria ed azienda/ente;
- Allegato B, con l'evidenza dei singoli obiettivi/indicatori per azienda/ente;

4. Di dare evidenza nell'allegato B, per ciascun indicatore, del valore soglia stabilito a livello nazionale o, in assenza di quest'ultimo, del valore di riferimento a livello regionale perché possano essere di orientamento per le aziende e gli enti del SSR;

5. Di procedere, in considerazione delle analisi e delle verifiche che potranno essere effettuate soltanto nel corso dei primi mesi del 2019, con successivo decreto della Direzione Diritti Cittadinanza e Coesione Sociale ad una eventuale differenziazione dei valori attesi per le singole aziende/enti in ragione dei rispettivi raggiungimenti storici o di periodo;

6. Di precisare che le schede tecniche che definiscono nel dettaglio le modalità di calcolo e gli ambiti di applicazione di ciascun indicatore di nuova introduzione saranno puntualizzate nel corso del lavoro di analisi di cui sopra svolto in collaborazione con le aziende, il Laboratorio Mes ed Ars;

7. Di riservare una quota del punteggio complessivo al valore di sintesi ottenuto con il bersaglio del sistema di valutazione delle performance del Laboratorio Mes;

8. Di valorizzare altresì per le AUSL, in sede di valutazione finale e di attribuzione del punteggio, i risultati di miglioramento accompagnati da riduzione

della variabilità geografica, quale misura dell'equità orizzontale. In particolare, riconoscendo per ciascun indicatore un bonus del 5% del raggiungimento, qualora l'indicatore migliori e riduca la variabilità ed applicando invece una penalità del 10%, qualora l'indicatore migliori con un aumento della variabilità;

9. Di stabilire che il compito di effettuare la verifica del raggiungimento degli obiettivi e la relativa istruttoria per l'adozione degli atti conseguenti è affidato alla direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale", in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità e con Ars;

10. Di precisare infine che, qualora in sede di valutazione emergesse l'impossibilità di effettuare la verifica in ordine al raggiungimento di un obiettivo

assegnato in conseguenza di elementi o fatti oggettivamente non ascrivibili alla responsabilità del soggetto sottoposto alla valutazione, al fine di non arrecare alcun indebito pregiudizio allo stesso, l'obiettivo non valutato potrà essere escluso dalla base di calcolo per la valutazione complessiva.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5 e 5bis della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della medesima L.R. 23/2007.

Segreteria della Giunta

Il Direttore Generale

Antonio Davide Barretta

SEGUONO ALLEGATI

Allegato A

Articolazione pesi per categoria di obiettivi ed azienda/ente

	ASL	AOU	Aou Meyer	ISPRO	FONDAZIONE MONASTERIO	ESTAR
VALUTAZIONE COMPLESSIVA BERSAGLIO	15	15	25	15	15	
INDICATORI DI SISTEMA	20	20	25	20	20	20
TEMPI DI ATTESA	10	7	15			
RICERCA	2	10	15	15	15	
ESITI	5	10		5	10	
FARMACEUTICA	15	15	15	10	15	80
CRONICITA'	13	8			20	
ONCOLOGIA	10	10		25		
FINE VITA	5	5	5	10	5	
SALUTE MENTALE	5					
	100	100	100	100	100	100

Allegato B
Articolazione obiettivi ed indicatori per azienda/ente

CATEGORIA PER DELIBERA	FONTE	CODICE	INDICATORE	sottoindicatori	AUSL	AOU	AQUM	FONDAZIONE MONASTERIO	ISPRO	ESTAR	SOGLIA INDICATIVA
TEMPI DI ATTESA	NSG	D10Z	Percentuale di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)		X	X	X	X			95%
TEMPI DI ATTESA	NSG	D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)		X	X	X	X			90%
TEMPI DI ATTESA	REGIONE		Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità U in rapporto al totale di prestazioni di classe U. (Elenco prestazioni dgrt 750/2018)		X	X	X	X			95%
SALUTE MENTALE	NSG	D27C	Percentuale di re-riscontri tra 8 e 30 giorni in psichiatria.		X						5,5
SALUTE MENTALE	GRIGLIA LEA	14	14. Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti		X						14,96
SALUTE MENTALE	MES	C15.2	Contatto entro 7 gg con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero		X						59
RICERCA	MES/RT	B15.1.1	Field weighted citation impact (FWCI) per dirigenti			X	X	X	X		valutazione >3
RICERCA	MES/RT	B15.2.1	% di dirigenti medici produttivi			X	X	X	X		valutazione >3
RICERCA	MES/RT	B15.5	Sperimentazione clinica		X	X	X	X	X		valutazione >3
ONCOLOGIA	NSG	H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui.		X	X			X		>90
ONCOLOGIA	NSG	PDTA06	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)	media dei 4 interventi	X	X			X		>66,48%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)		X	X			X		>84%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)		X	X			X		>64,66%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)		X	X			X		>72,88%
ONCOLOGIA	NSG	PDTA010	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow-up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)		X	X			X		>75,51%
ONCOLOGIA	MES	C10c	Tempi di attesa chirurgia Oncologica		X	X			X		>30gg
ONCOLOGIA	MES	C10.5	Utilizzo dei biomarcatori tumorali in soggetti non affetti da patologia oncologica o da patologia gastroenterologica cronica		X	X			X		352
ONCOLOGIA	MES	C10.2.2	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella		X	X			X		57
ONCOLOGIA	MES	C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella		X	X			X		75
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)		X						95%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)		X						95%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica		X						95%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C		X						95%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano		X						75%

Allegato B
Articolazione obiettivi ed indicatori per azienda/ente

CATEGORIA PER DELIBERA	FONTE	CODICE	INDICATORE	sottoindicatori	AUSL	AOU	FONDAZIONE MONASTERIO	ISPRO	ESTAR	SOGLIA INDICATIVA
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino		X					100%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale		X					100%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P14C	Indicatore composito sugli stili di vita		X					valutazione >3
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervicite uterina, mammella, colon retto		X					60% cervicite; 80% mammella; 70% colon
INDICATORI DI SISTEMA	GRIGLIA LEA	5.1	5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; le regioni con status sanitario non omogeneo per territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni)		X					100%
INDICATORI DI SISTEMA	GRIGLIA LEA	5.2	5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina, OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Nota 1: le regioni con status sanitario non omogeneo, per specie o territorio, vengono valutate con i criteri previsti per le non ufficialmente indenni - Nota 2: se risultano inseriti in SANAN <80% dei controlli sierologici, si assegna il punteggio di valutazione immediatamente inferiore)		X					100%
INDICATORI DI SISTEMA	GRIGLIA LEA	5.3	5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06		X					100%
INDICATORI DI SISTEMA	GRIGLIA LEA	4	4. Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare		X					8,52%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite		X	X				40
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso		X					14
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni.		X					3,5 per 1.000
INDICATORI DI SISTEMA	GRIGLIA LEA	13	13. Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti		X	X	X			5,77
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente.		X					<125
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario.		X	X	X			<15%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.		X	X				>90%
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H06Z	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente.		X	X	X			<=2
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H07Z	Tasso di accessi in ricoveri day hospital di tipo medico (standardizzato per età) in rapporto alla popolazione residente.		X					<60
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica: accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	a) numero donazioni organi	X	X	X			40 per milione
INDICATORI DI SISTEMA	NSG	H09Z	Donazione di organi (Donatori di organi in morte encefalica: accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione).	b) accertamenti di morte con criteri neurologici	X	X	X			80 per milione

Allegato B
Articolazione obiettivi ed indicatori per azienda/ente

CATEGORIA PER DELIBERA	FONTE	CODICE	INDICATORE	sottoindicatori	AUSL	AOU	AQUM	FONDAZIONE MONASTERIO	ESPRO	ESTAR	SOGLIA INDICATIVA
FARMACEUTICA	REGIONE		Rapporto fra la somma del valore assoluto delle rettifiche positive e negative effettuate nell'anno (ultimi 12 mesi comprese le rettifiche di fine anno) ed il valore della giacenza media.							X	<1%
FARMACEUTICA	REGIONE		Rapporto fra costi della logistica distributiva (consegna e distribuzione del materiale dal magazzino al centro richiedente) e valore totale dei prodotti venduti							X	<0,5%
FARMACEUTICA	REGIONE		Porzione di farmaci provvisi di AIC gestiti a scorta							X	100%
FARMACEUTICA	REGIONE		Proporzione prodotti in anagrafica completi di codici corretti AIC e ATC se farmaci.							X	100%
FARMACEUTICA	REGIONE		Corrispondenza tra (Tipo dispositivo + Numero di Repertorio) nelle anagrafiche ESTAR e codifica nel sistema BDRDM della Banca Dati del Ministero della salute.							X	100%
FARMACEUTICA	REGIONE		Tempo medio (GG) tra disponibilità prodotto (generato o biosimilare) sul mercato e primo ordine al fornitore in caso di gara senza accordo quadro							X	≤25
FARMACEUTICA	REGIONE		Tempo medio (GG) tra disponibilità prodotto (generato o biosimilare) sul mercato e primo ordine al fornitore in caso di gara con accordo quadro							X	≤75
FARMACEUTICA	REGIONE		Presenza per i Dispositivi medici (NON iscritti al sistema BDRDM) con: "Tipo dispositivo + Numero di Repertorio corretti", "classificazione CND ultimo livello disponibile", "Denominazione Fabbricante", "Nome Commerciale" e "Codice prodotto del Fabbricante"							X	100%
ESITI	NSG	D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)		X	X		X			22
ESITI	NSG	D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico		X	X		X			22
ESITI	NSG	D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco		X	X					343
ESITI	NSG	H22C	Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronario (BPAC).		X	X					<2,19
ESITI	NSG	H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.		X	X					<8,55
ESITI	NSG	H24C	Mortalità a 30 giorni dal ricovero per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) riaccutizzata		X	X					<10,55
ESITI	ARS	PROSE	Infarto Miocardico Acuto, rischio di morte a 30 giorni		X	X		X			mantenimento miglioramento
ESITI	ARS	PROSE	Infarto Miocardico Acuto, rischio di riammissione a 30 giorni		X	X		X			mantenimento miglioramento
ESITI	ARS	PROSE	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni		X	X					mantenimento miglioramento
ESITI	ARS	PROSE	Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30 giorni		X	X					mantenimento miglioramento
ESITI	ARS	PROSE	Intervento per tumore al colon, rischio di morte a 30 giorni		X	X					mantenimento miglioramento
ESITI	ARS	PROSE	Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia		X	X			X		mantenimento miglioramento
CRONICITA'	NSG	D2ZZ	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	CIA1	X						4
CRONICITA'	NSG	D2ZZ	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	CIA2	X						2,5
CRONICITA'	NSG	D2ZZ	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	CIA3	X						2,2
CRONICITA'	NSG	D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	R1	X						0,7
CRONICITA'	NSG	D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	R2	X						12,5

Allegato B
Articolazione obiettivi ed indicatori per azienda/ente

CATEGORIA PER DELIBERA	SOURCE	CODICE	INDICATORE	sottoidicatori	AUSL	AOU	AOU	FONDAZIONE MONASTERIO	ISPRO	ESTAR	SOGGIA INDICATIVA
CRONICITA'	NSG	D3Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	R3	X						15,5
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	8	8.Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI		X						$>3,11\%$
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	9.1	9.1 Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti		X						$>9,44$
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	9.2	9.2 Numero di posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti		X						$>13,38$
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	10.1.1	10.1.1 Numero di posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti		X						0,41
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	10.1.2	10.1.2 Numero di posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti		X						0,28
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	10.2.1	10.2.1 Numero di posti in strutture residenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti		X						0,56
CRONICITA'	GRIGLIA LEA	10.2.2	10.2.2 Numero di posti in strutture semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili ogni 1.000 residenti		X						0,61
CRONICITA'	NSG	PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)		X	X					$>35,49\%$
CRONICITA'	NSG	PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico-ostruttive BPCO)		X	X					$>48,12\%$
CRONICITA'	NSG	PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	acc inibitori o sartani	X	X		X			$>57,82\%$
CRONICITA'	NSG	PDTA03	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	betablocanti	X	X		X			$>36,15\%$
CRONICITA'	NSG	PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)		X	X		X			$>31,93\%$
CRONICITA'	NSG	PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata, profilo lipidico, microalbuminuria, monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)	media delle 5 raccomandazioni	X	X					$>24,74\%$