

DELIBERAZIONE N° 364

SEDUTA DEL 12 APR. 2016

Politiche della persona

DIPARTIMENTO

**OGGETTO** DGR 662/2015 - OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE REGIONALI ANNI 2015 - 2017 - AGGIORNAMENTO ANNO 2016

Relatore **PRESIDENTE**

La Giunta, riunitasi il giorno 12 APR. 2016 alle ore 16,20 nella sede dell'Ente,

		Presente	Assente
1.	Maurizio Marcello Claudio PITTELLA Presidente	X	
2.	Flavia FRANCONI Vice Presidente		X
3.	Aldo BERLINGUER Componente	X	
4.	Luca BRAIA Componente		X
5.	Raffaele LIBERALI 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° 1 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;

### **VISTE**

- L.R. n. 3 del 09.02.2016 “Legge di Stabilità Regionale 2016”;
- L.R. n. 4 del 09.02.2016 “Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2016-2018”;
- L.R. n. 5 del 04.03.2016 “Collegato alla Legge di stabilità Regionale”
- D.G.R. n. 111 del 10.02.2016 “Approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli dei titoli, tipologie e categorie delle entrate e delle missioni, programmi e titoli delle spese del “Bilancio di previsione pluriennale per il triennio 2016-2018”
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 28 dicembre 2013 di nomina dell’Assessore al Dipartimento Politiche della Persona;
- la D.G.R. n. 231 del 19.2.2014 di conferimento dell’incarico di Dirigente Generale del Dipartimento Politiche della Persona;

### **PREMESSO**

**che** la DGR n. 25/2015 ha approvato lo schema di contratto di prestazione d’opera intellettuale per lo svolgimento delle funzioni di direttore generale di azienda sanitaria del SSR;

**che** con le successive DDGR n. 26, n. 27, n. 28 e n. 29 del 2015 la Giunta Regionale ha provveduto alla nomina dei direttori generali, rispettivamente, della Azienda Sanitaria di Potenza, della Azienda

Sanitaria di Matera, dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza;

**che** i contratti sottoscritti dai direttori generali secondo lo schema di cui alla citata DGR 25/2015 prevedono:

- all'art. 6, comma 1, che *"Il Direttore Generale è tenuto, a pena di decadenza, al raggiungimento degli obiettivi di mandato individuati dalla Giunta regionale con l'atto di nomina ed allegati al contratto quale sua parte integrante e sostanziale"*
- all'art. 6, comma 2 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. 502/1995 e s.m.i., che l'Azienda corrisponde a titolo di incentivo per il raggiungimento degli obiettivi prefissati; la corresponsione di tale incremento è subordinata ad espressa autorizzazione da parte della Giunta regionale ad intervenuta verifica del raggiungimento di tali obiettivi"*.

**che** con la precedente DGR 662/20015 sono stati approvati gli obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per gli anni 2015 – 2017 stabilendo che *"per gli anni 2016-2017 la Giunta regionale, qualora ne ravvisasse la necessità, si riserva di modificare/integrare obiettivi ed indicatori"* ;

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

**RITENUTO** necessario **modificare/ integrare** alcuni indicatori e target già previsti nella predetta DGR 662/2015 come di seguito specificato:

**per ASP e ASM**

- 1) **sicurezza negli ambienti di lavoro** relativamente all'indicatore: *imprese attive sul territorio controllate*,
- 2) **razionalizzazione delle risorse economico finanziaria** con aggiunta di un secondo indicatore: *tempestività nei pagamenti del SSR*,
- 3) **revisione contabile** con sostituzione dell'obiettivo *"certificazione del bilancio"* con i nuovi obiettivi :
  - " revisione contabile "*
  - "armonizzazione contabile"*
- 4) **risk management** con esclusione dal numero degli indicatori valutabili per il 2016 di quello già previsto per la sola annualità 2015 e di seguito indicato:
  - "recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015"*,

- 5) **autorizzazione strutture sanitarie pubbliche** che viene sostituito per il 2016 con l'indicatore di seguito descritto: *"autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche"*

**per AOR San Carlo ed IRCCS CROB**

- 1) **razionalizzazione delle risorse economico finanziaria** con aggiunta di un secondo indicatore: *tempestività nei pagamenti del SSR*,
- 2) **revisione contabile** con sostituzione dell'obiettivo *"certificazione del bilancio"* con i nuovi obiettivi :  
*"revisione contabile"*  
*"armonizzazione contabile"*
- 3) **risk management** con esclusione dal numero degli indicatori valutabili per il 2016 di quello già previsto per la sola annualità 2015 e di seguito indicato:  
*"recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015"*,
- 4) **autorizzazione strutture sanitarie pubbliche** che viene sostituito per il 2016 con l'indicatore di seguito descritto: *"autorizzazione/accreditamento strutture sanitarie pubbliche"*

**RITENUTO** necessario, comunque riapprovare formalmente, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, l'Allegato 1 della DGR 662/2015, come modificato ed integrato secondo le specifiche sopradette;

**DATO ATTO** che rimangono invariati i contenuti di cui all'Allegato 2 della precedente DGR 662/2015 e che quindi si intendono riconfermati;

Su proposta dell'Assessore al ramo, a voti unanimi

**D E L I B E R A**

Per quanto in premessa che si intende integralmente riportato e trascritto:

- 1) **modificare ed integrare** la DGR 662/2015 - Obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per i direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere regionali anni 2015 -2017 ;
- 2) **di approvare** le modifiche/integrazioni - aggiornamento anno 2016- di cui all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, riportante le schede sintetiche degli indicatori, distinti per Azienda del SSR, e le relative schede con le specifiche di calcolo e i livelli di raggiungimento dell'obiettivo;
- 3) **di dare atto** che risultano immutati i contenuti di cui all'Allegato 2 della predetta DGR 662/2015 che quindi si intendono confermati;
- 4) **di trasmettere** la presente deliberazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali rendendola consultabile anche sullo spazio web del sito dipartimentale.

- 5) 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

(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"/>
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.	

## **ALLEGATO 1**

### **SISTEMA DI VALUTAZIONE 2015-2017**

**(integrazione anno 2016)**

#### **Premessa**

Il presente documento descrive le aree di risultato e i relativi obiettivi assegnati alle Aziende Sanitarie per il triennio 2015-2017. La metodologia è stata condivisa con l'Agenzia 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 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 5 principali aree di risultato:

- tutela della salute;
- performance organizzative e cliniche aziendali;
- gestione economico finanziaria;
- conseguimento di obiettivi strategici regionali;
- obiettivi di empowerment;

ed è articolato per le diverse Aziende in:

- 16 obiettivi misurati da 44 indicatori per le Aziende Sanitarie territoriali (ASP/ASM);
- 11 obiettivi misurati da 22 indicatori per l'Azienda Ospedaliera San Carlo;
- 12 obiettivi misurati da 22 indicatori per l'IRCCS-CROB;

Gli obiettivi hanno volutamente natura sintetica e non esaustiva dell'intero panel di indicatori che possono monitorare l'andamento delle Aziende Sanitarie della Regione.

#### **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 allegate alla fine del presente documento.

Il Dipartimento "Politiche della Persona", qualora ne ravvisasse la necessità, si riserva la possibilità di modificare e/o integrare obiettivi e indicatori per gli anni 2016 e 2017.

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 conferma nell'incarico di direzione generale dopo il 18-esimo mese, fermo restando quanto previsto in ambito contrattuale, si fa riferimento alla metodologia di seguito riportata per ciascuna azienda.

### **Aziende Sanitarie territoriali (ASP/ASM)**

Per gli indicatori :

- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- Consumo di farmaci antibiotici
- % di anziani in Cura Domiciliare
- Imprese attive sul territorio controllate
- % utilizzo farmaci biosimilari

viene confrontato il valore annuale conseguito nel 2014 con quello conseguito nel 2015.

Se la differenza è positiva si attribuisce un segno (+), viceversa un segno (-).

Per gli indicatori:

- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)
- Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015
- Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche

viene rilevato il SI/NO annuale nel 2015.

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

Il parere di conferma è favorevole se i segni (+) sono in numero maggiore dei segni (-), cioè più di 4.

### **Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo**

Per gli indicatori:

- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

- % parti indotti
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- % utilizzo farmaci biosimilari

viene confrontato il valore annuale conseguito nel 2014 con quello conseguito nel 2015.

Se la differenza è positiva si attribuisce un segno (+), viceversa un segno (-).

Per gli indicatori:

- Valutazione appropriatezza cartelle cliniche
- Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015
- Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche

viene rilevato il SI/NO annuale nel 2015.

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

Il parere di conferma è favorevole se i segni (+) sono in numero maggiore dei segni (-), cioè più di 3.

### **IRCCS-CROB**

Per gli indicatori :

- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- % utilizzo farmaci biosimilari
- Adesione screening mammografico
- Valutazione attività di ricerca

viene confrontato il valore annuale conseguito nel 2014 con quello conseguito lo stesso nel 2015.

Se la differenza è positiva si attribuisce un segno (+), viceversa un segno (-).

Per gli indicatori:

- Valutazione appropriatezza cartelle cliniche
- Recepimento formale di tutte le indicazioni di cui alla DGR 137/2015
- Autorizzazione strutture sanitarie pubbliche

viene rilevato il SI/NO annuale nel 2015.

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

Il parere di conferma è favorevole se i segni (+) sono in numero maggiore dei segni (-), cioè più di 3.

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 alla presente Allegato 1 è pari a cento, come già indicato nelle Schede di seguito riportate.

Tale punteggio viene successivamente parametrizzato in maniera proporzionale a 13 ventesimi.



I rimanenti 7 ventesimi sono attribuiti secondo le modalità di cui all'Allegato n.2.

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 (V.G.P) è calcolata su un set ridotto di indicatori di seguito riportati per ciascuna azienda. In particolare, per le Aziende Sanitarie territoriali (ASP/ASM) il set di indicatori scelti è:

- % utilizzo farmaci biosimilari
- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
- % di anziani in Cura Domiciliare
- % di abbandono di pazienti in terapia con statine
- Consumo di farmaci antibiotici
- Consumo di farmaci oppioidi

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

- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- % parti indotti
- % utilizzo farmaci biosimilari

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

- Adesione screening mammografico
- Valutazione attività di ricerca
- % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari
- Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery
- % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica
- % utilizzo farmaci biosimilari

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi. Il calcolo è effettuato, per l'anno 2015, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2015 e quello conseguito nell'anno 2014, e così via di seguito per le successive annualità (2016: 2016 vs 2015; 2017: 2017 vs 2016). Il confronto del singolo

indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.

Così come per la metodologia di calcolo valida per il parere di conferma, anche per la VGP vale il principio di maggioranza dei segni (+) rispetto ai segni (-). 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, la valutazione globale di performance non viene applicata.

# Schema di sintesi

## Aziende Sanitarie ASP e ASM

Risultati - Obiettivi - Indicatori	Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo				Punteggio		VGP	Parere di conferm.
	0%	50%	100%	Risultato	Obiettivo	Indicatore		
<b>TUTELA DELLA SALUTE</b>								
<b>Prevenzione primaria</b>								
Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	inferiore a 90	da 90 a 95	maggiore di 95		5	1		
Copertura per vaccino MPR	inferiore a 80	da 80 a 90	maggiore di 90			1		
Copertura vaccinale antipneumococcica	inferiore a 95	da 95 a 97	maggiore di 97			1		
Copertura vaccinale antimeningococcica C	inferiore a 95	da 95 a 97	maggiore di 97			1		
Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)	inferiore a 95	da 95 a 97	maggiore di 97			1	X	
<b>Prevenzione secondaria</b>								
Estensione screening mammografico	inferiore a 80	da 80 a 95	maggiore di 95		5	2		
Adesione screening mammografico	inferiore a 40	da 40 a 80	maggiore di 80			3		
<b>Sicurezza negli ambienti di lavoro</b>								
Imprese attive sul territorio controllate	inferiore a 5	da 5 a 8	maggiore di 8		4	4		X
<b>Sanità veterinaria</b>								
% Campioni analizzati per la ricerca di residui di fitosanitari nei prodotti alimentari	NO	-	SI		6	1		
% Ovini e caprini morti testati per SCRAPIE	NO	-	SI			1		
% Campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale	NO	-	SI			1		
Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti (Reg. CE 852/04)	NO	-	SI			1		
Allineamento del controllo ufficiale allo standard (D.lgs.193/2007)	NO	-	SI			1		
Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari	NO	-	SI			1		
<b>PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI</b>								
<b>Appropriatezza organizzativa</b>								
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	NO	-	SI		40	10		X
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	maggiore di 33	da 21 a 33	inferiore a 21			4	X	X
DrG LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery	inferiore a 50	da 50 a 67	maggiore di 67			2		
% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	maggiore di 33	da 23 a 33	inferiore a 23			2	X	X
<b>Appropriatezza clinica</b>								
Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano	inferiore a 45	da 45 a 60	maggiore di 60		10	5	X	
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	maggiore di 33	da 23 a 33	inferiore a 23			5	X	
<b>Efficacia assistenziale territoriale</b>								
Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)	maggiore di 250	da 180 a 250	inferiore a 180		20	2	X	
Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)	maggiore di 30	da 20 a 30	inferiore a 20			2		
Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	maggiore di 60	da 40 a 60	inferiore a 40			2		
% di anziani in Cura Domiciliare	inferiore a 3	da 3 a 7	maggiore di 7			5	X	X
% di abbandono di pazienti in terapia con statine	maggiore di 15	da 8 a 15	inferiore a 8			3	X	
% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	maggiore di 31	da 27 a 31	inferiore a 27			3		
Consumo di farmaci antibiotici	maggiore di 24	da 20 a 24	inferiore a 20			3	X	X
<b>GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA</b>								
<b>Controllo spesa farmaceutica</b>								
Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	NO	-	SI		12	8		
Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale	NO	-	SI			2		
% utilizzo farmaci biosimilari	inferiore a 25	da 25 a 40	maggiore di 40			2		
% utilizzo farmaci presenti nella lista di trasparenza AIFA	inferiore a 80	da 80 a 90	maggiore di 90			2		
<b>Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie</b>								
Investimenti ex art. 20	NO	-	SI		4	2		
Tempestività nei pagamenti del SSR	maggiore di 10	da 0 a 10	inferiore a 0			2		
<b>CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI</b>								
<b>Utilizzo dei flussi informativi</b>								
Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)	NO	-	SI		26	4		
Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)	NO	-	SI			2		
<b>Revisione contabile</b>								
Revisione contabile	NO	-	SI		3	2		
Armonizzazione contabile	NO	-	SI			1		
<b>Controllo cartelle cliniche</b>								
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	NO	-	SI		2	2		X
<b>Risk management</b>								
Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	NO	-	SI		5	3		
Relazione di attuazione delle attività di Risk Management	NO	-	SI			2		
<b>Autorizzazione strutture</b>								
*Autorizzazione e/o accreditamento strutture sanitarie pubbliche	NO	-	SI		8	8		X
<b>Valutazione strategie per il controllo del dolore</b>								
Consumo di farmaci oppioidi	inferiore a 1,2	da 1,2 a 2	maggiore di 2		4	4	X	
<b>EMPOWERMENT</b>								
<b>Soddisfazione degli utenti</b>								
Produzione relazione sulla customer satisfaction	NO	-	SI		2	1		
Produzione bilancio sociale	NO	-	SI			1		

\*Gli indicatori così contrassegnati sono al momento considerati per il solo anno 2016.

## Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo

Risultati - Obiettivi - Indicatori	Intervalli di raggiungimento dell'obiettivo						Punteggio		VGP	Parere di conferma
	0%		50%		100%		Risultato	Obiettivo		
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI										
Appropriatezza organizzativa										
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari										
DrG LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery										
% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica										
Appropriatezza clinica										
Intervento chirurgico entro 2 giorni a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano										
Proporzione di parti con taglio cesareo primario										
Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale										
% parti indotti										
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA										
Controllo spesa farmaceutica										
Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera										
% utilizzo farmaci biosimilari										
Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie										
Investimenti ex art. 20										
Tempestività nei pagamenti del SSR										
CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI										
Utilizzo dei flussi informativi										
Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)										
Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)										
Revisione contabile										
Revisione contabile										
Armonizzazione contabile										
Controllo cartelle cliniche										
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche										
Risk management										
Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico										
Relazione di attuazione delle attività di Risk Management										
Autorizzazione strutture										
*Autorizzazione e/o accreditamento strutture sanitarie pubbliche										
Valutazione strategie per il controllo del dolore										
Consumo di farmaci oppioidi										
EMPOWERMENT										
Soddisfazione degli utenti										
Produzione relazione sulla customer satisfaction										
Produzione bilancio sociale										

\*Gli indicatori così contrassegnati sono al momento considerati per il solo anno 2016.

## IIRCS - Centro di Riferimento Oncologico della Basilicata (CROB)

Risultati - Obiettivi - Indicatori	Intervallo di raggiungimento dell'obiettivo				Punteggio			VGP	Parere di conferm.
	0%		50%	100%	Risultato	Obiettivo	Indicatore		
<b>TUTELA DELLA SALUTE</b>									
<b>Prevenzione secondaria</b>									
Estensione screening mammografico	inferiore a 80	da 80 a 95	maggiore di 95		20	10	4		
Adesione screening mammografico	inferiore a 40	da 40 a 80	maggiore di 80				6	X	X
<b>Ricerca</b>									
Valutazione attività del Registro Tumori	NO	-	SI		10		5		
Valutazione attività di ricerca	inferiore a 280	da 280 a 380	maggiore di 380				5	X	X
<b>PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI</b>									
<b>Appropriatezza organizzativa</b>									
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	maggiore di 25	da 15 a 25	inferiore a 15		30	30	10	X	X
Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery	inferiore a 53	da 53 a 70	maggiore di 70				10	X	
% ricoveri in DH medico con finalità diagnostica	maggiore di 20	da 10 a 20	inferiore a 10				10	X	
<b>GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA</b>									
<b>Controllo spesa farmaceutica</b>									
Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera	NO	-	SI		12	8	4		
% utilizzo farmaci biosimilari	inferiore a 25	da 25 a 40	maggiore di 40				4		
<b>Razionalizzazione delle risorse economico e finanziarie</b>									
Investimenti ex art. 20	NO	-	SI		4		2		
Tempestività nei pagamenti del SSR	maggiore di 10	da 0 a 10	inferiore a 0				2		
<b>CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI</b>									
<b>Utilizzo dei flussi informativi</b>									
Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)	NO	-	SI		30	4	2		
Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)	NO	-	SI				2		
<b>Revisione contabile</b>									
Revisione contabile	NO	-	SI				2		
Armonizzazione contabile	NO	-	SI				1		
<b>Controllo cartelle cliniche</b>									
Valutazione appropriatezza cartelle cliniche	NO	-	SI				3		X
<b>Risk management</b>									
Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico	NO	-	SI		5		3		
Relazione di attuazione delle attività di Risk Management	NO	-	SI				2		
<b>Autorizzazione strutture</b>									
*Autorizzazione e/o accreditamento strutture sanitarie pubbliche	NO	-	SI		10		10		X
<b>Valutazione strategie per il controllo del dolore</b>									
Consumo di farmaci oppioidi	inferiore a 1,2	da 1,2 a 2	maggiore di 2		5		5	X	
<b>EMPOWERMENT</b>									
<b>Soddisfazione degli utenti</b>									
Produzione relazione sulla customer satisfaction	NO	-	SI		8	8	4		
Produzione bilancio sociale	NO	-	SI				4		

\*Gli indicatori così contrassegnati sono al momento considerati per il solo anno 2016.

## Schede indicatori

Le schede che seguono, raggruppate nelle 5 aree di risultato, già precedentemente descritte, riportano per ognuno degli indicatori individuati i sotto elencati elementi specifici:

- Denominazione
- Razionale
- Note per l'elaborazione
- Parole chiave
- Fasce di valutazione aziendale

## **TUTELA DELLA SALUTE**

### **PREVENZIONE PRIMARIA**

La prevenzione primaria mira ad evitare che le malattie insorgano (incrementando le difese immunitarie dell'organismo, eliminando i fattori causali delle malattie e selezionando e trattando gli stati di rischio. Consiste, quindi, in un insieme di interventi volti a favorire e mantenere lo stato di benessere e ad evitare l'insorgere di malattie, a livello di singolo individuo, di collettività e di ambiente. I suoi obiettivi, pertanto, sono:

- proteggere il singolo
- controllare le malattie nelle popolazioni
- circoscrivere le malattie
- eradicarle

Denominazione: Copertura vaccinale 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. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare i Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per esavalente e al **DENOMINATORE** N. bambini residenti vaccinabili di età inferiore a 24 mesi. Ad esempio usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo delle vaccinazioni dei Dipartimenti Aziendali di Prevenzione e salute umana.

Parole chiave: Vaccino **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **Fonte**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 90</i>	<i>da 90 a 95</i>	<i>maggiore di 95</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 90</i>	<i>da 90 a 95</i>	<i>maggiore di 95</i>



Denominazione: Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio

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: al **NUMERATORE** indicare i Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose) e al **DENOMINATORE** N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione. Ad esempio usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo delle vaccinazioni dei Dipartimenti Aziendali di Prevenzione e salute umana.

Parole chiave: Vaccino **NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 80</i>	<i>da 80 a 90</i>	<i>maggiore di 90</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 80</i>	<i>da 80 a 90</i>	<i>maggiore di 90</i>

## Denominazione: Copertura vaccinale antipneumococcica

**Razionale:** Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica. La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Questa vaccinazione è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

**Note per l'elaborazione:** al **NUMERATORE** indicare i Cicli vaccinali (3<sup>o</sup>dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica e al **DENOMINATORE** N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre. Ad esempio usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo delle vaccinazioni dei Dipartimenti Aziendali di Prevenzione e salute umana.

**Parole chiave:** Vaccino **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **Fonte**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 95</i>	<i>da 95 a 97</i>	<i>maggiore di 97</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 95</i>	<i>da 95 a 97</i>	<i>maggiore di 97</i>

## Denominazione: Copertura vaccinale antimeningococcico C

**Razionale:** Il meningococco (o *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 "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 posso essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Questa vaccinazione è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

**Note per l'elaborazione:** al **NUMERATORE** indicare i Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2012 per Antimeningococcica e al **DENOMINATORE** N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre. Ad esempio usare per l'anno 2015 la coorte di bambini nati nell'anno 2013. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo delle vaccinazioni dei Dipartimenti Aziendali di Prevenzione e salute umana.

**Parole chiave:** Vaccino **NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

**Fasce di valutazione aziendale:**

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 95</i>	<i>da 95 a 97</i>	<i>maggiore di 97</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 95</i>	<i>da 95 a 97</i>	<i>maggiore di 97</i>

## Denominazione: Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)

**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'AUSL 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:** al **NUMERATORE** indicare i Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento e al **DENOMINATORE** numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Ad esempio usare per l'anno 2015 la coorte di bambine nate nell'anno 2003. Al numeratore inserire i cicli vaccinali di questa coorte completati nell'anno. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo delle vaccinazioni dei Dipartimenti Aziendali di Prevenzione e salute umana.

**Parole chiave:** Vaccino **NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

**Fasce di valutazione aziendale:**

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 95</i>	<i>da 95 a 97</i>	<i>maggiore di 97</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 95</i>	<i>da 95 a 97</i>	<i>maggiore di 97</i>

## **TUTELA DELLA SALUTE**

### **PREVENZIONE SECONDARIA**

La prevenzione secondaria riguarda individui clinicamente sani che presentano un danno biologico in atto con lo scopo di guarire la lesione prima che la malattia si manifesti clinicamente. Lo strumento della prevenzione secondaria è la diagnosi precoce.

Denominazione: Estensione screening mammografico

Razionale: Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di donne invitate allo screening nell'anno oggetto della rilevazione meno (-) inviti inesitati nell'anno e al **DENOMINATORE** la popolazione bersaglio annuale (metà popolazione ISTAT 50-69) meno (-) donne escluse prima dell'invito. Si applicano i criteri di correzione ONS. Per l'ASP e l'ASM si considera la popolazione residente nel territorio di competenza, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella residente in regione. La **FONTE** del dato grezzo è il flusso informativo del CROB e del SIS - dipartimento Politiche della Persona.

Parole chiave: screening **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 80</i>	<i>da 80 a 95</i>	<i>maggiore di 95</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 80</i>	<i>da 80 a 95</i>	<i>maggiore di 95</i>

### CROB

0%	50%	100%
<i>inferiore a 80</i>	<i>da 80 a 95</i>	<i>maggiore di 95</i>

## Denominazione: Adesione screening mammografico

**Razionale:** Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.

**Note per l'elaborazione:** al **NUMERATORE** indicare il numero di donne che hanno partecipato allo screening mammografico a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito) e al **DENOMINATORE** il numero di donne invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione meno (–) inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione meno (–) il numero di Donne escluse dopo l'invito. Si applicano i criteri di correzione ONS. Per l'ASP e l'ASM si considera la popolazione residente nel territorio di competenza, mentre per il CROB la popolazione di riferimento è quella residente in regione. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo del CROB e del SIS - dipartimento Politiche della Persona.

**Parole chiave:** screening NUMERATORE DENOMINATORE FONTE

**Fasce di valutazione aziendale:**

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 40</i>	<i>da 40 a 80</i>	<i>maggiore di 80</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 40</i>	<i>da 40 a 80</i>	<i>maggiore di 80</i>

### CROB

0%	50%	100%
<i>inferiore a 40</i>	<i>da 40 a 80</i>	<i>maggiore di 80</i>

## **TUTELA DELLA SALUTE**

### **SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO**

E' la condizione di svolgere una attività lavorativa senza l'esposizione al rischio di incidenti o al rischio di contrarre malattia professionale.



Denominazione: Imprese attive sul territorio controllate

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: al **NUMERATORE** indicare il numero aziende ispezionate, cioè il 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 (+voce 6.2 scheda di attività) e al **DENOMINATORE** il numero di aziende con dipendenti, cioè il numero PAT della gestione industria e servizi ancora attive al 31 dicembre dell'ultimo anno disponibile al momento della definizione degli obiettivi annuali. Ad esempio per il 2015 usare il 2013. Si considera il numero di addetti (dipendenti + addetti speciali)  $\geq 1$  o il numero di artigiani  $\geq 2$ . La **FONTE** del dato grezzo è il sistema informativo del Servizio di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e i flussi informativi INAIL Regioni.

Parole chiave: Imprese **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 5</i>	<i>da 5 a 8</i>	<i>maggiore di 8</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 5</i>	<i>da 5 a 8</i>	<i>maggiore di 8</i>

# TUTELA DELLA SALUTE

## SANITÀ VETERINARIA

La Sanità Pubblica Veterinaria (SPV) come da definizione del WHO (1999) “è la componente dell’attività di Sanità Pubblica dedicata alla applicazione delle competenze, conoscenze e risorse della professione veterinaria ai fini della protezione e del miglioramento della salute umana”. La SPV, attraverso la propria articolazione in discipline specialistiche, sviluppa attività volte principalmente alla:

- promozione di salute degli animali, anche con lo scopo di migliorarne le produzioni;
- sicurezza e qualità nutrizionale degli alimenti di origine animale destinati al consumo alimentare umano;
- prevenzione ed al controllo delle malattie degli animali, con particolare attenzione a quelle a carattere zoonosico;
- protezione dell’ambiente rispetto ad esempio alla industrializzazione degli allevamenti ed alla presenza nelle città di fauna sinantropica.

Denominazione: Percentuale di Campioni analizzati per la ricerca di residui di fitosanitari nei prodotti alimentari

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.

Note per l'elaborazione: la Fonte del dato è il flusso informativo "Fitosanitari" dei Dipartimenti di Prevenzione Collettiva e della Salute umana. 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). Per il calcolo si fa riferimento al piano di campionamento previsto dalla normativa vigente.

Parole chiave: RESIDUI FITOSANITARI – Fonte – campionamento

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

0%	50%	100%
NO		SI

**ASM**

0%	50%	100%
NO		SI

Denominazione: 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 a livello ministeriale impone l'obbligo di testare tutti gli ovini e caprini morti di età superiore ai 18 mesi.

Note per l'elaborazione: la Fonte del dato è la Banca Dati Regionale. 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). Per il calcolo si fa riferimento alla normativa vigente.

Parole chiave: SCRAPIE – Fonte – programma di sorveglianza

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**Denominazione:** Percentuale di Campioni analizzati 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 mira a svelare i casi di somministrazione illecita di sostanze vietate e di somministrazione abusiva di sostanze autorizzate ed 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:** la Fonte del dato è il sistema informativo gestito dell'IZS di Puglia e Basilicata. 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). Per il calcolo si fa riferimento al piano di campionamento previsto dalla normativa vigente.

**Parole chiave:** RESIDUI – Fonte – campionamento

**Fasce di valutazione aziendale:**

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

Denominazione: Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/04

Razionale: L'indicatore relativo alla Alimentazione dell'anagrafe degli stabilimenti registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 è stato scelto perché le Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento delle attività di controllo ufficiale, prevedono l'elaborazione e l'aggiornamento degli elenchi degli operatori del settore dei mangimi e degli alimenti che sono stati registrati, indispensabile per il percorso di riorganizzazione dell'attività di controllo ufficiale previsto dalle normative comunitarie del settore. Il Ministero della salute ha creato un'unica anagrafe degli stabilimenti registrati con l'istituzione Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la sicurezza Alimentare (SINVSA) con il quale il sistema informativo regionale è in cooperazione applicativa. Attualmente si sta effettuando il caricamento massivo dei report lì dove i dati richiesti dal ministero risultino sovrapponibili, mentre le altre posizioni andranno controllate e regolarizzate da parte delle ASL.

Note per l'elaborazione: La fonte del dato è la BDR. Il flusso dei dati aggregati per ASP e ASM sarà gestito dal software di gestione delle imprese alimentari ai sensi del Reg. CE 852/04 integrato con il nodo regionale dei servizi veterinari e dei Sian (BDR) e il Sistema Informativo Nazionale Veterinario per la sicurezza Alimentare (SINVSA). Per il calcolo: al **Numeratore** il numero di aziende correttamente inserite sul sistema informativo di gestione delle imprese alimentari (BDR) Denominatore numero di aziende da inserire nel sistema informativo.

Il risultato dell'indicatore è: SI → ( $\geq 90\%$ ) NO → ( $< 90\%$ )

Parole chiave: registrazione – fonte – numeratore – denominatore

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
NO		SI

#### ASM

0%	50%	100%
NO		SI

Denominazione: Allineamento del controllo ufficiale allo standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale di cui al D.lgs.193/2007 in attuazione del Reg. CE 882/2004 previsto dall'Accordo stato Regioni del 7 febbraio 2013 (recepimento DGR 261/2014)

Razionale: L'indicatore relativo all'Allineamento del controllo ufficiale allo standard per il funzionamento e il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale di cui al D.lgs.193/2007 in attuazione del Reg. CE 882/2004 previsto dall'Accordo stato Regioni del 7 febbraio 2013 (recepimento DGR 261/2014) è stato scelto perché le attività di controllo ufficiale devono adeguarsi a quanto previsto dallo standard e tale attività rientra, nelle verifiche degli adempimenti di competenza del Comitato LEA. L'accordo si compone di 3 capitoli rispetto ai quali le ASL devono analizzare la coerenza con il proprio sistema di funzionamento con gli elementi di conformità riportati. Il primo capitolo è rappresentato dallo standard di funzionamento, il secondo dalla formazione e addestramento degli operatori delle autorità competenti, il terzo capitolo è sulla valutazione del funzionamento delle autorità competenti mediante gli audit. Lo standard (1 capitolo) si compone di 10 sezioni (alcune articolate in più sottosezioni) per ognuna delle quali sono descritti gli elementi di conformità e le evidenze da produrre per l'ASP e per l'ASM.

Note per l'elaborazione: Le fonti del dato sono le ASL. Il flusso dei dati aggregati per ASP e ASM sarà gestito dal modulo software integrato con il nodo regionale dei servizi veterinari e dei Sian (BDR).

La valutazione è positiva (SI) se sussistono tutte le condizioni di seguito specificate:

Capitolo 1

- Sez. 4.7 Sistema di gestione
- Sez. 4.8 Sistema informativo
- Sez. 5.1 Formazione e addestramento
- Sez. 5.2 Qualificazione del personale
- Sez. 6 Controllo ufficiale
- Sez.10 Piani di emergenza/sistemi di allerta

Capitolo 2

Inserimento degli atti prodotti sul modulo software entro il 31 dicembre 2015. Per i due anni successivi il 50% degli atti rimanenti entro il 31 dicembre del 2016 e il rimanente 50% entro il 31 dicembre del 2017. La valutazione è negativa (NO) anche se una sola delle precedenti condizioni non è rispettata.

Parole chiave: Miglioramento del funzionamento dei controlli ufficiali - standard - SI/NO

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

0%	50%	100%
NO		SI

## ASM

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>



## Denominazione: Registrazione d'ufficio delle imprese alimentari

**Razionale:** L'indicatore relativo alla Registrazione imprese alimentari è stato scelto perché le Linee guida per il funzionamento ed il miglioramento delle attività di controllo ufficiale, prevedono l'elaborazione e l'aggiornamento degli elenchi degli operatori del settore dei mangimi e degli alimenti che sono stati registrati, indispensabile per il percorso di riorganizzazione dell'attività di controllo ufficiale previsto dalle normative comunitarie del settore.

**Note per l'elaborazione:** La fonte del dato è la BDR. Il flusso dei dati aggregati per ASP e ASM sarà gestito dal software di gestione delle imprese alimentari ai sensi del Reg. CE 852/04 integrato con il nodo regionale dei servizi veterinari e dei Sian (BDR). Per il calcolo: al **Numeratore** il numero di aziende registrate d'ufficio e al **Denominatore** il numero di aziende censite (Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura /ISTAT).

Il risultato dell'indicatore è:    SI → (≥90%)                      NO → (<90%)

**Parole chiave:** registrazione – fonte – numeratore - denominatore

**Fasce di valutazione aziendale:**

### ASP

0%	50%	100%
NO		SI

### ASM

0%	50%	100%
NO		SI

## **TUTELA DELLA SALUTE**

### **RICERCA**

La ricerca soprattutto per le strutture ospedaliere che hanno ricevuto il riconoscimento in IRCS è elemento essenziale che può determinare lo sviluppo non solo delle conoscenze ma anche delle finalità diagnostico-terapeutiche.

## Denominazione: Valutazione attività del Registro Tumori

**Razionale:** Per essere in grado di programmare i servizi in maniera tempestiva ed efficace è necessario avere la disponibilità per aree geografiche degli indicatori per la stima dei livelli di incidenza e prevalenza delle patologie oncologiche.

**Note per l'elaborazione:** La valutazione è positiva (SI) se sussistono tutte le condizioni di seguito specificate: Aggiornamento, pubblicazione sul sito web aziendale ed invio cartaceo della reportistica al Dipartimento Salute della Regione, entro il 31 dicembre dell'anno oggetto della valutazione di tutti dati epidemiologici del registro tumori regionale fino all'anno che precede di 2 quello in valutazione (per esempio nel valutare l'anno 2015 l'ultimo dato disponibile deve essere almeno il 2012). La valutazione è negativa (NO) anche se una sola delle precedenti condizioni non è rispettata.

**Parole chiave:** Registro Tumori - Pubblicazione - SI/NO

**Fasce di valutazione aziendale:**

### CROB

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>	-	<i>SI</i>

Denominazione: Valutazione attività di ricerca

Razionale: A partire dal 2008, anno del riconoscimento ministeriale in IRCCS per l'Oncologia, il CROB ha conosciuto una costante e progressiva crescita sotto il profilo dell'attività di ricerca e della produttività scientifica.

Note per l'elaborazione: Valore dell'Impact Factor (IF) normalizzato totale per i dipendenti dell'IRCCS

Parole chiave: Impact Factor (IF) ricerca

Fasce di valutazione aziendale:

### **CROB**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>inferiore a 280</i>	<i>da 280 a 380</i>	<i>maggiore di 380</i>

## PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

In questa dimensione sono compresi una serie di indicatori volti a descrivere i risultati di appropriatezza, di efficienza, di capacità di governo della domanda.

### Appropriatezza organizzativa

Il perseguimento della appropriatezza rappresenta un punto chiave nell'erogazione del servizio al fine di garantire da un lato l'accesso a prestazioni di buona qualità e dall'altro di conseguire la sostenibilità economica del sistema.

Tale area è indagata tramite indicatori di appropriatezza organizzativa.

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

Razionale: Tale indicatore è definito come il 75-esimo percentile della distribuzione dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata telefonica alla Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto. Vengono considerati solo i tempi compresi fra 1 e 180 minuti e solo i record con Codice Criticità Presunta Rosso (R) o Giallo (G).

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se il tempo medio di percorrenza è inferiore a 20 minuti. Viceversa la valutazione è negativa (NO). Il risultato dell'indicatore è unico regionale per le due aziende.

Parole chiave: tempo medio di percorrenza - mezzi di soccorso - SI/NO

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
NO	-	SI

### ASM

0%	50%	100%
NO	-	SI

Denominazione: % DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

Razionale: L'indicatore misura la quota di ricoveri ordinari (compresa la One Day Surgery) effettuati nelle discipline di chirurgia cui viene attribuito un DRG medico. Tali ricoveri, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari e al **DENOMINATORE** indicare il numero di dimessi da reparti chirurgici per i ricoveri ordinari. Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillofacciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica. Si considera inclusa la One Day-Surgery. Sono esclusi: i dimessi con intervento principale di litotripsia (codice ICD9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59); i dimessi con diagnosi principale e secondarie per intervento non eseguito (V641, V642, V643); i dimessi con Drg 470 (Drg non attribuibile), 124, 125; le procedure principali 21.31 (con diagnosi 471.0, in tutte le diagnosi), 43.11, 45.43, 51.10, 51.11, 51.85, 51.88, 59.95; i dimessi con tipo DRG né medico né chirurgico. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO.

Parole chiave: dimessi DRG NUMERATORE DENOMINATORE FONTE

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

0%	50%	100%
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 21 a 33</i>	<i>inferiore a 21</i>

**ASM**

0%	50%	100%
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 21 a 33</i>	<i>inferiore a 21</i>

**CROB**

0%	50%	100%
<i>maggiore di 25</i>	<i>da 15 a 25</i>	<i>inferiore a 15</i>

**AOR SAN CARLO**

0%	50%	100%
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 21 a 33</i>	<i>inferiore a 21</i>

## Denominazione: Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery

**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.

**Note per l'elaborazione:** al **NUMERATORE** indicare il numero di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici e al **DENOMINATORE** indicare il numero di ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici. I DRG considerati sono quelli del Patto per la Salute: 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. Si considerano i ricoveri erogati ai soli residenti in regione. Si considera esclusa la One Day-Surgery al numeratore. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO.

**Parole chiave:** Day-Surgery DRG NUMERATORE DENOMINATORE FONTE

**Fasce di valutazione aziendale:**

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 50</i>	<i>da 50 a 67</i>	<i>maggiore di 67</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 50</i>	<i>da 50 a 67</i>	<i>maggiore di 67</i>

### CROB

0%	50%	100%
<i>inferiore a 53</i>	<i>da 53 a 70</i>	<i>maggiore di 70</i>

### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
<i>inferiore a 50</i>	<i>da 50 a 67</i>	<i>maggiore di 67</i>



Denominazione: % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

Razionale: I letti in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno, mentre gli accertamenti diagnostici possono essere eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore, dunque, misura la percentuale di day hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica e al **DENOMINATORE** indicare il numero di ricoveri in DH medico. Si considerano i DRG medici in ricovero di Day Hospital. Nel campo "finalità del Day Hospital" si considera la modalità "diagnostico". Si escludono : -i codici 190.5, V10.84, V16.8, V42.1, 996.83, V42.6, 996.84 da qualsiasi diagnosi -La specialità di dimissione 25 "Medicina del lavoro". La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO.

Parole chiave: **finalità diagnostica Day Hospital NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

#### **ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 23 a 33</i>	<i>inferiore a 23</i>

#### **ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 23 a 33</i>	<i>inferiore a 23</i>

#### **CROB**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 20</i>	<i>da 10 a 20</i>	<i>inferiore a 10</i>

#### **AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 23 a 33</i>	<i>inferiore a 23</i>

## **PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI**

### **APPROPRIATEZZA CLINICA**

Il perseguimento della appropriatezza rappresenta un punto chiave nell'erogazione del servizio al fine di garantire da un lato l'accesso a prestazioni di buona qualità e dall'altro di conseguire la sostenibilità economica del sistema.

Tale area è indagata tramite indicatori di appropriatezza clinica.

Denominazione: 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; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica. 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.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il 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) e al **DENOMINATORE** indicare il numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Per i criteri di inclusione/esclusione dei ricoveri e le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda a quanto specificato nel protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO.

Parole chiave: femore Intervento **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **Fonte**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 45</i>	<i>da 45 a 60</i>	<i>maggiore di 60</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 45</i>	<i>da 45 a 60</i>	<i>maggiore di 60</i>

### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
<i>inferiore a 45</i>	<i>da 45 a 60</i>	<i>maggiore di 60</i>

Denominazione: Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Razionale: 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".

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di parti cesarei e al **DENOMINATORE** indicare il numero totale di parti. L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo. Per i criteri di inclusione/esclusione dei ricoveri e le modalità di calcolo dell'indicatore si rimanda a quanto specificato nel protocollo operativo del Piano Nazionale Esiti. La **FONTE** del dato grezzo è il flusso informativo CEDAP.

Parole chiave: **taglio cesareo primario NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

#### **ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 23 a 33</i>	<i>inferiore a 23</i>

#### **ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 23 a 33</i>	<i>inferiore a 23</i>

#### **AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 33</i>	<i>da 23 a 33</i>	<i>inferiore a 23</i>

Denominazione: Percentuale di utilizzo di interventi di riparazione della valvola mitrale

Razionale: La possibilità di riparare la valvola mitrale garantisce l'integrità dell'apparato sospensore-sottovascolare, con effetti positivi sulla qualità della vita del paziente.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di dimessi con intervento di riparazione della valvola mitrale (codici intervento 35.02, 35.12) e al **DENOMINATORE** indicare il numero di dimessi con intervento alla valvola mitrale (codici intervento 35.02, 35.12, 35.23, 35.24). Si considerano i ricoveri ordinari. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO.

Parole chiave: **valvola mitrale riparazione NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

**AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>inferiore a 50</i>	<i>da 50 a 60</i>	<i>maggiore di 60</i>

Denominazione: % parti indotti

Razionale: L'indicatore misura il grado di utilizzo delle tecniche di induzione farmacologica durante il parto. Negli ultimi decenni il ricorso all'induzione farmacologica del parto è andata aumentando. Tale pratica, comunemente utilizzata per accelerare il travaglio, dovrebbe essere riservata solo a quelle situazioni in cui vi sono specifiche indicazioni mediche. Secondo le indicazioni dell'OMS non è giustificata una percentuale di travagli indotti più alta del 10%.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di parti vaginali con induzione farmacologica (modalità iniziale del travaglio: indotta) e al **DENOMINATORE** indicare il numero di parti vaginali (modalità iniziale del travaglio: spontanea + indotta). Si escludono dal conteggio i parti dove la modalità del travaglio corrisponde a "non avvenuto", in cui il parto viene riconvertito in cesareo. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo CEDAP.

Parole chiave: **parti induzione farmacologica NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

#### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
<i>maggiore di 18</i>	<i>da 13 a 18</i>	<i>inferiore a 13</i>

## **PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI**

### **EFFICACIA ASSISTENZIALE TERRITORIALE**

Tale area è indagata tramite indicatori di efficacia di assistenza territoriale. In particolare le attività di assistenza territoriale sono valutate tramite il livello di integrazione ospedale – territorio.

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

Razionale: La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando in relazione all'aumento dei soggetti anziani ed al miglioramento dei risultati di sopravvivenza per le malattie cardiovascolari. Il numero di ricoveri potenzialmente prevenibili potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza territoriale nel gestire il paziente con scompenso cardiaco e nel tutelare dall'insorgenza di complicazioni. Il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 ed i 74 anni, sono spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di ricoveri per scompenso cardiocircolatorio 50-74 anni relativi ai residenti (si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione -codici 28, 56, 60, 75-) e al **DENOMINATORE** indicare la popolazione 50-74 anni residente. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO e ISTAT.

Parole chiave: scompenso ospedalizzazione **NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
<i>maggiore di 250</i>	<i>da 180 a 250</i>	<i>inferiore a 180</i>

#### ASM

0%	50%	100%
<i>maggiore di 250</i>	<i>da 180 a 250</i>	<i>inferiore a 180</i>



Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (20-74 anni)

Razionale: Il diabete è una patologia cronica che 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 che integri attività di prevenzione, diagnosi e cura e che tenga sotto controllo i fattori di rischio che possono portare ad un peggioramento dello stato di salute del paziente, è auspicabile per prevenire fasi acute della malattia che richiederebbero il supporto di cure ospedaliere (Rapporto Osservasalute 2012). Per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile proxy, il tasso di ricovero per diabete.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di ricoveri per diabete 20-74 anni relativi ai residenti (si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Sono esclusi: i DRG 113 e 114; i dimessi con MDC 14 (Gravidanza, parto e puerperio) e 15 (Malattie periodo neonatale); i codici di procedura 36 e 39.5; i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione -codici 28, 56, 60, 75-) e al **DENOMINATORE** indicare la popolazione 20-74 anni residente. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO e ISTAT.

Parole chiave: diabete ospedalizzazione **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **Fonte**

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
<i>maggiore di 30</i>	<i>da 20 a 30</i>	<i>inferiore a 20</i>

#### ASM

0%	50%	100%
<i>maggiore di 30</i>	<i>da 20 a 30</i>	<i>inferiore a 20</i>

Denominazione: Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Razionale: Per le broncopneumopatie cronico - ostruttive, come per molte malattie cronico - degenerative, non avendo a disposizione farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo e l'individuazione dei fattori di rischio. Altrettanto importante è l'aspetto educativo, che deve essere considerato parte integrante dell'intervento terapeutico; è possibile, infatti, ridurre complicanze e riacutizzazioni mediante interventi di prevenzione e 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: al **NUMERATORE** indicare il numero di ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti (si considerano i ricoveri ordinari dei residenti in regione, extra regione inclusi. Sono esclusi i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti e neuroriabilitazione -codici 28, 56, 60, 75-) e al **DENOMINATORE** indicare la popolazione 50-74 anni residente. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo SDO e ISTAT.

Parole chiave: **BPCO ospedalizzazione NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
<i>maggiore di 60</i>	<i>da 40 a 60</i>	<i>inferiore a 40</i>

#### ASM

0%	50%	100%
<i>maggiore di 60</i>	<i>da 40 a 60</i>	<i>inferiore a 40</i>

Denominazione: % di anziani in CD

**Razionale:** L'assistenza domiciliare è un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità. E' un complesso di cure mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali integrate fra loro, erogate al domicilio del paziente.

**Note per l'elaborazione:** al **NUMERATORE** indicare il numero di anziani  $\geq 65$  anni trattati in ADI (ovvero, il cui caso sia stato valutato dall'unità di valutazione aziendale e/o per il quale sia presente una scheda di valutazione) nel corso dell'annualità e al **DENOMINATORE** N. di anziani  $\geq 65$  residenti al 31 dicembre. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo Assistenza domiciliare SIAD.

**Parole chiave:** ADI **NUMERATORE** **DENOMINATORE** **Fonte**

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>inferiore a 3</i>	<i>da 3 a 7</i>	<i>maggiore di 7</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>inferiore a 3</i>	<i>da 3 a 7</i>	<i>maggiore di 7</i>

Denominazione: % di abbandono di pazienti in terapia con statine

Razionale: La terapia con statine risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di statine in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci. Le statine sono tra i farmaci che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di utenti che consumano 1 o 2 confezioni di statine all'anno e al **DENOMINATORE** indicare il numero di utenti che consumano di statine. Le statine appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) C10AA. E' escluso il consumo privato. La **FONTI** del dato grezzo è il flusso informativo farmaceutico.

Parole chiave: statine pazienti **NUMERATORE DENOMINATORE FONTI**

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 15</i>	<i>da 8 a 15</i>	<i>inferiore a 8</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>maggiore di 15</i>	<i>da 8 a 15</i>	<i>inferiore a 8</i>

Denominazione: % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

Razionale: La terapia con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è compliance da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno e al **DENOMINATORE** indicare il numero di utenti che consumano di antidepressivi. Gli antidepressivi appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) N06AA, N06AB e N06AX. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo farmaceutico.

Parole chiave: antidepressivi pazienti **NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
<i>maggiore di 31</i>	<i>da 27 a 31</i>	<i>inferiore a 27</i>

#### ASM

0%	50%	100%
<i>maggiore di 31</i>	<i>da 27 a 31</i>	<i>inferiore a 27</i>

## Denominazione: Consumo di antibiotici

Razionale: L'Italia è il quinto paese europeo per incidenza della spesa pubblica e privata per farmaci antimicrobici. L'eccessivo utilizzo di questi farmaci è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

Note per l'elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il numero di DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000 e al **DENOMINATORE** indicare il numero di residenti x 365. I farmaci antibiotici appartengono alla classe ATC (classificazione anatomico-terapeutica) J01. La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo farmaceutico.

Parole chiave: **antibiotici consumo NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

Fasce di valutazione aziendale:

### ASP

0%	50%	100%
<i>maggiore di 24</i>	<i>da 20 a 24</i>	<i>inferiore a 20</i>

### ASM

0%	50%	100%
<i>maggiore di 24</i>	<i>da 20 a 24</i>	<i>inferiore a 20</i>

## **GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

La dimensione economico -finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse sia livello complessivo che a livello specifico.

### **Controllo spesa farmaceutica**

Il controllo della spesa farmaceutica e il relativo tetto, livello ospedaliero e territoriale, è stabilito da normative nazionali e regionali in quota percentuale sul fondo sanitario attribuito alla Regione ed è oggetto di monitoraggio LEA.

Denominazione: Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica ospedaliera

Razionale: il D.L. 95/2012 stabilisce che a partire dall'anno 2013 il tetto per la spesa farmaceutica ospedaliera (a livello nazionale ed in ogni regione) non possa superare il 3,5 per cento del Fondo Sanitario Nazionale e regionale (Fabbisogno). È necessario, pertanto che tale parametro venga rispettato.

Note per l'elaborazione: Si fa riferimento alle modalità di calcolo previste nella scheda AIFA. Segue tabella di riferimento nazionale:

<b>OSPEDALIERA</b>	
N	Spesa farmaceutica delle strutture sanitarie pubbliche per medicinali con AIC al netto dei vaccini
O	Spesa per medicinale di fascia C e Cbis
P.1	Pay back 5% non convenzionata di fascia H
P.2	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia H
P.3	Pay-back per rimborsabilità condizionata (payment-by-results, ect.)
Q=N-C-O-P.1-P.2-P.3- Spesa Ospedaliera	Q=N- C(Spesa Distribuzione Diretta fascia A –vedi tab.territoriale) -P.1-P.2-P.3 spesa Ospedaliera
R	Fabbisogno anno corrente ex FSN
S	Tetto 3.5%
T	Spesa per preparazioni magistrali e officinali, spesa per medicinali esteri
U	Spesa per plasma derivati per produzione regionale
V	Ripiano a carico delle aziende farmaceutiche
W	Totale spesa farmaceutica regionale Q+O+T+U-V

Il risultato dell'indicatore è: SI → ( $\leq 3.5\%$ ) NO → ( $> 3.5\%$ )

Parole chiave: tetto spesa farmaceutica ospedaliera

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
NO		SI



### ASM

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

### AOR SAN CARLO

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

### CROB

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**Denominazione:** Rispetto del tetto massimo di spesa farmaceutica territoriale

**Razionale:** il D.L. 95/2012 stabilisce che a partire dall'anno 2013 il tetto per la spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale ed in ogni regione) non possa superare l'11,35 per cento del Fondo Sanitario Nazionale e regionale (Fabbisogno). E' necessario, pertanto che tale parametro venga rispettato nelle due Aziende sanitarie

**Note per l'elaborazione:** Si fa riferimento alle modalità di calcolo previste nella scheda AIFA variata. Segue tabella di riferimento nazionale:

A	Spesa Convenzionata Netta
B.1	Pay back 5% convenzionata e non convenzionata di fascia A
B.2	Pay-back 1,83% su farmaci di fascia A erogati in regime convenzionale
B.3	Pay-back per ripiano dello sfondamento di tetti di prodotto di fascia A
C	Spesa Distribuzione Diretta fascia A
D	totale compartecipazione a carico del cittadino( fonte Agenas)
D.1=D-D.2	di cui ticket fisso per ricetta
D.2	di cui eventuale quota eccedente il prezzo di riferimento
<b>E=A-B.1-B.2-B.3+C+D.1 Totale spesa Territoriale</b>	
F	Fabbisogno anno di riferimento "ex FSN
$G=F \times 11,35\%$	Tetto anno di riferimento "ex FSN
$H=E-G$	Scostamento assoluto della spesa farmaceutica territoriale
$I=D.1/H$	Incidenza % del ticket fisso per ricetta sullo scostamento(solo se > a 0)
L	ripianto a carico delle aziende farmaceutiche ( fonte AIFA)
$M=E-L$	<b>totale spesa farmaceutica territoriale</b>

Il risultato dell'indicatore è:                      SI → ( $\leq 11.35\%$ )                      NO → ( $> 11.35\%$ )

**Parole chiave:** tetto spesa farmaceutica territoriale

Fasce di valutazione aziendale:

ASP		
0% NO	50%	100% SI
ASM		
0% NO	50%	100% SI

Denominazione: % utilizzo farmaci biosimilari

Razionale: Con il termine “biosimilare” viene indicato un medicinale simile a un prodotto biologico di riferimento già autorizzato nell’Unione Europea e per il quale sia scaduta la copertura brevettuale e commercializzati a prezzi inferiori rispetto ai prodotti originatori. La disponibilità dei prodotti biosimilari rappresenta un fattore importante per il mantenimento della sostenibilità economica dei servizi sanitari nel prossimo futuro. In particolare, il concetto di “medicinale biologico simile” è stato introdotto nella legislazione dell’Unione Europea dalla direttiva 2001/83/CE e successive modificazioni, 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. I farmaci biologici rappresentano una risorsa terapeutica essenziale per il trattamento di una varietà di malattie gravi e debilitanti per molte delle quali non erano in passato disponibili opzioni terapeutiche efficaci. I medicinali biosimilari possono svolgere un ruolo nodale offrendo l’opportunità di garantire l’accesso ai farmaci biologici per tutti i pazienti che ne necessitano e contribuendo, nel contempo, alla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari, infatti, i risparmi generati dall’utilizzo dei biosimilari possono contribuire al finanziamento di nuovi farmaci, anche biotecnologici, rendendo sempre più accessibile l’innovazione terapeutica.

Note per l’elaborazione: al **NUMERATORE** indicare il totale DDD dei farmaci biosimilari a base di Eritropoietina e Filgrastim erogati nell’anno e al **DENOMINATORE** indicare il totale DDD di tutti i farmaci erogati con i principi attivi Eritropoietina e Filgrastim (originator e biosimilari). La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo farmaceutico

Parole chiave: Prodotto biosimilare biologico

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
<i>inferiore a 25</i>	<i>da 25 a 40</i>	<i>maggiore di 40</i>

#### ASM

0%	50%	100%
<i>inferiore a 25</i>	<i>da 25 a 40</i>	<i>maggiore di 40</i>

#### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
<i>inferiore a 25</i>	<i>da 25 a 40</i>	<i>maggiore di 40</i>

## CROB

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>inferiore a 25</i>	<i>da 25 a 40</i>	<i>maggiore di 40</i>

## **GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA**

### **RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICO E FINANZIARIE**

La dimensione economico -finanziaria e di efficienza operativa ha lo scopo di valutare come sono utilizzate le risorse sia livello complessivo attraverso l'analisi del bilancio che a livello specifico. In tale ambito si è inteso ricomprendere anche la verifica degli impegni nell'ambito degli investimenti ex art. 20 - assunti in sede di sottoscrizione di APQ.

## Denominazione: Investimenti ex art. 20 ed FSC

Razionale: Verifica degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ

Note per l'elaborazione: L'obiettivo si intende raggiunto se l'Azienda, nel rispetto degli impegni assunti in sede di sottoscrizione dell'APQ o di assegnazione delle risorse statali per investimenti, rispetta le scadenze in materia di aggiudicazione. L'obiettivo si intende non raggiunto se la Regione subisce delle decurtazioni rispetto alle somme assegnate. La verifica sarà inoltre effettuata sulla base dei «warning» risultanti nel corso dell'anno nella procedura SGP. L'Obiettivo si intende raggiunto se i «warning» rilevati in sede monitoraggio bimestrale sono stati risolti entro il bimestre successivo.

Parole chiave: Potenziamento Infrastrutturale e tecnologico

Fasce di valutazione aziendale: Sono previste tre fasce di valutazione :

**SI:** L'azienda ha rispetto gli impegni assunti e non si sono verificate decurtazioni sul finanziamento statale. L'azienda ha risolto i «warning» entro il bimestre

**Parziale:** L'azienda ha rispetto gli impegni assunti e non si sono verificate decurtazioni sul finanziamento statale. L'azienda non ha risolto i «warning» entro il bimestre

**NO:** L'azienda non ha rispetto gli impegni assunti e si sono verificate decurtazioni sul finanziamento statale. L'azienda non ha risolto i «warning» entro il bimestre

ASP			
0%	50%		100%
NO	Parziale	SI	
ASM			
0%	50%		100%
NO	Parziale	SI	
AOR			
0%	50%		100%
NO	Parziale	SI	
CROB			
0%	50%		100%
NO	Parziale	SI	

Denominazione: Tempestività nei pagamenti del SSR

Razionale: Rispetto della normativa prevista in materia di tempi di pagamento da parte degli Enti del SSR ai fornitori di cui al D.lgs. 192/12

Note per l'elaborazione: Ai fini della verifica è utilizzato l'indicatore di cui al DPCM 22.09.14 pubblicato sul sito aziendale relativo all'intero anno di riferimento

Parole chiave: Tempestività nei pagamenti

Fasce di valutazione aziendale: Sono previste due fasce di valutazione per il CROB e tre fasce di valutazione per le altre aziende:

- A. Valore dell'indicatore minore o uguale a zero: Obiettivo pienamente raggiunto
- B. Valore dell'indicatore compreso tra zero e 10: Obiettivo parzialmente raggiunto
- C. Valore dell'indicatore superiore o uguale a 10: Obiettivo non raggiunto

#### ASP

0%	50%	100%
C	B	A
(Indicatore > 10)	(0 < Indicatore < 10)	(Indicatore <= 0)

#### ASM

0%	50%	100%
C	B	A
(Indicatore > 10)	(0 < Indicatore < 10)	(Indicatore <= 0)

#### AOR

0%	50%	100%
C	B	A
(Indicatore > 10)	(0 < Indicatore < 10)	(Indicatore <= 0)

#### CROB

0%	50%	100%
C	B	A
(Indicatore > 0)		(Indicatore <= 0)



## **CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

Le Aziende Sanitarie rispondono della loro capacità di essere strutture efficienti ed efficaci, non solo come entità autonome ma come soggetto costituenti il sistema sanitario regionale. In tal senso è importante che siano attente, capaci di implementare gli orientamenti strategici regionali nei tempi e nei modi richiesti.

### **Utilizzo dei flussi informativi**

L'ottemperanza al debito informativo in termini quali quantitativo è impegno cogente definito da normative nazionali e regionali ed è oggetto di valutazione in ambito di monitoraggio LEA .

Denominazione: Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (A)

Razionale: L'indicatore misura l'obiettivo indispensabile che garantisce una qualità informativa necessaria e obbligatoria al fine di rispettare disposizioni e normative a livello regionale e nazionale.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda, per ogni flusso di propria competenza, ha trasmesso quanto richiesto dal debito informativo secondo le modalità specificate nella tabella che segue:

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
Assistenza Domiciliare Integrata - DM 17/12/2008 (A.D.I.)	WEB	mensile (entro 20 mese successivo)
Assistenza Sanitaria Internazionale (ASPE)	WEB	semestrale (1° semestre entro il 31/5 dell'anno successivo, 2° semestre entro il 30/11 dell'anno successivo)
Assistenza Sanitaria Internazionale (TECAS: Trasferimenti all'estero per cure ad altissima specializzazione)	WEB	semestrale (entro il mese successivo al semestre)
Certificati Assistenza Parto (CEDAP)	WEB	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Flussi di struttura (FLS 11, FLS 12, STS 11, STS 14, RIA 11, HSP 11, HSP 11bis, HSP 12, HSP 13, HSP 14, HSP 16)	WEB	annuale (30 aprile dell'anno di riferimento)
Flussi di attività (FLS 18, FLS 21, STS 21, STS 24, RIA 11)	WEB	annuale (31 gennaio dell'anno successivo)
Flussi relativi ad attività di ricovero (HSP 22bis, HSP 23, HSP 24)	WEB	trimestrale (entro il mese successivo al trimestre)
Emergenza - Urgenza DM 17/12/2008 (118)	E-mail	mensile (entro 20 mese successivo)
Emergenza - Urgenza DM 17/12/2008 (DEA - P.Soccorso)	Supporto magnetico E-mail	mensile (entro 20 mese successivo)
Farmaceutica (Diretta o per Conto)	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)
Farmaceutica (Ospedaliera)	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)
Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio

Flussi economici: conto economico (mod. CE)	WEB	trimestrale (entro il 30 del mese successivo)
Flussi economici: stato patrimoniale (mod. SP)	WEB	annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)
Flussi economici: costi dei presidi (mod. CP)	WEB	annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)
Flussi economici: costi per livello di assistenza (mod. LA)	WEB	annuale (entro il 31 maggio dell'anno successivo)
Monitoraggio Dispositivi (DM 11/06/2010)	Consumi Medici Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES - eventi sentinella)	WEB	scheda A al verificarsi, scheda B entro 45 giorni (validazione Regione)
Monitoraggio errori in sanità DM 11/12/2009 (SIMES - denuncia sinistri)	WEB	annuale entro il 31/01 anno successivo (validazione regione)
Monitoraggio Tempi di Attesa (PNCTA)	Mail	semestrale (entro 15 mese successivo)
Residenziali/semiresidenziali (FAR) DM 17/12/2008	WEB	mensile (entro 20 mese successivo)
Monitoraggio Rete di Assistenza (MRA)	WEB	Riconversione dei dati: entro il 31/10/11 70%, entro il 31/12/11 100%. Successivamente: aggiornamento continuo
Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) - DM 15/10/2010	Supporto magnetico E-mail	annuale entro il 31/05 anno successivo (Personale) semestrale entro 60 gg successivi (Attività)
Schede dimissione ospedaliera (SDO)	WEB	mensile (entro 15 mese successivo)
ANAGRAFE OVICAPRINA - livello minimo dei controlli in aziende ovicaprine	WEB	(entro 30 mese successivo)
ANAGRAFE BOVINA - livello minimo dei controlli aziende bovine	WEB	annuale
OGM - Piano Nazionale di controllo ufficiale sulla presenza degli organismi geneticamente modificati negli alimenti - anni 2009-2011	WEB	semestre 31/7 e annuale 31/01
AUDIT SU STABILIMENTI - controlli ufficiali sugli stabilimenti di produzione degli alimenti di origine animale	cartaceo	annuale (31 gennaio dell'anno)

PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006	WEB	completo al 31/12
RASSF - sistema rapido di allerta sulla sicurezza degli alimenti	e-mail	risposta entro 7 giorni
FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23 DICEMBRE 1992 - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	e-mail	annuale 31/3

Parole chiave: **Flussi tempestività completezza**

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
NO		SI

#### ASM

0%	50%	100%
NO		SI

#### CROB

0%	50%	100%
NO		SI

#### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
NO		SI

Denominazione: Flussi inviati in maniera tempestiva e completa (B)

Razionale: L'indicatore misura l'obiettivo indispensabile che garantisce una qualità informativa necessaria e obbligatoria al fine di rispettare disposizioni e normative a livello regionale e nazionale.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se ogni azienda, per ogni flusso di propria competenza, ha trasmesso quanto richiesto dal debito informativo secondo le modalità specificate nella tabella che segue:

Flusso	Modalità Trasmissione	Tempistica Invio
Disturbi (SDCDA)      comportamento alimentare	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Emergenza (Trasporti)      -      Urgenza	Supporto magnetico	trimestrale (entro 20 mese successivo)
Farmaceutica (Territoriale)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 45 gg successivi)
Farmaceutica (Mobilità Sanitaria - File F)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Medicina (Ass. Medica Base)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Prestazioni ambulatoriali pubbliche (CUP)	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Prestazioni ambulatoriali private (CEA)	WEB	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Residenziali/semiresidenziali (ex. Art 26 - AIAS)	FTP	trimestrale (entro 30 mese successivo)
Residui manicomiali (MANIC)	mail	annuale
Ruoli Professionali	Supporto magnetico	semestrale (entro 30 mese successivo)
PASSI	Supporto magnetico	trimestrale (entro 30 mese successivo)

Parole chiave: **Flussi tempestività completezza**

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**CROB**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

## **CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **REVISIONE CONTABILE**

La Revisione di Bilancio costituisce un elemento qualificante del Percorso Attuativo di Certificabilità della Regione Basilicata (DGR 677/13).

Denominazione: Revisione Contabile

Razionale: Il mantenimento delle condizioni di certificabilità dei bilanci costituisce elemento strategico per la verifica dell'equilibrio contabile e dei sistemi di controllo aziendali

Note per l'elaborazione: L'obiettivo si intende raggiunto se l'opinione sul Bilancio di esercizio, da parte della società di Revisione individuata dalla Regione, è positiva senza limitazioni.

Parole chiave: Certificazione di Bilancio

Fasce di valutazione aziendale: Sono previste solo due fasce di valutazione

- **NO:** Opinion negativa o con Limitazione
- **SI:** Opinion positiva senza limitazioni

ASP		
0%	50%	100%
NO Opinion Negativa o con limitazione		SI Opinion Positiva
ASM		
0%	50%	100%
NO Opinion Negativa o con limitazione		SI Opinion Positiva
AOR		
0%	50%	100%
NO Opinion Negativa o con limitazione		SI Opinion Positiva
CROB		
00%	50%	100%
NO Opinion Negativa o con limitazione		SI Opinion Positiva



Denominazione: Armonizzazione contabile

Razionale: Rispetto della normativa prevista in materia di approvazione dei Bilanci

Note per l'elaborazione: Ai fini di assicurare il rispetto dei tempi previsti dal Dlgs 118/11 in materia di adozione ed approvazione del Bilancio d'esercizio si fa riferimento alla data di consegna della Delibera di adozione del Bilancio d'esercizio. Il Bilancio dovrà essere corredato dal parere del Collegio Sindacale e dovrà pervenire al Dipartimento entro il 30 aprile di ciascun anno

Parole chiave: Bilancio d'esercizio 2016

Fasce di valutazione aziendale: Sono previste due fasce di valutazione:

- **SI:** L'azienda ha consegnato il Bilancio d'esercizio corredato del parere del Collegio Sindacale entro il 30 aprile
- **NO:** L'azienda non ha consegnato il Bilancio d'esercizio corredato del parere del collegio sindacale entro il 30 aprile

ASP		
0% NO	50%	100% SI
ASM		
0% NO	50%	100% SI
AOR		
0% NO	50%	100% SI
CROB		
0% NO	50%	100% SI

## **CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **CONTROLLO CARTELLE CLINICHE**

L'attività di controllo sulle cartelle cliniche è definito da normative nazionali e regionali ed è ricompreso tra i parametri di valutazione del Tavolo LEA.

## Denominazione: Valutazione appropriatezza 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 inappropriatezza, rappresentando che tali controlli analitici debbano riguardare almeno il 2,5% delle cartelle prodotte su base regionale.

**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.

**Parole chiave:** appropriatezza cartelle cliniche

**Fasce di valutazione aziendale:**

<b>ASP</b>		
0% NO	50%	100% SI
<b>ASM</b>		
0% NO	50%	100% SI
<b>AOR SAN CARLO</b>		
0% NO	50%	100% SI
<b>CROB</b>		
0% NO	50%	100% SI

## **CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE**

In considerazione che la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari si è inteso che le aziende diano piena implementazione alle specifiche disposizioni regionali.

Denominazione: Piano aziendale di 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.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'azienda ha trasmesso al Dipartimento politiche della persona il piano aziendale di prevenzione del rischio clinico entro il 30 giugno di ogni anno.

Parole chiave: sicurezza del paziente

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**CROB**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

Denominazione: Relazione annuale sullo stato di attuazione del piano aziendale

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 la relazione sullo stato di attuazione del piano di prevenzione del rischio clinico al Dipartimento politiche della persona.

Parole chiave: sicurezza del paziente

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**CROB**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

## **CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **AUTORIZZAZIONE STRUTTURE**

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.

## Denominazione: Autorizzazione e/o 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 è la prima struttura pubblica che ha 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 2016.
- Per l'**Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo** l' esito positivo (Sì) è rappresentato:
  1. dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per la struttura (Padiglione E) 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 2016.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00
AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE SAN CARLO	VIA POTITO PETRONE	POTENZA	PZ	Padiglione E - U.O.: - Oncologia Medica - Day Hospital - Oncologico - Hospice - Malattie Infettive - Pneumologia e Reumatologia	DGR 539 del 24/04/2015

2. dal completamento del processo di autorizzazione definitiva, avviato con istanze prodotte entro il 31 dicembre 2015, per tutte le strutture di seguito riportate, mediante l'invio alla Regione entro il 31 dicembre 2016 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
-----------	-----------	--------	-------	-----------	-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------



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
				U.O. MEDICINA DI URGENZA	DGR 688 del 14/05/2007	Nota prot. n. 201543773 del 30/12/2015
				U.O. STROKE UNIT	DGR 1023 del 12/07/2011	Nota prot. n. 20150043775 del 30/12/2015

➤ Per l'Azienda **Sanitaria Locale Potenza –ASP** l'esito positivo (SI) è rappresentato:

- dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per tutte 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 2016.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00
Presidio Ospedaliero	CHIAROMONTE	CHIAROMONTE	PZ	Presidio Ospedaliero	DGR 589 del 29/04/2011
Centro "M.Gala-Don Gnocchi" (gestione trasferita dal S.Carlo all'ASP con L.R. 1/2007 - art. 15)	CONTRADA GALA	ACERENZA	PZ	RIABILITAZIONE	DGR 1884 del 12/09/2005
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	U.O. DI CARDIOLOGIA- UTIC	DGR 1949 del 22/12/2011
Punto prelievi	CORSO V. EMANUELE,5	VIETRI DI POTENZA	PZ	PUNTO PRELIEVI	DGR 1362 del 16/10/2012
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	OCULISTICA	DGR 1999 del 30/12/2011
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	U.O. DI PEDIATRIA	DGR 1951 del 22/12/2011

- dal completamento del processo di autorizzazione definitiva per tutte le strutture di seguito riportate, mediante l'invio alla Regione entro il 31 dicembre 2016 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
Presidio Ospedaliero	CHIAROMONTE	CHIAROMONTE	PZ	R.S.A.	DGR 398 del 21/03/2006	Nota prot. n. 158237 del 21/12/2015
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 MEDICINA TERRITORIALE	DGR 588 del 29/04/2011	Nota prot. n. 158228 del 21/12/2015
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
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
Presidio Ospedaliero	VIA FOGGIA, 86	MELFI	PZ	OTORINOLARINGOI ATRIA e ORTOPIEDIA	DGR 1999 del 30/12/2011	Nota prot. n. 158233 del 21/12/2015
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, POLIAMBULATORIO	DGR 102 del 05/02/2013	Nota prot. n. 143787 del 13/11/2015
Presidio Ospedaliero	VIA APPIA, 68	VENOSA	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 102 del 05/02/2013	Nota prot. n. 143782 del 13/11/2015
Presidio Ospedaliero	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	PZ	REPARTO CARDIOLOGIA - UTIC	DGR 99 del 30/01/2014	Nota prot. n. 145541 del 18/11/2015
Presidio Ospedaliero	VILLA D'AGRI	MARSICOVETERE	PZ	LABORATORIO ANALISI	DGR 99 del 30/01/2014	Nota prot. n. 145542 del 18/11/2015
Poliambulatorio	VIA LEONARDO DA VINCI	S.ARCANGELO	PZ	POLIAMBULATORIO	DGR 1131 del 24/09/2013	Nota prot. n. 155953 del 15/11/2015

➤ Per l' Azienda Sanitaria Locale Matera –ASM l' esito positivo (Sì) è rappresentato:

1. dall'invio alla Regione della domanda di autorizzazione definitiva per tutte 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 2016.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROV.	ATTIVITA'	autorizzazione e accreditamento provvisori art. 16 - comma 14 - LR 28/00
Ospedale "Madonna delle Grazie"	CONTRADA CHIANCALATA	MATERA	MT	PRESIDIO OSPEDALIERO	DGR 1625 del 05/07/2004
Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie"	PIAZZA FIRENZE	MATERA	MT	PUNTO PRELIEVI	DGR 1996 del 03/09/2004

U.O. Ostetricia e Ginecologia	CONTRADA CHIANCALATA	MATERA	MT	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA di I° Liv.	DGR 2007 del 22/12/2006
Presidio Ospedaliero	VIALE DEL POPOLO, 134	TRICARICO	MT	RIABILITAZIONE e R.S.A.	DGR 801 del 05/05/2009
Presidio Ospedaliero	VIA SALERNO	POLICORO	MT	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - R.M.N.	DGR 365 del 27/03/2012

Parole chiave: Autorizzazione, Accreditamento , Invio documentazione alla Regione

Fasce di valutazione aziendale:

#### ASP

0%	50%	100%
NO		SI

#### ASM

0%	50%	100%
NO		SI

#### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
NO		SI

#### CROB

0%	50%	100%
NO		SI

## **CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI**

### **VALUTAZIONE STRATEGIE PER IL CONTROLLO DEL DOLORE**

L'inserimento di tale obiettivo è stato previsto nell'ambito delle azioni volte a favorire in ambito regionale le giuste strategie di controllo del dolore.

## Denominazione: Consumo 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. Nonostante il consumo di morfina e più in generale di oppioidi sia considerato un indicatore di qualità del controllo del dolore, alcuni studi europei, ed anche i dati dell'Osservatorio Italiano (OsMed) degli ultimi anni, mostrano che in molti Paesi, tra cui l'Italia, il loro utilizzo sebbene aumentato, è ancora inadeguato rispetto alle reali esigenze terapeutiche dei pazienti

**Note per l'elaborazione:** al **NUMERATORE** indicare DDD farmaci oppioidi maggiori, erogate nell'anno (x 1.000) e al **DENOMINATORE** N. residenti x 365. 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), Oxycodone-associazioni (N02AA55) e Idromorfone (ATC N02AA03). 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 l'ASP e l'ASM si considera la popolazione residente nel territorio di competenza, mentre per l'AO San Carlo e il CROB la popolazione di riferimento è quella residente in regione La **Fonte** del dato grezzo è il flusso informativo farmaceutico.

**Parole chiave:** Terapia del dolore **NUMERATORE DENOMINATORE FONTE**

**Fasce di valutazione aziendale:**

<b>ASP</b>		
0% <i>inferiore a 1,2</i>	50% <i>da 1,2 a 2</i>	100% <i>maggiore di 2</i>
<b>ASM</b>		
0% <i>inferiore a 1,2</i>	50% <i>da 1,2 a 2</i>	100% <i>maggiore di 2</i>
<b>AOR SAN CARLO</b>		
0% <i>inferiore a 1,2</i>	50% <i>da 1,2 a 2</i>	100% <i>maggiore di 2</i>
<b>CROB</b>		
0% <i>inferiore a 1,2</i>	50% <i>da 1,2 a 2</i>	100% <i>maggiore di 2</i>

## **OBIETTIVI DI EMPOWERMENT**

### **SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**

Gli obiettivi di empowerment si inquadrano nel processo di crescita sia dell'individuo che del gruppo accrescendo le competenze necessarie affinché i cittadini, i pazienti e i professionisti siano attivamente coinvolti come singoli, organizzazioni, comunità nella discussione che riguarda la propria salute.

Denominazione: Produzione relazione sulla customer satisfaction

Razionale: Con il termine Customer Satisfaction si intende, generalmente, l'indagine volta alla conoscenza del grado di soddisfazione del cliente e delle sue aspettative finalizzata al sempre maggior gradimento del prodotto; in sanità, è l'indagine rivolta alla conoscenza del grado di soddisfazione dei cittadini rispetto alle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie, finalizzata al continuo miglioramento dei servizi offerti.

Note per l'elaborazione: La valutazione è positiva (SI) se l'azienda ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo la relazione sulla customer satisfaction al Dipartimento politiche della persona.

Parole chiave: customer satisfaction

Fasce di valutazione aziendale:

**ASP**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**ASM**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**AOR SAN CARLO**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

**CROB**

<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>100%</i>
<i>NO</i>		<i>SI</i>

## Denominazione: Produzione bilancio sociale

**Razionale:** Il bilancio sociale rappresenta il mezzo principale per rendere conto ai vari interlocutori del grado di soddisfacimento delle aspettative che essi hanno nei confronti delle organizzazioni, diventando uno strumento di confronto con gli stakeholder sia nella individuazione dei problemi che nella formulazione delle proposte di miglioramento. Il PSR 2012/2015 stabilisce che lo schema tipo da utilizzarsi nella redazione del documento è quello contenuto nella Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale delle amministrazioni pubbliche del 17 febbraio 2006 e nelle linee guida allegate che costituiscono lo standard di riferimento per il settore pubblico.

**Note per l'elaborazione:** La valutazione è positiva (SI) se l'azienda ha trasmesso entro il 28 febbraio dell'anno successivo il bilancio sociale al Dipartimento politiche della persona.

**Parole chiave:** bilancio sociale

**Fasce di valutazione aziendale:**

### ASP

0%	50%	100%
NO		SI

### ASM

0%	50%	100%
NO		SI

### AOR SAN CARLO

0%	50%	100%
NO		SI

### CROB

0%	50%	100%
NO		SI



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

IL SEGRETARIO

*Nolua*

IL PRESIDENTE

*[Signature]*

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 13.06.2016  
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ☐

L'IMPIEGATO ADDETTO

*[Signature]*