

Proposta Numero: **DEL-2721-2021**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **2417**

DATA: **25/11/2021**

OGGETTO: **Piano della Performance 2021/2023 – Modifica allegato 1**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Controllo di Gestione

Estensore:

Istruttore: Mina Specchia

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: MINA SPECCHIA

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.: ANTONIO CONOCI

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-2721-2021**

DATA: **15/11/2021**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

890A21C28C04579F9FCA128739F2EE19C181CAA196

76C5F5DBAC456E234D9175

**ALLEGATO 1 - PIANO DELLA
PERFORMANCE 2021/2023**

**735697B27C3C25B26B5B929FDDB4E90323518E615F
548976E1814427A35993C4**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Proposta Numero: **DEL-2721-2021**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: Piano della Performance 2021/2023 – Modifica allegato 1

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

PREMESSO CHE:

- il Consiglio dei Ministri, con delibera n. 27 del 31/01/2020, ha dichiarato per 6 mesi lo stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da coronavirus a seguito dell'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale, dichiarato dall'OMS;
- tale stato di emergenza è stato di volta in volta prorogato con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020, del 7 ottobre 2020, del 13 gennaio 2021 e del 21 aprile 2021 e con il Decreto Legge n. 105 del 23/7/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 126 del 16/09/2021;
- ad oggi, lo stato di emergenza è prorogato fino al 31 dicembre 2021, in considerazione del perdurare del rischio sanitario connesso al protrarsi della diffusione degli agenti virali da COVID-19;

VISTO l'art. 10 del D. Lgs. 150/2009, il quale prevede che le amministrazioni pubbliche redigono annualmente un documento programmatico triennale, denominato Piano della Performance, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

CONSIDERATO CHE:

- con deliberazione del D.G. n. 243 del 01/02/2021 la ASL TA ha approvato, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 150/2009, il Piano della Performance 2021/2023;

- il Piano delle Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto attraverso questo documento programmatico di durata triennale l'Azienda individua obiettivi, indicatori, risultati attesi per la gestione aziendale in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio;
- che il Piano ha valenza triennale, viene adottato annualmente e può essere aggiornato anche nel corso dell'anno in relazione alla programmazione nazionale e regionale o a modifiche intervenute nel contesto interno ed esterno;
- alla data di approvazione del Piano della Performance 2021/2023, primo febbraio 2021, lo stato di emergenza nazionale per fronteggiare il rischio del diffondersi del COVID-19 era stato deliberato fino al 30 aprile 2021;
- a seguito dell'approvazione del predetto Piano, il medesimo stato di emergenza nazionale è stato più volte prorogato, dapprima fino al 31 luglio 2021 e successivamente fino al 31 dicembre 2021;
- il perdurare dell'emergenza epidemiologica continua ad incidere sulle attività della ASL di Taranto ed in particolar modo sulle attività ospedaliere e territoriali;

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

- di modificare l'allegato 1 "Scheda degli Obiettivi Strategici – Piano degli indicatori" al Piano della Performance 2021/2023, approvato con la deliberazione n. 243 del 01/02/2021, così come risulta dall'allegato 1) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che in sede di valutazione si terrà conto, anche mediante confronto con l'O.I.V., degli effetti del COVID-19 sull'attività svolta;
- di trasmettere il presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione della ASL TA (O.I.V.) ed a tutte le Strutture aziendali interessate;
- di pubblicare la presente deliberazione sul sito della ASL Taranto nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance";
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta alcun impegno di spesa;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo attesa l'urgente necessità di dover provvedere in merito.

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.

Scheda degli obiettivi strategici - Piano degli indicatori

AREE	SUB - AREE	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod	INDICATORE	Piano 2021 target
AREA DELLA PREVENZIONE AREA OSPEDALIERA AREA TERRITORIALE AREE AMMINISTRATIVE	TUTTE LE FUNZIONI COLLEGATE	Promuovere, sostenere e portare a sistema tutte le attività necessarie per contrastare l'emergenza epidemiologica Covid 19	PCov1a	CONCORRERE ALLA REALIZZAZIONE DI PERCORSI FINALIZZATI AL CONTENIMENTO DEL CONTAGIO E ALLA PIENA FUNZIONALITÀ DEL "PIANO AZIENDALE COVID-19"	Relazioni
PREVENZIONE	Definizione delle procedure organizzative finalizzate alla gestione della pandemia, del distanziamento di sicurezza e prevenzione del contagio. Percorsi per la gestione in sicurezza di pazienti ed operatori. Aggiornamento del piano per la gestione delle pandemie	Campagna Vaccinale "anti-Covid-19"	PCov2a	Copertura Vaccinale delle Coorti di riferimento in relazione alla disponibilità delle dosi vaccinali e ai Piani nazionali di copertura	>=90%
			PCov3a	Copertura vaccinale degli assistiti affetti da malattie rare [Ind.Cov. 1]	Relazione
	IGIENE SANITA' PUBBLICA	Riduzione del rischio di patologie evitabili attraverso il miglioramento della copertura vaccinale	PISP1b	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi [Scheda Indicatore P01C NSG]	>=95%
			PISP2b	Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio [Scheda Indicatore P02C NSG]	>=90%
			PISP3b	Copertura vaccinale antipneumococcico [Scheda Indicatore P03C NSG]	>=85%
			PISP4b	Copertura vaccinale antimeningococcico C [Scheda Indicatore P04C NSG]	>=85%
			PISP5b	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) [Scheda Indicatore P06C NSG]	>=60%
			PISP6b	Copertura vaccinale Papillona Virus (HPV) [Ind. MES B7.3]	>=80%
	SICUREZZA DEGLI ALIMENTI	Garantire il rispetto delle procedure	PSc1c	% di SCIA chiuse nei termini previsti [Ind. Int.]	>=90%
			PSc2c	% di verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande [Ind. Int.]	100%
		Riduzione contaminazione alimenti	PSc3c	% di controlli per attività relative a produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio [Ind. Int.]	100%
			PSc4c	% di controlli effettuati presso gli impianti di deposito di alimenti di origine animale [Ind. Int.]	Almeno 25%
			PSc5c	% di controlli sul latte nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e vendita [Ind. Int.]	Almeno 25%
			PSc6c	% di controlli sul corretto smaltimento dei sottoprodotti di origine animale [Ind. Int.]	Almeno 25%
	PREVENZIONE INFORTUNI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	PPIdL1d	% di imprese attive sul territorio controllate [Ind. Int.]	> 5%
			PPIdL2d	% di cantieri ispezionati [Ind. Int.]	Almeno 10%
			PPIdL3d	% di cantieri controllati dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto [Ind. Int.]	Almeno 15%
		Educazione alla prevenzione	PPIdL4d	Numero di eventi di educazione alla prevenzione nei luoghi di lavoro	Almeno 5 eventi
	TUTELA DELLA SALUTE	Miglioramento igiene e sicurezza negli ambienti di vita	PPIdL5d	Numero di sopralluoghi ai fini della verifica dei requisiti igienico-sanitari negli ambiti delle attività ricettive, sportive, professioni e arti sanitarie, assistenziali [Ind. Int.]	Mantenimento/aumento rispetto all'anno precedente
	SANITA' VETERINARIA	Sicurezza degli allevamenti	PSV1e	% di allevamenti controllati per TBC bovina [Ind. Int.]	> 99%
PSV2e			% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina [Ind. Int.]	> 99%	
PSV3e			% di aziende oviceprine controllate per anagrafe oviceprina [Ind. Int.]	> 5%	
PSV4e			% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale [Ind. Int.]	> 99%	
PSV5e			% di controlli presso gli esercizi per la vendita di alimenti zootecnici [Ind. Int.]	Almeno 25%	
PSV6e			% di strutture ricovero cani controllate [Ind. Int.]	Almeno 25%	
PSV7e			% di ambulatori e cliniche veterinarie controllate [Ind. Int.]	Almeno 25%	
Controllo del fenomeno del randagismo		PSV8e	% di cani randagi catturati, identificati ed iscritti all'Anagrafe Canina Regionale [Ind. Int.]	100%	
		PSV9e	% di cani randagi sottoposti a sterilizzazione [Ind. Int.]	100%	
PREVENZIONE	SCREENING ONCOLOGICI	Prevenzione delle patologie oncologiche	PScr1f	Estensione: % di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione [Ind. MES B5.1.1]	% proposta da ciascuna ASL come da indicazione del punto 8 - Ridefinizione obiettivi 2020 - Fonte: Direttiva urgente del Dipartimento di promozione della salute - 26 giugno 2020 - Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 per la ripresa delle attività dei programmi di screening oncologici
			PScr2f	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate [Ind. MES B5.1.2]	almeno 80% dell'estensione rilevata
			PScr3f	Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione [Ind. MES B5.2.1]	% proposta da ciascuna ASL come da indicazione del punto 8 - Ridefinizione obiettivi 2020 - Fonte: Direttiva urgente del Dipartimento di promozione della salute - 26 giugno 2020 - Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 per la ripresa delle attività dei programmi di screening oncologici
			PScr4f	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate [Ind. MES B5.2.2]	almeno 80% dell'estensione rilevata
			PScr5f	Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione [Ind. MES B5.3.1]	% proposta da ciascuna ASL come da indicazione del punto 8 - Ridefinizione obiettivi 2020 - Fonte: Direttiva urgente del Dipartimento di promozione della salute - 26 giugno 2020 - Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 per la ripresa delle attività dei programmi di screening oncologici

AREE	SUB - AREE	OBIETTIVO STRATEGICO	Cod	INDICATORE	Piano 2021 target	
			PScr6f	Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate [Ind. MES B5.3.2]	almeno 80% dell'estensione rilevata	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Definizione delle procedure organizzative finalizzate alla gestione della pandemia, del distanziamento di sicurezza e prevenzione del contagio. Percorsi per la gestione in sicurezza di pazienti ed operatori. Aggiornamento del piano per la gestione delle pandemie	Percorsi per la gestione in sicurezza di pazienti ed operatori.	HCov1a	Adesione e miglioramento dei percorsi dei pazienti sospetti COVID 19 di area Chirurgica	Relazione dei responsabili opportunamente confermate dalle Direzioni Mediche	
			HCov2a	Adesione e miglioramento dei percorsi dei pazienti sospetti COVID 19 di area Medica	Relazione dei responsabili opportunamente confermate dalle Direzioni Mediche	
			HCov3a	Adozione di procedure di minimizzazione del rischio per pazienti e operatori da infezioni batteriche e virali	Adozione di procedure	
	AREA CHIRURGICA E AREA MEDICA - MATERNO INFANTILE - PRONTO SOCCORSO E SET118	Capacità di governo della domanda		HCG1a	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0
				HCG2a	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0
		Appropriatezza e qualità		HAQ1b	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%
				HAQ2b	Riduzione degenza media pre-operatoria (Patto della Salute) [Ind. MES C3]	<2gg
				HAQ3b	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg [Ind. PNE302]	>=70%
				HAQ4b	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1 gg [Ind. Int.]	<=10%
				HAQ5b	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	<4%
				HAQ6b	% di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%
				HAQ7b	Indice di case mix [Ind. MES C1.5]	>=1
				HAQ9b	% parti cesarei depurati – NTSV – [Scheda Indicatore H17C e H18C NSG]	25% PN > 1.000 parti
				HAQ10b	% parti cesarei depurati – NTSV – [Scheda Indicatore H17C e H18C NSG]	15% PN < 1.000 parti
				HAQ11b	% episiotomie depurate – NTSV – [Ind. MES C7.3]	<=25%
				HAQ12b	% parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	<5%
				HAQ13b	% di abbandoni Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	<=6%
				HAQ14b	Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso [Ind. MES C16.11]	<=19 minuti
				HAQ15b	% accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	>=75%
				HAQ16b	% accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	>=70%
	HAQ17b	% accessi ripetuti in PS entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	<=10%			
	HAQ18b	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind. Int.]	<=15%			
	HQP1c	% di ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	>=55%			
HQP2c	% di accessi al PS inviati al ricovero con permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	>=85%				
ASSISTENZA OSPEDALIERA	TUTTE LE AREE	Qualità dei percorsi	HQP3c	% fratture collo del femore operate entro 2 gg dall'ammissione [Scheda Indicatore H13C NSG]	>=65%	
			HQP4c	% fratture del femore operate sulle fratture diagnosticate [Ind. MES C5.12]	>=90%	
			HQP5c	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone [Ind. PNE68]	<3	
			HQP6c	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%	
			HQP7c	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg	
			HQP8c	Attesa media prima del ricovero per interventi per tumore della mammella [Ind. MES C10.4.11]	<=26gg	
			HQP9c	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore alla prostata [Ind. MES C10.4.2]	<=45gg	
			HQP10c	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al colon [Ind. MES C10.4.3]	<=15gg	
			HQP11c	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al retto [Ind. MES C10.4.4]	<=15gg	
			HQP12c	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore al polmone [Ind. MES C10.4.5]	<=25gg	
			HQP13c	Attesa media prima del ricovero per interventi tumore all'utero [Ind. MES C10.4.6]	<=25gg	
			HQP14c	Attuazione del piano di recupero delle liste di attesa (DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE - n. 191 del 26/01/202)	Tendenziale azzeramento delle liste di attesa in coerenza con le prestazioni e le discipline indicate dalla DG	
			Appropriatezza farmaceutica	HAF1d	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
				HAF2d	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int.]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico
ASSISTENZA TERRITORIALE	Salute mentale	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	TSM1a	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione [Griglie LEA]	>=10,82	
			TSM2a	% Ricoveri ripetuti tra 7 e 30 giorni per pazienti psichiatrici [Ind. MES C8a.13.2]	<=15%	
			TSM3a	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche [Ind. MES C15.8]	0	
			TSM4a	Attivare percorsi di prevenzione e cura del burn out degli operatori coinvolti in attività a rischio, in particolare dei reparti di terapia intensiva per pazienti COVID	Definizione dei percorsi	
			TSM5a	Adozione di protocolli operativi tra istituzioni pubbliche e strutture aziendali	Miglioramento storico	
			TSM6a	Modelli di dimissione protetta psicosociale	Attivazione	
			TSM7a	Promozione delle best practice in pandemia da Covid 19	Report di sintesi delle ricerche e analisi delle risultanze; organizzazione di un evento formativo	
	Dipendenze patologiche	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	TDP1b	Riorganizzazione del Dipartimento delle dipendenze patologiche finalizzato alla riduzione dei contatti in presenza dei pazienti secondo il protocollo definito in accordo con il rischio clinico al fine di ridurre il rischio di contagio da COVID	Relazione e rendicontazione circa i pazienti trattati	
			TDP2b	Garanzia della continuità terapeutica farmacologica in periodo COVID	Mantenimento del Costo medio utente per farmaci	
			TDP3b	Garanzia della presa in carico di nuovi utenti nel rispetto dei protocolli di distanziamento	Mantenimento tasso di Incidenza	
	Capacità di governo della domanda	Miglioramento presa in carico dei pazienti cronici	TDSS1c	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 abitanti residenti 0-17 anni [Scheda Indicatore D04C NSG]	<=150	
			TDSS1c	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 abitanti residenti 0-17 anni [Scheda Indicatore D04C NSG]	<=50	
			TDSS2c	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 residenti) in età adulta (50-74 anni) per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	<=65	
TDSS2c			Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 residenti) in età adulta (35-74 anni) per diabete	<=40		
TDSS2c			Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 residenti) in età adulta (50-74 anni) per scompenso cardiaco.	<=230		
ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza domiciliare e territoriale	Potenziamento assistenza Territoriale	TDSS3c	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti) [Scheda Indicatore D05C NSG]	COVID	
			TDSS4c	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni) [Scheda Indicatore D06C NSG]	COVID	
			TDSS5c	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti); tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. minori 0-14 anni) [Scheda Indicatore D07C NSG]	COVID	
		Potenziamento assistenza Domiciliare	TDSS6c	Presa in carico dei pazienti COVID dalle unità speciali di continuità assistenziale (USCA)	Pazienti per USCA	
			TDSS7c	Accessi delle Unità USCA per pazienti in carico	Num accessi per paziente	
			TDSS8c	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) [Scheda Indicatore D22Z NSG]	Miglioramento della performance rispetto all'anno 2019	
TDSS9c	% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione [Ind. MES B28.1.2]	>=3%				

AREE	SUB - AREE	OBBIETTIVO STRATEGICO	Cod	INDICATORE	Piano 2021 target	
			TDSS10c	% Anziani > 65 anni in ADI [Ind. MES B28.1.1]	>=1,5%	
ASSISTENZA TERRITORIALE	Assistenza Farmaceutica	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	TAF1d	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC) [Ind.Int.]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	
			TAF2d	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani]	>= 80%	
			TAF3d	Consumo di antibiotici in età pediatrica – [Ind. MES C9.8.1.1.1]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	
			TAF4d	Consumo di cefalosporine in età pediatrica – [Ind. MES C9.8.1.1.2]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	
			TAF5d	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate	164,00 euro	
			TAF6d	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)	90%	
			TAF7d	Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO	Miglioramento della performance rispetto all'anno precedente	
			TAF8d	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	>95%	
DIREZIONE STRATEGICA	Aspetti economico-finanziari	Efficienza operativa		Rispetto dei tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica [DGR n.727/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla Pandemia da COVID 19	Rispetto del tetto	
				Rispetto dei tetti di spesa per i dispositivi medici [DGR n.878/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla Pandemia da COVID 19	Rispetto del tetto	
				Rispetto dei tetti di spesa per materiale diagnostico [DGR n.878/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla Pandemia da COVID 19	Rispetto del tetto	
				Riduzione massa debitoria fatture emesse al 31/12/2019	10% delle fatture emesse prima del 31/12/2019 e non liquidate al 31/12/2020	
				Riduzione sopravvenienze passive	10% sopravvenienze passive del 2019	
			Miglioramento tempi di pagamento	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP)	-1	
			Perfezionamento del Percorso Attuativo di	Determinazione del fondo rischi ai fini dell'elaborazione del bilancio	Evidenza documentale	
				Stati di avanzamento relativo alle Aree critiche	Relazioni	
			Sanità digitale	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int.]	100%
				Telemedicina	Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni [Ind.Int.]	>=95%
	Legalità trasparenza e risk management	Corretta applicazione delle regole	Ricerca soluzioni tecnologiche di teleassistenza per pazienti domestici, sia per patologie legate a COVID-19, sia per altre patologie, anche di carattere cronico	Stati di attuazione		
		Trasparenza	Redazione di almeno due verbali anno [Ind.Int.]	2 Verbali		
	Responsabilizzazione ed efficienza aziendale	Efficienza operativa		Attuazione del Piano dell'Anticorruzione e della Trasparenza ed Adempimenti Correlati	Adozione	
				Corretta alimentazione della pagina WEB aziendale "Amministrazione Trasparente"	Aggiornamento	
				Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa al procedimento di ordine, riscontro e liquidazione	Adozione	
				Tempestiva attivazione delle procedure di opposizione ai titoli esecutivi	Opposizioni su totale titoli >90%	
				Deflazionamento del contenzioso interno ed esterno	Riduzione accantamenti per contenzioso	
				Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura	Rispetto dei termini	
				Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione tra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016	Rispetto	
				Miglioramento Contabilità Analitica	>=40%	
			Rispetto dei tempi previsti dalle norme per la definizione dei procedimenti	Relazione		
Gestione del rischio clinico			Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	Segnalazioni		
Efficacia	Efficacia		Monitoraggio della soddisfazione del paziente per migliorare la qualità dei servizi	Rilevazione		
			Verifica ed aggiornamento del sistema di gestione documentale e protocollo informatico	Relazione		
			Monitoraggio apertura agende nell'intero periodo per il 20 %	>=20%		
			Monitoraggio della chiusura della procedura amministrativa relativa alla gestione delle prenotazioni ambulatoriali all'atto dell'erogazione della prestazione da parte del professionista erogante	Tendente a 0		
			Valutazione dei controlli analitici casuali nelle strutture private accreditate dei ricoveri esitati con DRGs non LEA, comprensivo dei ricoveri in Riabilitazione, strutture residenziali e semiresidenziali	>=10%		
			Eseguire il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo i volumi e le indicazioni definiti nel Piano Annuale dei Controlli	Rapp. % come da piano		

Scheda degli obiettivi operativi - Piano degli indicatori

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
PREVENZIONE OSPEDALIERA TERRITORIALE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE ASSISTENZA RIABILITATIVA	Promuovere, sostenere e portare a sistema tutte le attività necessarie per contrastare l'emergenza epidemiologica Covid 19	CONCORRERE ALLA REALIZZAZIONE DI PERCORSI FINALIZZATI AL CONTENIMENTO DEL CONTAGIO E ALLA PIENA FUNZIONALITÀ DEL "PIANO AZIENDALE COVID-19	Relazioni	TUTTE
PREVENZIONE	Campagna vaccinale "anti-Covid-19"	Copertura vaccinale delle coorti di riferimento in relazione alla disponibilità delle dosi vaccinali e ai piani nazionali di copertura [Ind.Cov. 11]	>=90%	1
PREVENZIONE DISTRETTUALE	Copertura vaccinale Covid 2019 per assistiti con malattie rare	Copertura vaccinale degli assistiti affetti da malattie rare [Ind.Cov. 1]	Relazione	2
PREVENZIONE	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib / Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita)*100 [Ind.Int. 22]	>=95%	1
PREVENZIONE	Copertura vaccinale MPR nella popolazione bersaglio	(Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose) per MPR / Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita)*100 [Ind. MES B7.1]	>=90%	1
PREVENZIONE	Copertura vaccinale antipneumococcico	(Numero cicli vaccinali (3°dose) completati al 31 dicembre per Antipneumococcica / Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre)*100 [Ind.Int. 23]	>=85%	1
PREVENZIONE	Copertura vaccinale antimeningococcico C	(Numero cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre 2015 per Antimeningococcica / Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre)*100 [Ind. MES B7.5]	>=85%	1
PREVENZIONE	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	(Numero di soggetti di età >= 65 anni vaccinati per influenza / Numero di soggetti di età >=65 anni residenti)*100 [Ind. MES B7.2]	>=60%	1
PREVENZIONE	Copertura vaccinale Papillona Virus (HPV)	Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevanza nella coorte di riferimento / N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età [Ind. MES B7.3]	>=80%	1
PREVENZIONE	Chiusura delle procedure di Segnalazione Certificata di inizio attività (SCIA) entro i termini previsti	(Numero SCIA concluse nei termini / Totale SCIA pervenute)*100 [Ind.Int. 27]	>=90%	2
PREVENZIONE	Garantire la piena copertura delle verifiche preliminari alla realizzazione e/o attivazione di imprese di produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari e bevande	(Numero Verifiche / Numero imprese realizzate o attivate)*100 [Ind.Int. 28]	100%	2
PREVENZIONE	Garantire la piena copertura dei controlli per attività relative a produzione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio	(Numero controlli effettuati / Numero nuove aziende attivate)*100 [Ind.Int. 29]	100%	2
PREVENZIONE	Garantire il rispetto dei controlli presso gli impianti di deposito di alimenti di origine animale	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 43]	Almeno 25%	1
PREVENZIONE	Garantire il rispetto della sorveglianza e dei controlli sul latte nelle fasi di produzione, trasformazione, commercializzazione e vendita	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 44]	Almeno 25%	1
PREVENZIONE	Garantire il rispetto della sorveglianza e dei controlli sul corretto smaltimento dei sottoprodotti di origine animale	(Numero controlli effettuati/ Numero attività soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 45]	Almeno 25%	1
PREVENZIONE	Monitorare il livello di sicurezza degli ambienti di lavoro	% di imprese attive sul territorio controllate = (Unità produttive CONTROLLATE / Unità produttive ATTIVE presenti sul territorio e soggette a controllo)*100 [Ind.Int. 32]	> 5%	1
PREVENZIONE	Prevenzione infortuni mortali ed invalidanti in edilizia	(Numero cantieri ispezionati sul territorio aziendale / Totale cantieri notificati sul territorio aziendale)*100 [Ind.Int. 33]	Almeno 10%	1

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
PREVENZIONE	Attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL in relazione alle attività di bonifica da amianto ai sensi del D. Lgs 277/91	(Numero cantieri di bonifica amianto ispezionati / Totale piani di lavoro per bonifica amianto pervenuti allo stesso SPESAL)*100 [Ind.Int. 34]	Almeno 15%	1
PREVENZIONE	Realizzare eventi di educazione alla prevenzione	Numero di eventi di educazione alla prevenzione nei luoghi di lavoro [Ind.Int. 36]	Almeno 5 eventi	1
PREVENZIONE	Garantire la copertura ottimale dei sopralluoghi ai fini della verifica dei requisiti igienico-sanitari nei negli ambiti delle attività ricettive, sportive, professione e arti sanitarie, assistenziali.	Numero di sopralluoghi [Ind.Int. 26]	Mantenimento/aumento rispetto all'anno precedente	1
PREVENZIONE	Garantire la copertura ottimale dei sopralluoghi ai fini della verifica dei requisiti igienico-sanitari nei negli ambiti delle attività ricettive, sportive, professione e arti sanitarie, assistenziali.	% di allevamenti controllati per TBC bovina = (Numero allevamenti controllati / Numero allevamenti da sottoporre a controllo)*100 [Ind.Int. 37]	> 99%	1
PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture che producono alimenti di origine animale - controllo zoonosi	% di allevamenti controllati per brucellosi ovicaprina, bovina e bufalina = (Numero allevamenti controllati / Numero allevamenti da sottoporre a controllo)*100 [Ind.Int. 38]	> 99%	1
PREVENZIONE	Anagrafe animale - Controllo delle popolazioni animali per la prevenzione della salute umana ed animale	% di aziende oviceprine controllate per anagrafe oviceprina = (Numero totale aziende oviceprine controllate / Numero totale aziende oviceprine)*100 [Ind.Int. 39]	> 5%	1
PREVENZIONE	Garantire il controllo per la riduzione del rischio di uso di farmaci illeciti e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari	% dei campioni analizzati di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale = (Numero campioni analizzati / Numero campioni programmati)*100 [Ind.Int. 46]	> 99%	1
PREVENZIONE	Garantire il controllo sul benessere degli animali d'affezione nelle strutture di ricovero	(Strutture ricovero cani controllate / Totale strutture ricovero cani)*100 [Ind.Int. 48]	Almeno 25%	1
PREVENZIONE	Garantire il controllo delle strutture veterinarie	(Ambulatori e cliniche veterinarie controllate / Totale ambulatori e cliniche veterinarie autorizzate)*100 [Ind.Int. 49]	Almeno 25%	1
PREVENZIONE	Controllo e contenimento del fenomeno del randagismo.	(Numero cani randagi catturati identificati ed iscritti Anagrafe Canina Regionale / Numero cani randagi catturati)*100 [Ind.Int. 40]	100%	1
PREVENZIONE	Controllo e contenimento del fenomeno del randagismo.	(Numero cani randagi sottoposti a sterilizzazione / Numero cani randagi catturati)*100 [Ind.Int. 41]	100%	1
OSPEDALIERA	Percorsi per la gestione in sicurezza di pazienti ed operatori.	Adesione e miglioramento dei percorsi dei pazienti sospetti COVID 19 di area chirurgica [Ind.Cov. 7]	Relazione dei responsabili opportunamente confermate dalle Direzioni Mediche	26
OSPEDALIERA	Percorsi per la gestione in sicurezza di pazienti ed operatori.	Adesione e miglioramento dei percorsi dei pazienti sospetti COVID 19 di area medica [Ind.Cov. 8]	Relazione dei responsabili opportunamente confermate dalle Direzioni Mediche	37
OSPEDALIERA DISTRETTUALE SALUTE MENTALE	Percorsi per la gestione in sicurezza di pazienti ed operatori.	Adozione di procedure di minimizzazione del rischio per pazienti e operatori da infezioni batteriche e virali [Ind.Cov. 9]	Adozione di procedure.	70
OSPEDALIERA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	Degenza media DRG chirurgici [Ind. MES C2a.C]	0	17
OSPEDALIERA	Degenza media nel rispetto degli standard come da D.M. 70/2015	Degenza media DRG medici [Ind. MES C2a.M]	0	23
OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari [Ind. MES C4.1.1]	<=35%	17

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Riduzione delle Degenza media Pre-Operatoria - Patto per la Salute [Ind. Int. 145]	<2gg	25
OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni [Ind. PNE302]	>=70%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	Riduzione % dei ricoveri brevi 0-1gg [Ind.Int. 02]	<=10%	41
OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni [Ind. MES C14.4]	<4%	19
OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa chirurgica	Percentuale di prostatectomie transuretrali [Ind. MES C5.3]	>=85%	2
OSPEDALIERA	Complessità della casistica trattata	Indice di case-mix [Ind. MES C1.5]	>=1	43
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	% Parti cesarei depurati - NTSV - (DGR 191/2018) [Ind. MES C7.1 - PNE37]	PN<=1000 parti <=15% PN>1000 parti <=25%	3
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	% Episiotomie depurate - NTSV - [Ind. MES C7.3]	<=25%	3
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza organizzativa area materno-infantile	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) [Ind. MES C7.6]	<5%	3
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso [Ind. MES D9]	<=6%	4
OSPEDALIERA	Rispetto delle tempistiche d'intervento per area urbana ed extraurbana previste dalla legislazione nazionale vigente.	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) [Ind. MES C16.11]	<=19 minuti	1
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti [Ind. MES C16.1]	>=75%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di pazienti in Pronto Soccorso con codice verde visitati non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 1 ora [Ind. MES C16.2]	>= 70%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro le 72 ore [Ind. MES C16.10]	<=10%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% pazienti ricoverati da PS con DRG inappropriato [Ind.Int. 03]	<=15%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione [Ind. MES C16.7]	>=55%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro le 8 ore [Ind. MES C16.4]	>=85%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione [Ind. MES C5.2 - PNE420]	>=65%	8
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Percentuale di fratture del femore operate sulle fratture diagnostiche [Ind. MES C5.12]	>=90%	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico [Ind. PNE68]	<3 gg	8
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Proporzione di IMA trattati con PTCA entro 2 giorni [Ind. PNE6]	>=70%	1
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica [Ind. MES C10c]	<=30gg	10
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella[Ind. Mes C10.4.1]	<=26gg	1
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata[Ind. Mes C10.4.2]	<=45gg	2
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon[Ind. Mes C10.4.3]	<=15gg	4
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto[Ind. Mes C10.4.4]	<=15gg	4

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al polmone [Ind. Mes C10.4.5]	<=25gg	1
OSPEDALIERA	Miglioramento qualità di processo	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore all'utero [Ind. Mes C10.4.6]	<=25gg	3
OSPEDALIERA DISTRETTUALE ASSISTENZA RIABILITATIVA AMMINISTRATIVA	Miglioramento qualità di processo Riduzione dei tempi effettivi di accesso alle cure per allinearli a quelli previsti dalla normativa: Monitoraggio tempi di attesa	Attuazione del piano di recupero delle liste di attesa (DELIBERAZIONI DEL DIRETTORE GENERALE - n. 191 del 26/01/2021) [Ind.Int. 105]	Tendenziale azzeramento delle liste di attesa in coerenza con le prestazioni e le discipline indicate dalla DG	62
OSPEDALIERA	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri [Ind.Int. 06]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	46
OSPEDALIERA	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico [Ind.Int. 07]	Mantenimento/miglioramento sul dato storico	46
SALUTE MENTALE	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione [Griglia LEA]	>=10,82%	1
SALUTE MENTALE	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	% Ricoveri ripetuti tra 7 giorni e 30 giorni per pazienti psichiatrici [Ind. MES C15a.13.2]	<=15%	1
SALUTE MENTALE	Presenza in carico territoriale dei pazienti con patologie psichiatriche	Indice di performance degenza media dei ricoveri per patologie psichiatriche [Ind. MES C15.8]	0	1
SALUTE MENTALE	Efficacia assistenziale territoriale psichiatrica	Attivare percorsi di prevenzione e cura del burn out degli operatori coinvolti in attività a rischio, in particolare dei reparti di terapia intensiva per pazienti COVID [Ind.Cov. 3]	Definizione dei percorsi	4
SALUTE MENTALE	Appropriatezza e qualità	Adozione di protocolli operativi tra istituzioni pubbliche e strutture aziendali	Miglioramento storico	1
SALUTE MENTALE	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Modelli di dimissione protetta psicosociale	Attivazione	1
SALUTE MENTALE	Promozione delle best practice in pandemia da Covid 19	Ricerche e analisi delle risultanze ed eventi formativi	Report di sintesi e organizzazione di un evento formativo	1
DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Riorganizzazione del Dipartimento delle dipendenze patologiche finalizzato alla riduzione dei contatti in presenza dei pazienti secondo il protocollo definito in accordo con il rischio clinico al fine di ridurre il rischio di contagio da COVID [Ind.Cov. 4]	Relazione e rendicontazione circa i pazienti trattati	1
DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Garanzia della continuità terapeutica farmacologica in periodo COVID [Ind.Cov. 5]	Mantenimento del costo medio utente per farmaci	1
DIPENDENZE PATOLOGICHE	Prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche	Garanzia della presa in carico di nuovi utenti nel rispetto dei protocolli di distanziamento [Ind.Cov. 6]	Mantenimento tasso di incidenza	1
DISTRETTUALE OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per gastroenterite per 100.000 abitanti [Ind. MES D04C.B]	<=150	9
DISTRETTUALE OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma (0-17 anni) per 100.000 abitanti [Ind. MES D04C.A]	<=50	9
DISTRETTUALE OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.3.1]	<=65	12
DISTRETTUALE OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) [Ind. MES C11a.2.1]	<=40	10

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
DISTRETTUALE OSPEDALIERA	Miglioramento appropriatezza organizzativa Medica/Chirurgica/Integrazione Ospedale/Territorio	Riduzione del tasso di ricovero ordinario per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni) [Ind. MES C11a.1.1]	<=230	10
DISTRETTUALE	Miglioramento qualità di processo - Accesso ai servizi della medicina territoriale	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori (0-14 anni) con codice di dimissione bianco/verde [Ind.Int. 66]	COVID	6
DISTRETTUALE	Miglioramento qualità di processo - Accesso ai servizi della medicina territoriale	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde [Ind.Int. 65]	COVID	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza territoriale	Tasso di accessi in PS ore notturne di minori 0-14, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti minori 0-14 anni). [Ind. MES D07C.P]	COVID	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza territoriale	Tasso di accessi in PS ore notturne di adulti, prefestivi e festivi con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti). [Ind.Int. 85]	COVID	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza territoriale	Presenza in carico dei pazienti COVID dalle unità speciali di continuità assistenziale (USCA). [Ind.Cov. 10]	Pazienti per USCA	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza territoriale	Accessi delle Unità USCA per pazienti in carico. [Ind.Int. 86]	Numero accessi per paziente	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1) [Ind. Mes D22Z.1]	Miglioramento della performance rispetto all'anno 2019	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2) [Ind. Mes D22Z.2]	Miglioramento della performance rispetto all'anno 2019	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza domiciliare	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3) [Ind. Mes D22Z.3]	Miglioramento della performance rispetto all'anno 2019	6
DISTRETTUALE	Potenziamento ADI	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione [Ind. MES B28.1.2]	>=3%	6
DISTRETTUALE	Potenziamento assistenza domiciliare	% Anziani >65 anni in ADI [Ind. MES B28.1.1]	>=1,5%	6
OSPEDALIERA TERRITORIALE	Adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (Vedi tabella pag.155 PIANO OPERATIVO 2016-2018)	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso consumi, diretta e DPC) [Ind.Int. 05]	Mantenimento/miglioramento o sul dato storico	2
DISTRETTUALE TERRITORIALE	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza (Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipilipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani) [Ind. MES F12a.XX]	>=80%	7
DISTRETTUALE TERRITORIALE	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (SPESA) [Ind. MES C9.8.1.1.1]	Mantenimento/miglioramento o sul dato storico	7
DISTRETTUALE TERRITORIALE	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di cefalosporine in età pediatrica -DDD (SPESA) [Ind. MES C9.8.1.1.2]	Mantenimento/miglioramento o sul dato storico	7
DISTRETTUALE TERRITORIALE	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate [Ind.Int. 87]	164,00 euro	7
DISTRETTUALE TERRITORIALE	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta) [Ind.Int. 88]	90%	7
TERRITORIALE	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO [Ind.Int. 89]	Miglioramento della performance rispetto all'anno precedente	1
OSPEDALIERA	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi [Ind.Int. 90]	>95%	1
OSPEDALIERA DISTRETTUALE	Efficienza operativa	Rispetto dei tetti di spesa per i dispositivi medici [DGR n. 727/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla pandemia da COVID 19 [Ind.Int. 92]	Rispetto del tetto	69
OSPEDALIERA	Efficienza operativa	Rispetto dei tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica [DGR n. 727/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla pandemia da COVID 19 [Ind.Int. 91]	Rispetto del tetto	63
OSPEDALIERA	Efficienza operativa	Rispetto dei tetti di spesa per materiale diagnostico [DGR n. 727/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla pandemia da COVID 19 [Ind.Int. 93]	Rispetto del tetto	4
OSPEDALIERA	Efficienza operativa	Concorso al rispetto dei tetti di spesa per materiale diagnostico [DGR n. 727/2019] fatto salvo tutte le eventuali deroghe legate alla pandemia da COVID 19, attraverso una razionalizzazione delle prescrizioni di analisi cliniche [Ind.Int. 103]	Rispetto del tetto	62

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
AMMINISTRATIVA	Riduzione massa debitoria fatture emesse al 31/12/2019	Massa debitoria al 31/12/2021 delle fatture emesse prima del 31/12/2019 e non liquidate al 31/12/2020	10% delle fatture emesse prima del 31/12/2019 e non liquidate al 31/12/2020	6
AMMINISTRATIVA	Riduzione sopravvenienze passive	Soppravvenienze passive 2021/Soppravvenienze passive 2019	10% sopravvenienze passive del 2019	6
PREVENZIONE OSPEDALIERA TERRITORIALE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE	Miglioramento dei tempi di pagamento	Indice di tempestività dei pagamenti [Ind.Int. 94]	-1	23
AMMINISTRATIVA	Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli enti del S.S.R.	Stati di avanzamento relativo alle aree critiche [Ind.Int. 95]	Relazioni	6
AMMINISTRATIVA	Perfezionamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) degli enti del S.S.R.	Determinazione del fondo rischi ai fini dell'elaborazione del bilancio	Evidenza documentale	3
PREVENZIONE OSPEDALIERA TERRITORIALE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE ASSISTENZA RIABILITATIVA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (*)	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi [Ind.Int. 08]	100%	102
OSPEDALIERA	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Num: Numero di prenotazioni informatiche; Den: Totale prestazioni per interni [Ind.Int. 96]	>=95%	14
AMMINISTRATIVA	Telemedicina	Ricerca soluzioni tecnologiche di teleassistenza per pazienti domestici, sia per patologie legate a COVID 19, sia per altre patologie, anche di carattere cronico. [Ind.Int. 97]	Stati di attuazione	3
PREVENZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE ASSISTENZA RIABILITATIVA	Monitorare la corretta applicazione delle regole di privacy e delle misure di anticorruzione.	Numero di incontri organizzati [Ind.Int. 19]	Almeno 2 verbali	38
AMMINISTRATIVA	Trasparenza	Corretta alimentazione della pagina WEB aziendale "Amministrazione Trasparente" [Ind.Int. 99]	Aggiornamento	14
AMMINISTRATIVA	Efficienza operativa	Utilizzo esclusivo della procedura informatica relativa al procedimento di ordine, riscontro e liquidazione [Ind.Int. 100]	Adozione	3
AMMINISTRATIVA	Efficienza operativa	Tempestiva attivazione delle procedure di opposizione dei titoli esecutivi [Ind.Int. 101]	Opposizione su totale titoli >90%	1
AMMINISTRATIVA	Efficienza operativa	Deflazionamento del contenzioso interno ed esterno [Ind.Int. 102]	Riduzione accantonamenti per contenzioso	6
AMMINISTRATIVA	Efficienza operativa	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura [Ind.Int. 6PERSPAC]	Rispetto dei termini	1
AMMINISTRATIVA	Efficienza operativa	Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione tra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016. [Ind.Int. 7PERSPAC]	Rispetto	1
AMMINISTRATIVA	Miglioramento Contabilità Analitica	Numero strutture verificate/Totale strutture aziendali	>=40%	1
AMMINISTRATIVA	Uso risorse umane a carattere dipartimentale	Rispetto dei tempi previsti dalle norme per la definizione dei procedimenti	Relazione	2
AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA SALUTE MENTALE DIPENDENZE PATOLOGICHE ASSISTENZA RIABILITATIVA	Gestione del rischio clinico	Monitoraggio degli eventi sentinella mediante un sistema di rilevazione condiviso con il rischio clinico	Relazione	73
AMMINISTRATIVA	Migliorare la qualità dei servizi erogati	Questionari di Customer Satisfaction definiti con le strutture ospedaliere territoriali e amministrative. [Ind.Int.1URP]	Numero di questionari somministrati per singolo reparto dei vari PP. OO. e per singola struttura territoriale => 1	1
AMMINISTRATIVA	Verifica ed aggiornamento del sistema di gestione documentale e protocollo informatico	Numero di verifiche ed aggiornamenti	Relazione	1
AMMINISTRATIVA	Monitoraggio apertura agende nell'intero periodo per il 20 %	Giorni apertura/totale giorni agenda	>=20%	1

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PIANO 2021 TARGET	N. UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
AMMINISTRATIVA	Monitoraggio della chiusura della procedura amministrativa relativa alla gestione delle prenotazioni ambulatoriali all'atto dell'erogazione della prestazione da parte del professionista erogante	Procedure aperte/Prenotazioni non annullate	Tendente a 0	1
AMMINISTRATIVA	Valutazione dei controlli analitici casuali nelle strutture private accreditate dei ricoveri esitati con DRGs non LEA, comprensivo dei ricoveri in Riabilitazione, strutture residenziali e semiresidenziali	SDO Controllate/SDO Validate [Ind.Int1UVARP]	>=10%	1
AMMINISTRATIVA	Eeguire il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale secondo i volumi e le indicazioni definiti nel Piano Annuale dei Controlli	Numero verifiche come da Piano Annuale dei Controlli su Prestazioni Erogate/DayService [Ind.Int2UVARP]	Rapp. % come da piano	1