

Segue decreto n. _____

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm. e ii., avente ad oggetto il *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”* e, in particolare:

- l'articolo 2, comma 2 *sexies*, lettera e), il quale riserva alla Regione non solo l'ordinaria attività di vigilanza sulle aziende unità sanitarie locali, quali enti dipendenti, ma anche l'attività di valutazione dei risultati delle stesse, *“prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci”*;
- l'art. 3-bis comma 5, il quale prevede che *“al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei Direttori stessi”*;
- l'articolo 3 bis comma 6, il quale dispone che la procedura ivi prevista per la verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi sia applicata in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del Direttore generale;
- l'articolo 3 bis comma 7, il quale prevede la risoluzione del contratto del direttore generale e la decadenza dello stesso nei casi, tra l'altro, di grave disavanzo e di violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e ss. mm. e ii., concernente il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del d.lgs. 502/1992 e ss. mm. ed ii.;

Segue decreto n. _____

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO l'art.4, comma 4 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni in Legge 8 novembre 2012, n.189, che stabilisce: *“Ciascuna regione promuove, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento”*;

VISTO il decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 e ss. mm. ed ii., recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;

VISTA la legge regionale 16 Marzo 2011, n.1 e ss. mm. e ii. recante: *“Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche”*;

VISTO l'art.1, commi 73-76 della Legge Regionale del Lazio 11 agosto 2008 n.14 e s.m. ed i.;

VISTO l'articolo 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n.159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222 e successive modificazioni e in particolare il comma 2, il quale prevede che il Commissario *ad acta*, al fine di garantire l'attuazione del Piano di rientro, possa disporre motivatamente la sospensione dalle funzioni in atto dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e delle aziende ospedaliere universitarie nonché la loro sostituzione;

VISTO il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286 *“Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 502 del 19.07.1995 e ss. mm. e ii., che, in materia di trattamento economico dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, stabilisce che lo stesso *“[...] può essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione, sulla base dei criteri determinati ai sensi del comma 5 dell'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al direttore generale annualmente dalla regione.*

Segue decreto n. _____

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

CONSIDERATO che il riconoscimento dell'indennità di risultato è discrezionale nell'*an* e nel *quantum* e che, per l'anno 2015, l'indennità di risultato è stabilita in misura del 20% (venti per cento) del trattamento economico dei direttori generali, da porre direttamente a carico dei bilanci aziendali;

CONSIDERATO che per una efficace, congrua e tempestiva realizzazione delle linee di intervento previste dal Piano di rientro, come attuate nei programmi operativi del Commissario *ad acta*, si rende necessario effettuare valutazioni periodiche dell'attività dei Direttori generali ed aggiornare gli obiettivi assegnati;

RITENUTO, pertanto, necessario, ai fini dell'effettuazione delle attività di assegnazione degli obiettivi e di valutazione del raggiungimento degli stessi, avvalersi, oltre che delle strutture regionali, cui spetta l'ordinaria attività di vigilanza sugli enti del servizio sanitario regionale, anche del Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R./ASL Rm E e dell'Organo Indipendente di Valutazione Regionale, nonché della "*Struttura Tecnica Permanente per le Funzioni di Programmazione, Valutazione e Controllo*", in considerazione della peculiarità delle valutazioni da operare;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale del 1° aprile 2014, n. 290, avente ad oggetto "*Direttive per lo svolgimento delle attività di epidemiologia del SSR*" che ha riconosciuto il Dipartimento di Epidemiologia della Azienda USL Roma E, come la struttura regionale di riferimento per l'epidemiologia, così come definita dall'art.5 della L.R. 16/99;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale del 24 aprile 2008, n.301, avente ad oggetto "*Programma regionale di valutazione di esiti degli interventi sanitari*", il cui svolgimento è affidato al Dipartimento di Epidemiologia della Azienda USL Roma E;

VISTA la deliberazione assunta, su proposta del Ministero della Salute, dalla Conferenza Stato-Regioni il 24 gennaio 2013, avente ad oggetto "*Portale per la trasparenza dei servizi sanitari*", che identifica il Dipartimento di Epidemiologia del SSR/ASL Roma E quale Centro di Riferimento Operativo per il Piano Nazionale Esiti gestito da Age.Na.S;

VISTO il DCA 323/2013 e s.m.i. avente ad oggetto: "*Procedura per l'assunzione del personale nelle aziende ed enti del servizio sanitario regionale in deroga al bolcco del turn over*";

VISTO il DCA 424/2013 avente ad oggetto: "*Gare centralizzate per l'approvvigionamento di beni e servizi*";

VISTO il DCA n. U00148 del 29 aprile 2014, con il quale si provvedeva, tra l'altro, per l'anno 2014:

Segue decreto n. _____

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- all'assegnazione degli obiettivi per l'anno 2014;
- all'approvazione del "Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai Direttori Generali delle Aziende del SSR"

VISTO il DCA n. 244 del 24 luglio 2014 di integrazione degli obiettivi assegnati con il citato Decreto commissariale n. 148/2014;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* n. U00247 del 25 luglio 2014, con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi della Regione Lazio;

RAVVISATA la necessità di assegnare ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del SSR degli obiettivi specifici per l'anno 2015 che tengano nella debita considerazione i suddetti Programmi Operativi;

CONSIDERATO che, i Ministeri affiancanti nel verbale del 31 luglio 2014, hanno espresso parere in merito al citato DCA 148/2014 ed, in particolare, hanno richiesto chiarimenti in relazione al regolamento approvato con il menzionato decreto;

RITENUTO quindi necessario, al fine di garantire la determinazione preventiva dei criteri di valutazione dell'attività dei Direttori generali, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 502/1992, adottare nuove procedure di valutazione con il regolamento di cui all'Allegato A;

RITENUTO, altresì, necessario definire gli obiettivi da assegnare ai Direttori generali, nonché, per ciascun obiettivo, gli indicatori, i risultati attesi e quelli minimi accettabili, il peso strategico o punteggio da attribuire in caso di integrale raggiungimento;

RITENUTO opportuno prevedere che, in relazione a ciascun obiettivo preliminare, il mancato raggiungimento del valore minimo accettabile preclude l'attribuzione – per gli obiettivi tematici – di qualsivoglia punteggio, mentre la collocazione tra il valore minimo accettabile ed il risultato atteso consente l'attribuzione di un punteggio proporzionato al grado di raggiungimento dell'obiettivo stesso;

RITENUTO opportuno inserire, tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali, alcuni di qualità ed esito delle cure, derivando i relativi indicatori dal Programma Regionale di Valutazione degli Esiti dei servizi sanitari (P.Re.Val.E.), affidato al Dipartimento di Epidemiologia del SSR/ASL Roma E e disponibile sul sito web <http://www.epidemiologia.lazio.it/prevale137programma> che afferisce al Piano

Segue decreto n. _____

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Nazionale Esiti, come previsto dalla deliberazione della Conferenza Stato Regioni del 24 gennaio 2013, avente ad oggetto “*Portale per la trasparenza dei Servizi della Salute*”;

RITENUTO, altresì, opportuno stabilire che, qualora in sede di valutazione emergesse l'impossibilità di effettuare la verifica in ordine al raggiungimento di obiettivi assegnati, in conseguenza di elementi o fatti non ascrivibili alla responsabilità del soggetto sottoposto a valutazione, detti obiettivi potranno essere esclusi dalla base di calcolo, al fine di non arrecare pregiudizio al predetto soggetto, con conseguente riparametrazione di tutti i punteggi/pesi strategici attribuiti agli altri obiettivi;

RITENUTO di dover stabilire, ai fini della valutazione dell'attività che gli obiettivi per l'anno 2015 saranno così articolati: 3 obiettivi preliminari che producono solo un moltiplicatore, obiettivi tematici che producono un punteggio pari a 70/100, obiettivi di *performance* complessiva che producono un punteggio pari a 30/100, con la precisazione che il punteggio di questi ultimi sarà reso noto quanto l'SSSA (Scuola Superiore S. Anna di Pisa) comunicherà i dati sulle percentuali di raggiungimento di ciascun obiettivo alla Regione Lazio;

RITENUTO altresì necessario, al fine di dotare il sistema degli obiettivi di cui al presente decreto di meccanismi procedurali atti a renderlo flessibile e in grado di affrontare adeguatamente esigenze e situazioni sopravvenute, di prevedere la facoltà della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria di modificare, con successivo atto, e/o specificare gli indicatori considerati per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati;

DECRETA

per le motivazioni espone in premessa, che integralmente si richiamano:

1. di approvare l'Allegato A, che forma parte integrante del presente decreto, denominato “*Regolamento in materia di criteri e procedure di valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione Lazio ai Direttori Generali delle Aziende del SSR*”;
2. di approvare l'Allegato B, che forma parte integrante del presente decreto, denominato “*Obiettivi preliminari*”, nel quale sono indicati, per ciascuna Azienda, gli obiettivi preliminari assegnati ai Direttori Generali, ivi compresi gli indicatori, i pesi, i risultati attesi, nonché la procedura da osservare e le Aree della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria preposte alla valutazione degli obiettivi assegnati;
3. di approvare l'Allegato C costituito dagli indicatori utilizzati dal Network delle Regioni;
4. di approvare l'Allegato D costituito dagli obiettivi tematici (obiettivi di budget);

Segue decreto n. _____

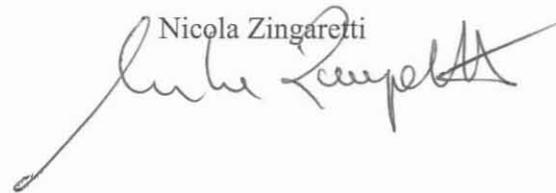
IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

5. di stabilire che, qualora in sede di valutazione emergesse l'impossibilità di effettuare la verifica in ordine al raggiungimento di obiettivi assegnati in conseguenza di elementi o fatti non ascrivibili alla responsabilità del soggetto sottoposto a valutazione, detti obiettivi potranno essere esclusi dalla base di calcolo, al fine di non arrecare pregiudizio al predetto soggetto, con conseguente riparametrazione di tutti i punteggi attribuiti agli altri obiettivi;
6. di stabilire, ai fini della verifica dei Direttori Generali, il raggiungimento di un valore superiore a 0, nei 3 obiettivi preliminari, al di sotto del quale la verifica si intenderà avere esito negativo, ad ogni effetto previsto dalla normativa vigente;
7. di stabilire, per l'anno 2015, il riconoscimento di un'indennità di risultato pari al 20% del trattamento economico annuale del direttore generale, da porre direttamente a carico dei bilanci aziendali;
8. di pubblicare il presente Decreto nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e di disporre la notificazione a tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere-Universitarie, Fondazione Policlinico Tor Vergata, I.R.C.C.S. di diritto pubblico, ARES 118).

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato, entro il termine di centoventi giorni.

IL COMMISSARIO AD ACTA

Nicola Zingaretti




Allegato A

Regolamento in materia di

***CRITERI E PROCEDURE DI
VALUTAZIONE
DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI
OBIETTIVI ASSEGNATI DALLA
REGIONE LAZIO AI
DIRETTORI GENERALI***

Art. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente regolamento è rivolto ai Direttori Generali delle seguenti strutture:

❖ **dodici aziende territoriali:**

1. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma A
2. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma B
3. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma C
4. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma D
5. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma E
6. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma F
7. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma G
8. Azienda Sanitaria Unità Locale Roma H
9. Azienda Sanitaria Unità Locale Latina
10. Azienda Sanitaria Unità Locale Frosinone
11. Azienda Sanitaria Unità Locale Viterbo
12. Azienda Sanitaria Unità Locale Rieti

❖ **due Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale:**

1. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
2. Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

❖ **tre strutture sanitarie universitarie:**

1. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I°
2. La Fondazione "Policlinico Tor Vergata"
3. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea.

❖ **gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico:**

1. Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" ed Istituti Fisioterapici Ospitalieri

❖ **l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118**

2. Il presente regolamento costituisce l'Allegato A al decreto del Commissario ad acta avente ad oggetto *"Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2015"*, che assegna, per l'anno 2015, gli obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende del SSR per la relativa valutazione.

Art. 2 – OBIETTIVI

1. Gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali sono stati individuati dal Commissario ad acta su proposta delle Aree della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio – Sanitaria e del Dipartimento di Epidemiologia S.S.R./RME.
2. Gli obiettivi assegnati sono stati calibrati anche in considerazione della data di assegnazione degli stessi e declinati in coerenza con le linee di azione descritte nei Programmi Operativi 2013-2015.
3. Gli obiettivi assegnati sono articolati in:
 - **Obiettivi preliminari che producono solo un moltiplicatore** e riguardano:
 - Adempimenti LEA (punto e) della griglia LEA
 - Raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario
 - Obblighi formativi (punti c2 e c3) della griglia LEA
 - **Obiettivi tematici (obiettivi di budget) che producono un punteggio pari a 70/100**, relativi ai seguenti argomenti:
 - Investimenti
 - Appropriately ed esiti delle cure
 - Riorganizzazione della rete ospedaliera
 - Assistenza territoriale
 - Prevenzione e screening
 - Governo delle liste di attesa
 - Assistenza farmaceutica
 - Controlli analitici
 - Formazione
 - **Obiettivi di performance complessiva che producono un punteggio pari a 30/100**
 - Obiettivi parametrati sulla *performance* complessiva realizzata, in base alla griglia di indicatori utilizzati dal Network delle regioni. Il relativo punteggio sarà reso noto quando l'SSSA comunicherà alla Regione Lazio i dati sulle percentuali di raggiungimento di ciascun obiettivo.
4. Gli obiettivi assegnati costituiranno il parametro per la valutazione dei Direttori Generali, secondo quanto previsto nel presente Regolamento.

Art. 3 – PROCEDURA DI VALUTAZIONE

1. Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi sarà periodico, secondo la scadenza temporale di seguito riportata, entro le quali i Direttori Generali dovranno inviare, solo via mail ed esclusivamente in formato elettronico, le schede predisposte relative al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati (secondo il modello di cui agli allegati B, C e D al Decreto, e, ove ritenuto necessario ed opportuno, una sintetica relazione attestante eventuali criticità riscontrate per il loro raggiungimento, e/o che indichi gli eventuali atti formali adottati, e/o le iniziative intraprese:
 - 30 novembre 2015;

2. Successivamente, entro il 31 gennaio 2016, i direttori generali dovranno trasmettere il file riepilogativo relativo all'anno 2015 (utilizzando sempre le schede allegate), accompagnato da una sintetica relazione riepilogativa.
3. Il referente individuato dalla Direzione per le suddette attività di monitoraggio è il Dirigente dell'Area Pianificazione Strategica, Verifica e Controlli Attività Sanitaria - che in sede di monitoraggio, sia periodico che finale - potrà chiedere integrazioni, chiarimenti e/o supporti documentali ulteriori rispetto a quelli eventualmente già inviati.
4. Entro il 31 luglio 2016 – fatta salva la data di approvazione dei bilanci - la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria, avvalendosi delle aree regionali competenti e del Dipartimento di Epidemiologia del SSR/ASL RME, fornirà all'OIV Regionale le risultanze della propria valutazione (“RELAZIONE DELLA DIREZIONE REGIONALE”) in ordine al raggiungimento degli obiettivi – per un punteggio massimo di 70/100 - da parte di ciascun Direttore Generale e le eventuali relazioni di scostamento.
5. Entro il 30 ottobre 2016, l'OIV, sulla base della relazione trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria e, previo incontro con gli interessati se opportuno o necessario, acquisito il parere di cui all'art.3-bis, comma 6 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. dalla Conferenza Locale per la Sanità, istituita ai sensi degli artt.12 e 13 della Legge Regionale 16 giugno 1994 e ss. mm. e ii., provvederà alla valutazione finale e ne trasmetterà le risultanze al Commissario ad, indicando il punteggio complessivamente conseguito da ciascun Direttore Generale.
6. Il parere di cui all'art.3-bis, comma 6 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. deve essere reso nel termine di 10 giorni dalla richiesta e in caso di mancato rilascio nel termine assegnato può essere pretermesso, così come previsto dall'art.3-bis, comma 7 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.
7. I termini di cui ai precedenti commi 4, 5 e 6 potranno, in ragione delle criticità del processo valutativo che dovessero eventualmente presentarsi, essere debitamente e motivatamente prorogati unicamente per ciò che concerne gli obiettivi dell'Area Economico Finanziaria.
8. Nelle more dell'adozione del provvedimento di assegnazione dei nuovi obiettivi, verrà comunque osservata la procedura sopra delineata, con le scadenze temporali sopra individuate.

Art. 4 – ESITO DELLE VALUTAZIONI

1. La verifica si conclude con l'adozione di un Decreto del Commissario ad acta di valutazione del raggiungimento degli obiettivi da parte dei Direttori Generali, previa acquisizione del parere obbligatorio e non vincolante dell'OIV regionale.
2. L'eventuale esito negativo della verifica concernente il conseguimento dei risultati aziendali ed il raggiungimento degli obiettivi potrà determinare la risoluzione del rapporto tra Regione Lazio e Direttore Generale e la decadenza dall'ufficio, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 3 bis D. Lgs. 502/1992), nonché il mancato totale o parziale riconoscimento dell'indennità di risultato prevista dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n.502 del 19.07.1995 e ss. mm. e ii., e quantificata nel 7% della retribuzione annua.

Art. 5 - SCHEDE DI VALUTAZIONE

- Gli Allegati B, C e D al Decreto definiscono gli obiettivi assegnati per ciascuna azienda del SSR.
Il punteggio complessivo attribuibile a ciascun Direttore Generale è così costituito:
- i tre obiettivi preliminari danno luogo, ciascuno, ad un moltiplicatore. Nel caso in cui anche **uno solo dei tre moltiplicatori sia uguale a 0**, il punteggio attribuibile agli obiettivi tematici sarà, comunque, pari a 0. In tal caso si applicheranno le norme previste per le regioni sottoposte a piano di rientro e la verifica avrà, per ciò solo, esito negativo e sarà idonea ad incidere, in conformità alla normativa vigente, sulla decadenza dei Direttori Generali. Nel caso in cui tutti e tre i moltiplicatori siano maggiori di 0 si procede con la valutazione degli obiettivi tematici. E' possibile ottenere un punteggio di 100 solo se tutti e tre i moltiplicatori sono uguali a 1; (Allegato B)
- il prodotto dei moltiplicatori genera un coefficiente che sarà applicato al punteggio raggiunto con gli obiettivi tematici.

Il totale di 100 punti attribuibili con gli obiettivi tematici, a sua volta, è composto da:

- **30 punti**, da assegnare tenendo conto della *performance* complessiva realizzata, in base alla griglia di indicatori utilizzati dal *Network* delle regioni coordinato dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa (SSSA). Il relativo punteggio sarà reso noto quanto l'SSSA comunicherà alla Regione Lazio i dati sulle percentuali di raggiungimento di ciascun obiettivo. (Allegato C).
- **70 punti** da attribuire in considerazione del raggiungimento degli obiettivi tematici (obiettivi di budget). (Allegato D)

Art. 6 - TRASPARENZA DEI RISULTATI

L'esito della valutazione sarà comunicato agli interessati e verrà pubblicato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trasparenza, sul portale regionale.

Art. 7 - VALUTAZIONE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVI E DEI DIRETTORI SANITARI DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

I Direttori Generali delle Aziende del SSR individuate sub art.1 sono tenuti ad assegnare ai rispettivi Direttori Amministrativi e Sanitari obiettivi specifici al fine di perseguire gli obiettivi individuati dagli Allegati B, C e D al Decreto.

Art. 8 - NORMA DI RINVIO

Per quanto non previsto dal presente Regolamento si rinvia al D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e al Regolamento Regionale n. 1 del 2002 e ss. mm. e ii.

| TAB. B.1.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) | | | | | | | |
|---|---|---|------|--|--|---|---|
| ASL ROMA A | | | | | | | |
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 1 | Prevenzione | 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) <i>N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2015/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015</i> | 1 | tutte >= 95% | tutte >= 93% | una < 93% | più di 1 < 93% |
| | | 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) <i>N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2015/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015</i> | 0,2 | >= 95% | 92% - 95% | < 92% e in aumento | < 92% e non in aumento |
| | | 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) <i>N. soggetti di età >= 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età >= 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna</i> | 0,2 | >= 75% | 64% - 75% | < 64% e in aumento | < 64% e non in aumento |
| 2 | Prevenzione | Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto - <i>Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2]</i> - <i>Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / [donne residenti (25-64) / 3]</i> - <i>Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2] * 100</i> | 0,6 | score >= 9 | score 7 - 8 | score 5 - 6 | score 0 - 4 |
| 3 | Prevenzione | Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 1 | >= 85 | 80 - 85 | < 80 e in aumento | < 80 e non in aumento |
| 4 | Prevenzione salute nei luoghi di lavoro | Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare | 0,5 | >98% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 | 60%-98% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 | <60% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e in aumento | <60% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e non in aumento |
| 5 | Prevenzione | 5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza | 0,4 | Controlli effettuati >= 99,9% e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1% | Controlli effettuati <= 99,9% e >= 98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0,1% | Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli >= 98% e < 99,9% dei controllati e prevalenza in aumento. | Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza nella aziende > 0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96% |

| TAB. B.1.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------|---|---|--|---|
| ASL ROMA A | | | | | | | |
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 5 | Prevenzione | 5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovcaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie | 0,4 | Controlli effettuati >= 99,8% per ciascuna delle 3 specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,2% con trend in diminuzione | Controlli effettuati < 99,8% e >= 98% per ciascuna delle 3 specie e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0,2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >= 99,8% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento | Controlli effettuati < 98% e >= 96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure >= 98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. | Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza delle aziende > 0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96%. |
| | | | | Regioni dell'OM >= 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). | Regioni dell'OM < 98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). | | |
| | | | | Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0 | Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0 | | |
| | | 5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovcaprine controllate (3%) per anagrafe ovcaprina | 0,1 | >= 99,7% | 98% - 99,6% | 95% - 97,9% | < 95% |
| 6 | Prevenzione | 6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui | 0,3 | >= 98% | 90% - 97,9% | 80% - 89,9% | < 80% |
| | | 6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95 | 0,1 | >= 160 | < 160 e >= 120 | < 120 e >= 50 | < 50 |

| TAB. B.1.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) ASL ROMA A | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|------|---|---|---|---|
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 6 | | 6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti | 0,2 | ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM | ≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra | ≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre | < 70% in almeno 2 categorie |
| 7 | Distrettuale | Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età) | 1,11 | ≤ 530 | 530 - 560 | > 560 e in diminuzione | > 560 e non in diminuzione |
| 8 | Distrettuale anziani | Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI | 2,22 | ≥ 1,8 | ≥ 1,1 e < 1,8 | < 1,1 e in aumento | < 1,1 e non in aumento |
| 13 | Distrettuale | Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti | 0,56 | 5,1 - 7,5 estremi inclusi | 3 - 5,1 o 7,5 - 9 | < 3 e in aumento o > 9 e non in aumento | < 3 e non in aumento o > 9 e in aumento |
| 14 | Distrettuale salute mentale | Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab. | 1,11 | ≥ 10,2 | ≥ 6,3 e < 10,2 | < 6,3 e in aumento | < 6,3 e non in aumento |
| 15 | Ospedaliera | 15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti | 1,5 | ≤ 160 | 160 - 170 | > 170 e non in aumento | > 170 e in aumento |
| | | 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti | 1 | ≤ 7 | 7-13 | > 13 e in diminuzione | > 13 e non in diminuzione |
| | | 15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti | 0,5 | ≤ 90 | 90 - 117 | > 117 e in diminuzione | > 117 e non in diminuzione |

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------|
| ≥ 88 | 1,00 |
| 87 | 0,94 |
| 86 | 0,88 |
| 85 | 0,82 |
| 84 | 0,76 |
| 83 | 0,71 |
| 82 | 0,65 |
| 81 | 0,59 |
| 80 | 0,53 |
| 79 | 0,47 |
| 78 | 0,41 |
| 77 | 0,35 |
| 76 | 0,29 |
| 75 | 0,24 |
| 74 | 0,18 |
| 73 | 0,12 |
| 72 | 0,06 |
| < 72 | Inadempiente Griglia LEA - 0,00 |

| TAB. B.1.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) ASL ROMA B, ROMA C, ROMA D, ROMA E, ROMA F, ROMA G, ROMA H, RIETI, VITERBO, LATINA E FROSINONE | | | | | | | |
|---|---|---|------|---|--|--|---|
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 1 | Prevenzione | 1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) <i>N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib, entro il 31 dicembre 2015/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015</i> | 1 | tutte >= 95% | tutte >= 93% | una < 93% | più di 1 < 93% |
| | | 1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) <i>N. di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati, con cicli completi (1 dose) per MPR, entro il 31 dicembre 2015/N. soggetti della coorte di nascita dei due anni precedenti a quello di riferimento (2013) residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre 2015</i> | 0,2 | >= 95% | 92% - 95% | < 92% e in aumento | < 92% e non in aumento |
| | | 1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) <i>N. soggetti di età >= 65 vaccinati e residenti nel territorio di competenza/N. soggetti di età >= 65 anni residenti nel territorio di competenza al 31 dicembre dell'anno di svolgimento della campagna</i> | 0,2 | >= 75% | 64% - 75% | < 64% e in aumento | < 64% e non in aumento |
| 2 | Prevenzione | Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto <i>- Persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2] - Persone in età target che seguono il test di screening per cervice uterina / [donne residenti (25-64) / 3] - Persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2] * 100</i> | 0,6 | score >= 9 | score 7 - 8 | score 5 - 6 | score 0 - 4 |
| 3 | Prevenzione | Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro | 1 | >= 85 | 80 - 85 | < 80 e in aumento | < 80 e non in aumento |
| 4 | Prevenzione salute nei luoghi di lavoro | Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare | 0,5 | >98% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 | 60%-98% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 | <60% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e in aumento | <60% di quanto assegnato con nota prot.304080/GR/11/11 del 5/6/2015 e non in aumento |
| 5 | Prevenzione | 5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza | 0,4 | Controlli effettuati >= 99,9% e conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,1% | Controlli effettuati <= 99,9% e >= 98% e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0,1% | Controlli effettuati < 98% e >= 96% (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure controlli >= 98% e < 99,9% dei controllati e prevalenza in aumento. | Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza nella aziende > 0,1%. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96% |
| | | | | Controlli effettuati < 99,8% e >= 98% per ciascuna delle 3 specie e inoltre uno dei seguenti casi: - prevalenza delle aziende < 0,2% per ciascuna delle 3 specie - prevalenza compresa tra 0,2% e 0,4% ma con trend in diminuzione - Regioni con controlli >= 99,8% ma prevalenza > di 0,2% o in aumento | Controlli effettuati >= 99,8% per ciascuna delle 3 | Controlli effettuati < 98% e >= 96% anche per una sola delle 3 specie (eccetto le Regioni Ufficialmente Indenni a cui si assegna punteggio 0); oppure >= 98% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e prevalenza in aumento. | Regioni Ufficialmente Indenni con controlli < 98% o con prevalenza delle aziende > 0,2%, anche per una sola specie. Regioni non Ufficialmente Indenni con controlli < 96%. |

| TAB. B.1.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) ASL ROMA B, ROMA C, ROMA D, ROMA E, ROMA F, ROMA G, ROMA H, RIETI, VITERBO, LATINA E FROSINONE | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|------|---|---|--|---|
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| | | 5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - percentuale di allevamenti controllati per BRUCELLOSI ovcaprina, bovina e bufalina e, per le Regioni di cui all'OM 14/12/2006 e seguenti, il rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi nonché riduzione della prevalenza in tutte le specie | 0,4 | specie e, per ciascuna specie, conferma della qualifica di Regioni Ufficialmente Indenni o, per le Regioni prive di qualifica, prevalenza delle aziende < 0,2% con trend in diminuzione | Regioni dell'OM ≥ 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0 | Regioni dell'OM Controlli effettuati ≥ 98% e < 99,8% dei controllati per ciascuna delle 3 specie e: - prevalenza delle aziende per ciascuna delle 3 specie in diminuzione - rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN). Nel caso di mancato rispetto di almeno 1 dei 3 criteri (prevalenza, tempi di ricontrollo e tempi di refertazione) si assegna punteggio 0 | Regioni dell'OM < 98% anche per una sola specie, oppure prevalenza delle aziende in aumento per 1 delle 3 specie oppure mancato rispetto dei tempi di ricontrollo e dei tempi di refertazione degli esiti di laboratorio in almeno l'80% dei casi (dati rilevabili attraverso SANAN) |
| | | 5.3 ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovcaprine controllate (3%) per anagrafe ovcaprina | 0,1 | ≥ 99,7% | 98% - 99,6% | 95% - 97,9% | < 95% |
| 6 | Prevenzione | 6.1 CONTAMINAZIONE DEGLI ALIMENTI - Controlli per la riduzione del rischio di uso di farmaci, sostanze illecite e presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui | 0,3 | ≥ 98% | 90% - 97,9% | 80% - 89,9% | < 80% |
| | | 6.2 CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE: percentuale di campionamenti effettuati sul totale dei programmati, negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione, articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95 | 0,1 | ≥ 160 | < 160 e ≥ 120 | < 120 e ≥ 50 | < 50 |
| | | 6.3 CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti | 0,2 | ≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM | ≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nell'altra | ≥ 90% in 4 delle categorie previste dal DM e < 70% nell'altra, oppure ≥ 90% in 3 delle categorie previste dal DM e ≥ 70% nelle altre, oppure ≥ 90% in 2 delle categorie previste dal DM e ≥ 80% nelle altre | < 70% in almeno 2 categorie |
| 7 | Distrettuale | Somma ponderata di tassi specifici per alcune condizioni/patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, BPCO. (Indice pesato per fasce d'età) | 1,11 | ≤ 530 | 530 - 560 | > 560 e in diminuzione | > 560 e non in diminuzione |
| 8 | Distrettuale anziani | Percentuali di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI | 2,22 | ≥ 1,8 | ≥ 1,1 e < 1,8 | < 1,1 e in aumento | < 1,1 e non in aumento |
| 13 | Distrettuale | Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti | 0,56 | 5,1 - 7,5 estremi inclusi | 3 - 5,1 o 7,5 - 9 | < 3 e in aumento o > 9 e non in aumento | < 3 e non in aumento o > 9 e in aumento |
| 14 | Distrettuale salute mentale | Utenti presi in carico dai centri di salute mentale per 100.000 ab. | 1,11 | ≥ 10,2 | > =6,3 e < 10,2 | < 6,3 e in aumento | < 6,3 e non in aumento |
| 15 | Ospedaliera | 15.1 Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 residenti | 1,5 | ≤ 160 | 160 - 170 | > 170 e non in aumento | > 170 e in aumento |
| | | 15.2 Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti | 1 | ≤ 7 | 7-13 | > 13 e in diminuzione | > 13 e non in diminuzione |

| TAB. B.1.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) ASL ROMA B, ROMA C, ROMA D, ROMA E, ROMA F, ROMA G, ROMA H, RIETI, VITERBO, LATINA E FROSINONE | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------|-------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------|
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| | | 15.3 Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti | 0,5 | <= 90 | 90 - 117 | > 117 e in diminuzione | > 117 e non in diminuzione |
| 16 | Ospedaliera | Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (per osp. a gestione diretta) | 1,5 | >= 42% | 35% - 42% | < 35% e in aumento | < 35% e non in aumento |
| 17 | Ospedaliera | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (per osp. a gestione diretta) | 2,5 | <= 0,29 | 0,29 - 0,39 | > 0,39 e in diminuzione | > 0,39 e non in diminuzione |
| 18 | Ospedaliera | Percentuale parti cesarei primari (per osp. a gestione diretta) | 1 | <= 18% | 18% - 23% | > 23% e in diminuzione | > 23% e non in diminuzione |
| 19 | Ospedaliera | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario (per osp. a gestione diretta) | 1 | >= 55% | 30% - 55% | < 30% e in aumento | < 30% e non in aumento |

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------|
| ≥ 128 | 1,00 |
| 127 | 0,96 |
| 126 | 0,91 |
| 125 | 0,87 |
| 124 | 0,83 |
| 123 | 0,78 |
| 122 | 0,74 |
| 121 | 0,70 |
| 120 | 0,65 |
| 119 | 0,61 |
| 118 | 0,57 |
| 117 | 0,52 |
| 116 | 0,48 |
| 115 | 0,43 |
| 114 | 0,39 |
| 113 | 0,35 |
| 112 | 0,30 |
| 111 | 0,26 |
| 110 | 0,22 |
| 109 | 0,17 |
| 108 | 0,13 |
| 107 | 0,09 |
| 106 | 0,04 |
| < 106 | Inadempiente Griglia LEA - 0,00 |

| TAB. B.1.3 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------|-------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------|
| IRCCS IFO-INMI | | | | | | | |
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 16 | Ospedaliera | Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari | 1,5 | >= 42% | 35% - 42% | < 35% e in aumento | < 35% e non in aumento |
| 17 | Ospedaliera | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario | 3 | <= 0,29 | 0,29 - 0,39 | > 0,39 e in diminuzione | > 0,39 e non in diminuzione |
| A* | Ospedaliera | % ricoveri in DH medico con finalit  diagnostica | 1 | <17% | >25% | >33% | >=33% |
| B* | Ospedaliera | Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati | 1,5 | <1 | ≥1 e <2 | ≥2 e <3 | ≥3 |

(*) Indicatore non presente nella Griglia LEA e mutuato dal set utilizzato dal network delle Regioni

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------|
| ≥ 48 | 1,00 |
| 47 | 0,92 |
| 46 | 0,83 |
| 45 | 0,75 |
| 44 | 0,67 |
| 43 | 0,58 |
| 42 | 0,50 |
| 41 | 0,42 |
| 40 | 0,33 |
| 39 | 0,25 |
| 38 | 0,17 |
| 37 | 0,08 |
| < 37 | Inadempiente Griglia LEA - 0,00 |

| TAB. B.1.4 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------|-------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------|
| AZIENDA OSPEDALIERA S. ANDREA | | | | | | | |
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 16 | Ospedaliera | Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari | 1,5 | >= 42% | 35% - 42% | < 35% e in aumento | < 35% e non in aumento |
| 17 | Ospedaliera | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | 3 | <= 0,29 | 0,29 - 0,39 | > 0,39 e in diminuzione | > 0,39 e non in diminuzione |
| 19 | Ospedaliera | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 1 | >= 55% | 30% - 55% | < 30% e in aumento | < 30% e non in aumento |
| A* | Ospedaliera | % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica | 1 | <17% | >25% | >33% | >=33% |
| B* | Ospedaliera | Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati | 1,5 | <1 | ≥1 e <2 | ≥2 e <3 | ≥3 |

(*) Indicatore non presente nella Griglia LEA e mutuato dal set utilizzato dal network delle Regioni

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------|
| ≥ 54 | 1,00 |
| 53 | 0,92 |
| 52 | 0,83 |
| 51 | 0,75 |
| 50 | 0,67 |
| 49 | 0,58 |
| 48 | 0,50 |
| 47 | 0,42 |
| 46 | 0,33 |
| 45 | 0,25 |
| 44 | 0,17 |
| 43 | 0,08 |
| < 43 | Inadempiente Griglia LEA - 0,00 |

1

| TAB. B.1.5 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) AZ. OSP. S. CAMILLO-FORLANINI, AZ. OSP. S. GIOVANNI-ADDOLORATA, POLICLINICO "UMBERTO I", POLICLINICO TOR VERGATA | | | | | | | |
|---|-----------------------|---|------|-------------------------|-------------|-------------------------|-----------------------------|
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 16 | Ospedaliera | Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari | 1,5 | >= 42% | 35% - 42% | < 35% e in aumento | < 35% e non in aumento |
| 17 | Ospedaliera | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | 3 | <= 0,29 | 0,29 - 0,39 | > 0,39 e in diminuzione | > 0,39 e non in diminuzione |
| 18 | Ospedaliera | Percentuale parti cesarei primari | 1 | <= 18% | 18% - 23% | > 23% e in diminuzione | > 23% e non in diminuzione |
| 19 | Ospedaliera | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 1 | >= 55% | 30% - 55% | < 30% e in aumento | < 30% e non in aumento |
| A* | Ospedaliera | % ricoveri in DH medico con finalità diagnostica | 1 | <17% | >25% | >33% | >=33% |
| B* | Ospedaliera | Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati | 1,5 | <1 | ≥1 e <2 | ≥2 e <3 | ≥3 |

(*) Indicatore non presente nella Griglia LEA e mutuato dal set utilizzato dal network delle Regioni

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------|
| ≥ 61 | 1,00 |
| 60 | 0,93 |
| 59 | 0,86 |
| 58 | 0,79 |
| 57 | 0,71 |
| 56 | 0,64 |
| 55 | 0,57 |
| 54 | 0,50 |
| 53 | 0,43 |
| 52 | 0,36 |
| 51 | 0,29 |
| 50 | 0,21 |
| 49 | 0,14 |
| 48 | 0,07 |
| < 48 | Inadempiente Griglia LEA - 0,00 |

| TAB. B.1.6 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AGLI ADEMPIMENTI DELLA GRIGLIA LEA (punto E del questionario LEA) ARES - 118 | | | | | | | |
|---|-----------------------|--|------|-------------------------|---------|---------|-------|
| N. | Livello di assistenza | Definizione | Peso | Punteggi di valutazione | | | |
| | | | | 9 | 6 | 3 | 0 |
| 21 | Emergenza | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti) | 1,11 | <= 18 | 19 - 21 | 22 - 25 | >= 26 |

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------|
| 9,99 | 1,00 |
| 6,66 | 0,50 |
| <6 | Inadempiente Griglia LEA - 0,00 |

**TAB. B.2.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AL RAGGIUNGIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO
TUTTE LE AZIENDE USL**

Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda:

- Personale – tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base dell'effettivo numero di cessazioni verificatesi nel corso dell'anno;
- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati;
- Altri Beni e Servizi;
- Medicina di Base;
- Farmaceutica Convenzionata;
- Altre prestazioni da privato.

Valore dell'indicatore:

- compreso tra 0 e 75% - 0% completamento;
- compreso tra 75% e 85% - 50% completamento;
- compreso tra 85% e 95% - 80% completamento;
- compreso tra 95% e 100% - 100% completamento.

$$\frac{\sum_{i=1}^n (CONS\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}{\sum_{i=1}^n (BDG\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}$$

dove "i" sono le singole voci di costo controllabili da parte dell'Azienda

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------------|
| ≥ 95% | 1,00 |
| 94% | 0,95 |
| 93% | 0,90 |
| 92% | 0,86 |
| 91% | 0,81 |
| 90% | 0,76 |
| 89% | 0,71 |
| 88% | 0,67 |
| 87% | 0,62 |
| 86% | 0,57 |
| 85% | 0,52 |
| 84% | 0,48 |
| 83% | 0,43 |
| 82% | 0,38 |
| 81% | 0,33 |
| 80% | 0,29 |
| 79% | 0,24 |
| 78% | 0,19 |
| 77% | 0,14 |
| 76% | 0,10 |
| 75% | 0,05 |
| < 75% | Inadempiente Equilibrio EcoFin - 0,00 |

TAB. B.2.2 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AL RAGGIUNGIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

A.O. S. ANDREA, POLICLINICO UMBERTO I, IFO-INMI, ARES-118

Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda:

- Personale – tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base dell'effettivo numero di cessazioni verificatesi nel corso dell'anno;
- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati;
- Altri Beni e Servizi;
- Altre prestazioni da privato.

Valore dell'indicatore:

- compreso tra 0 e 75% - 0% completamento;
- compreso tra 75% e 85% - 50% completamento;
- compreso tra 85% e 95% - 80% completamento;
- compreso tra 95% e 100% - 100% completamento.

$$\frac{\sum_{i=1}^n (CONS\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}{\sum_{i=1}^n (BDG\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}$$

dove "i" sono le singole voci di costo controllabili da parte dell'Azienda

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------------|
| ≥ 95% | 1,00 |
| 94% | 0,95 |
| 93% | 0,90 |
| 92% | 0,86 |
| 91% | 0,81 |
| 90% | 0,76 |
| 89% | 0,71 |
| 88% | 0,67 |
| 87% | 0,62 |
| 86% | 0,57 |
| 85% | 0,52 |
| 84% | 0,48 |
| 83% | 0,43 |
| 82% | 0,38 |
| 81% | 0,33 |
| 80% | 0,29 |
| 79% | 0,24 |
| 78% | 0,19 |
| 77% | 0,14 |
| 76% | 0,10 |
| 75% | 0,05 |
| < 75% | Inadempiente Equilibrio EcoFin - 0,00 |

**TAB. B.2.3 - OBIETTIVI "PRELIMINARI" LEGATI AL RAGGIUNGIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO
AZ. OSP. S. CAMILLO-FORLANINI, AZ. OSP. S. GIOVANNI-ADDOLORATA, POLICLINICO TOR VERGATA**

Verifica raggiungimento dell'obiettivo di budget 2015 sull'aggregato complessivo dei costi direttamente governabili da parte dell'Azienda:

- Personale – tenendo conto che il valore potrà essere aggiornato sulla base dell'effettivo numero di cessazioni verificatesi nel corso dell'anno;
- Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati;
- Altri Beni e Servizi;
- Prestazioni da privato – ambulatoriale (Sumaisti);
- Altre prestazioni da privato.

Valore dell'indicatore:

- compreso tra 0 e 75% - 0% completamento;
- compreso tra 75% e 85% - 50% completamento;
- compreso tra 85% e 95% - 80% completamento;
- compreso tra 95% e 100% - 100% completamento.

$$\frac{\sum_{i=1}^n (CONS\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}{\sum_{i=1}^n (BDG\ 2015_i - CONS\ 2014_i)}$$

dove "i" sono le singole voci di costo controllabili da parte dell'Azienda

| Punteggio | Moltiplicatore |
|-----------|---------------------------------------|
| ≥ 95% | 1,00 |
| 94% | 0,95 |
| 93% | 0,90 |
| 92% | 0,86 |
| 91% | 0,81 |
| 90% | 0,76 |
| 89% | 0,71 |
| 88% | 0,67 |
| 87% | 0,62 |
| 86% | 0,57 |
| 85% | 0,52 |
| 84% | 0,48 |
| 83% | 0,43 |
| 82% | 0,38 |
| 81% | 0,33 |
| 80% | 0,29 |
| 79% | 0,24 |
| 78% | 0,19 |
| 77% | 0,14 |
| 76% | 0,10 |
| 75% | 0,05 |
| < 75% | Inadempiente Equilibrio EcoFin - 0,00 |

**TAB. B.3.1 - OBIETTIVO "PRELIMINARE" LEGATO AL COMPLETAMENTO DELL'INTEGRAZIONE CON ASUR
E ALLA COMPLETEZZA E ALLA QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI (punti C2 e C3 del questionario LEA)**

TUTTE LE AZIENDE SANITARIE AD ESCLUSIONE DI ARES 118

| Collegamento con ASUR attivo, scarico regolare delle code e piena integrazione con almeno 1 sistema aziendale | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Valutazione finale di completezza (C2) | Valutazione finale di qualità (C3) | | |
| | ≤ 25 | > 25 e < 40 | ≥ 40 |
| > 45 e nessun flusso mancante | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | 0,8 | 1 |
| > 40 e nessun flusso mancante | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | 0,6 | 0,8 |
| ≤ 40 oppure uno o più flussi mancanti | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 |

| Collegamento con ASUR non attivo o mancata piena integrazione con almeno 1 sistema aziendale | | | |
|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Valutazione finale di completezza (C2) | Valutazione finale di qualità (C3) | | |
| | ≤ 25 | > 25 e < 40 | ≥ 40 |
| > 45 e nessun flusso mancante | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | 0,4 | 0,5 |
| > 40 e nessun flusso mancante | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | 0,3 | 0,4 |
| ≤ 40 oppure uno o più flussi mancanti | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 | Indempiente Flussi Informativi - 0,00 |

I riferimenti per le valutazioni finali di completezza e qualità saranno opportunamente riproporzionati in caso di presenza di flussi non applicabili all'azienda considerata

ARES 118

| | SI | NO |
|--|-------------|-------------|
| Collegamento con ASUR attivo, scarico regolare delle code e piena integrazione con almeno 1 sistema aziendale | 1,00 | 0,50 |

TAB. C.1 - Indicatori utilizzati dal network delle Regioni
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 30 punti

| Codice indicatore | Descrizione Indicatore | Aziende interessate |
|---|---|----------------------------------|
| VALUTAZIONE SALUTE DELLA POPOLAZIONE (A) | | |
| A1 | Mortalità | |
| A1.1 | Mortalità nel primo anno di vita | AUSL |
| A2 | Mortalità tumori | AUSL |
| A3 | Mortalità per malattie circolatorie | AUSL |
| A4 | Mortalità per suicidi | AUSL |
| CAPACITA' PERSEGUIMENTO ORIENTAMENTI REGIONALI (B) | | |
| B4 | Strategie per il controllo del dolore | |
| B4.1.1 | Consumo territoriale di farmaci oppioidi | AUSL |
| B7 | Copertura vaccinale | |
| B7.3 | Copertura vaccinale papilloma virus (HPV) | AUSL |
| B7.4 | Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari | AUSL |
| B7.5 | Copertura vaccinale antimeningococcico | AUSL |
| B7.6 | Copertura vaccinale antipneumococcico | AUSL |
| VALUTAZIONE SANITARIA (C) | | |
| B8 | Malattie infettive | |
| B8.1 | Proporzione malattie invasive batteriche con ceppo microbico tipizzato | AUSL |
| B8.3 | % Esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare | AUSL |
| C2a | Indice di performance degenza media per acuti | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C3.3 | Indice di performance della degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C14 | Appropriatezza medica | |
| C4.8 | Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione std per 10.000 residenti | AUSL |
| C14.3 | % ricoveri ordinari medici brevi | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C14.3a | Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti | AUSL |
| C14.4 | % di ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C4 | Appropriatezza Chirurgica | |
| C4.1 | % Drg medici da reparti chirurgici | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C4.1.1 | % Drg medici da reparti chirurgici: ricoveri ordinari | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C4.1.2 | % Drg medici da reparti chirurgici: day-hospital | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C4.4 | % colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C4.7 | Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day-Surgery | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C5 | Qualità di processo | |
| C5.3 | % prostatectomie transuretrali | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C7 | Materno-Infantile | |
| C7.7 | Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni) | AUSL |
| C7.7.1 | Tasso di ricovero nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) | AUSL |
| C8a | Integrazione ospedale-territorio | |
| C8b.2 | Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti | AUSL |
| C8a.19 | Pediatria di base | |
| C8a.19.1 | Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni) | AUSL |
| C8a.19.2 | Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni | AUSL |
| C10 | Percorso oncologico | |
| C10.2.1 | % di interventi conservativi e nipple/skin sparing/ricostruttivi alla mammella per tumore maligno | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C17.1 | Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella | |
| C17.1.1 | % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C17.1.2 | Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla mammella | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C17.5 | Volumi interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata | |
| C17.5.1 | % ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C17.5.2 | Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per tumore alla prostata | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C13a | Appropriatezza prescrittiva diagnostica | |
| C13a.2.2.1 | Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni) | AUSL |
| C13a.2.2.2 | % pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi | AUSL |
| C15 | Salute mentale | |
| C8a.13 | % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche | AUSL |
| C8a.13.2 | % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche, per azienda di erogazione | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| C8a.5 | Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni | AUSL |
| C16 | Pronto Soccorso | |
| C16.1 | % pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti | AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S. |
| C16.2 | % pazienti con codice verde visitati entro 1 ora | AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S. |
| C16.3 | % pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza ≤4h | AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S. |
| C16.4 | % pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza ≤8h*** | AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S. |
| C16.7 | % ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione | AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S. |
| C18 | Appropriatezza chirurgia elettiva | |
| C18.1 | Tasso osp. Tonsillectomie per 100.000 residenti (0-17 anni) | AUSL |
| C21 | Compliance assistenza farmaceutica | |
| C9.2 | % di abbandono delle statine (Ipolipemizzanti) | AUSL |
| C9.1.1 | % di abbandono di pazienti in terapia con Antidepressivi | AUSL |

TAB. C.1 - Indicatori utilizzati dal network delle Regioni
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 30 punti

| Codice indicatore | Descrizione Indicatore | Aziende interessate |
|--|---|----------------------------------|
| VALUTAZIONE ESTERNA (D) | | |
| D9 | % abbandoni dal Pronto Soccorso | AUSL esclusa RMA e AAOO con P.S. |
| D18 | % dimissioni volontarie | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA ED EFFICIENZA OPERATIVA (F) | | |
| F15.2 | Sicurezza sul lavoro - Copertura dell'attività ispettiva | |
| F15.2.1 | N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti | AUSL |
| F15.2.2 | N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni | AUSL |
| F15.2.3 | N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati | AUSL |
| F15.3 | Efficienza produttiva | |
| F15.3.1 | N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL | AUSL |
| F15.3.2 | N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL | AUSL |
| F17 | Costo sanitario pro-capite | AUSL |
| F18 | Costo medio dell'assistenza ospedaliera | |
| F18.1 | Costo medio per punto DRG Min. dei ricoveri acuti | AUSL esclusa RMA e AAOO |
| F19 | Costo medio per attività di diagnostica strumentale e per immagini | AUSL e AAOO |

TAB. D.1 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA A
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|--|-----------|--|--|-----------|
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 3 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 3 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP1 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 10 | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70% | DEP |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 4 | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | ≥ 80% | GR/11/15 |

TAB. D.1 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA A
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|--|--|-----------|
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 4 | Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza* Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | <=25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 3 | Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 3 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 5 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 5 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 3 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

TAB. D.1 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA A
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|--|--------------------------|---|--|-----------|
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 8 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 8 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 3 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ Budget\ 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 3 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ IV\ Trimestre\ 2014)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

| TAB. D.2 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA B | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Policlinico Casilino Sandro Pertini | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per entrambe le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Policlinico Casilino Sandro Pertini | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 per entrambe le strutture | DEP |

TAB. D.2 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA B
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|---|---|---|-----------|
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | Sandro Pertini | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥70% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Policlinico Casilino Sandro Pertini | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Policlinico Casilino Sandro Pertini | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | Policlinico Casilino, Sandro Pertini | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovrappollamento in PS (I) | 2 | Policlinico Casilino, Sandro Pertini | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | almeno il 20% in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovrappollamento PS (II) | 4 | Policlinico Casilino, Sandro Pertini | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | Sandro Pertini | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | Policlinico Casilino, Sandro Pertini | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | Policlinico Casilino, Sandro Pertini | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |

| TAB. D.2 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA B La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | <=25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tamite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.2 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA B | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_2 | Cefalosporine in età pediatrica | 1 | <i>Popolazione con età ≤ 14 trattata con Cefalosporine 2015 Popolazione con età ≤ 14 2015</i> | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ Budget\ 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 2 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ Budget\ 2015)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

| TAB. D.3 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA C La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Sant'Eugenio C.T.O. Alesini | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per entrambe le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Sant'Eugenio C.T.O. Alesini | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 per entrambe le strutture | DEP |

| TAB. D.3 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA C La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
|---|---|-----------|---|---|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | Sant'Eugenio C.T.O. Alesini | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Sant'Eugenio C.T.O. Alesini | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Sant'Eugenio C.T.O. Alesini | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70‰ | DEP |
| PRO-1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | Sant'Eugenio – C.T.O. | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO-2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | Sant'Eugenio – C.T.O. | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | Sant'Eugenio – C.T.O. | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | Sant'Eugenio – C.T.O. | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | Sant'Eugenio – C.T.O. | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | Sant'Eugenio – C.T.O. | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | | ≥ 4% | GR/11/15 |

TAB. D.3 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA C
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|--|--|-----------|
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancri screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancri invasivi screen-detected/numero di tutti i cancri screen detectedX100 | <=25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

TAB. D.3 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA C
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|--|--------------------------|--|--|-----------|
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 145 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ Budget\ 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 3 | $\frac{\sum CE\ Consuntivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 18,2% | GR/11/02 |

| TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | G. B. Grassi Policlinico L. Di Liegro | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per entrambe le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | G. B. Grassi | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |

TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|---|---|---|-----------|
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | G. B. Grassi | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | G. B. Grassi | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | G. B. Grassi | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovrappollamento in PS (I) | 2 | G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | Almeno il 20% per il Grassi Almeno il 40% per il Di Liegro | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovrappollamento PS (II) | 4 | G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | G. B. Grassi, Policlinico L. Di Liegro | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | ≥ 4% | GR/11/15 |

| TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza* Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | <=25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.4 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA D La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|--|--------------------------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 145 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_2 | Cefalosporine in età pediatrica | 1 | $\frac{\text{Popolazione con età } \leq 14 \text{ trattata con Cefalosporine 2015}}{\text{Popolazione con età } \leq 14 \text{ 2015}}$ | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 2 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo 2015}}{\sum \text{Valore Produzione 2015}}$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 10,1% | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 2 | $\sum (CE \text{ Consuntivo 2015} - CE \text{ IV Trimestre 2014})$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

| TAB. D.5 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA E | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Santo Spirito-Villa Betania San Filippo Neri | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per entrambe le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Santo Spirito-Villa Betania San Filippo Neri | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | Santo Spirito-Villa Betania San Filippo Neri | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥70% Santo Spirito ≥85% San Filippo Neri | DEP |

| TAB. D.5 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA E | | | | | | |
|---|---|-----------|---|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Santo Spirito-Villa Betania San Filippo Neri | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Santo Spirito-Villa Betania San Filippo Neri | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | Santo Spirito-Villa Betania, San Filippo Neri | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | Santo Spirito-Villa Betania, San Filippo Neri | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | Santo Spirito-Villa Betania, San Filippo Neri | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | San Filippo Neri | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | Santo Spirito-Villa Betania, San Filippo Neri | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | Santo Spirito-Villa Betania, San Filippo Neri | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | | ≤25% | GR/11/21 |

| TAB. D.5 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA E | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.5 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA E La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|--|--------------------------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 145 € | |
| | - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE\ Consumtivo\ 2015 - CE\ Budget\ 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 3 | $\frac{\sum CE\ Consumtivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 21,5% | GR/11/02 |

TAB. D.6 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA F
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
|------------------|--|-----------|--|---|--|-----------|
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbandono delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 3 | San Paolo di Civitavecchia Padre Pio di Bracciano | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per entrambe le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 3 | San Paolo di Civitavecchia | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | San Paolo di Civitavecchia Padre Pio di Bracciano | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per entrambe le strutture | DEP |

TAB. D.6 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA F
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
|------------------|--|-----------|--|--|---|-----------|
| DEP_4 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 3 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70‰ | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | San Paolo di Civitavecchia, Padre Pio di Bracciano | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si week-hospital in entrambe le strutture. Si area per intensità di cura a Civitavecchia | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | San Paolo di Civitavecchia, Padre Pio di Bracciano | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | Almeno il 20% per San Paolo Almeno il 40% per Padre Pio | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | San Paolo di Civitavecchia, Padre Pio di Bracciano | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | San Paolo di Civitavecchia, Padre Pio di Bracciano | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | San Paolo di Civitavecchia | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | San Paolo di Civitavecchia, Padre Pio di Bracciano | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVM attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | | ≤25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | | ≥80% | GR/11/21 |

| TAB. D.6 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA F | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA__1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.6 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA F | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a | | |
| | | 1 | Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b | | |
| | | 1 | (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c | | |
| | | 1 | (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR2 | Cefalosporine in età pediatrica | 1 | $\frac{\text{Popolazione con età} \leq 14 \text{ trattata con Cefalosporine 2015}}{\text{Popolazione con età} \leq 14 \text{ 2015}}$ | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ Budget } 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato | 2 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo } 2015}{\sum \text{Valore Produzione } 2015}$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 14,4% | GR/11/02 |

| TAB. D.7 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA G | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistemizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Parodi Delfino SS. Gonfalone Coniugi Bernardini A. Angelucci San Giovanni Evangelista | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per entrambe le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | San Giovanni Evangelista | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | Parodi Delfino Coniugi Bernardini A. Angelucci | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% Parodi Delfino ≥70% Coniugi Bernardini e A. Angelucci | DEP |

| TAB. D.7 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA G | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Parodi Delfino Coniugi Bernardini San Giovanni Evangelista | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per tutte le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | San Giovanni Evangelista | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | Parodi Delfino, SS. Gonfalone, Coniugi Bernardini, A. Angelucci, San Giovanni Evangelista | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si week-hospital in tutte le strutture. Si area per intensità di cura nelle quattro ad eccezione di A. Angelucci | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | Parodi Delfino, SS. Gonfalone, Coniugi Bernardini, A. Angelucci, San Giovanni Evangelista | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | Almeno il 20% per Parodi Delfino, Coniugi Bernardini e San Giovanni Evangelista Almeno il 40% per SS. Gonfalone e A. Angelucci | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | Parodi Delfino, SS. Gonfalone, Coniugi Bernardini, A. Angelucci, San Giovanni Evangelista | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 in tutte le strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | SS. Gonfalone, A. Angelucci, San Giovanni Evangelista | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 in tutte le strutture | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | Parodi Delfino, SS. Gonfalone, Coniugi Bernardini, San Giovanni Evangelista | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in tutte le strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | Parodi Delfino, SS. Gonfalone, Coniugi Bernardini, A. Angelucci, San Giovanni Evangelista | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in tutte le strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVM attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | ≥ 80% | GR/11/15 |

| TAB. D.7 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA G La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | <=25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.7 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA G La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|---|--------------------------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | GR/11/02 |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ Budget\ 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 3 | $\frac{\sum CE\ Consuntivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 18,2% | GR/11/02 |

| TAB. D.8 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA H | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | P.O. Anzio-Nettuno San Sebastiano-Frascati Paolo Colombo-Velletri P.O. Albano-Genzano | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per tutte le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | P.O. Anzio-Nettuno | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |

| TAB. D.8 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA H | | | | | | |
|---|---|-----------|---|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | P.O. Anzio-Nettuno Paolo Colombo-Velletri P.O. Albano-Genzano | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% P.O. Anzio-Nettuno e Paolo Colombo-Velletri ≥70% P.O. Albano-Genzano | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | P.O. Anzio-Nettuno San Sebastiano-Frascati Paolo Colombo-Velletri P.O. Albano-Genzano | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per tutte le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | P.O. Anzio-Nettuno | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70‰ | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | P.O. Anzio-Nettuno, San Sebastiano-Frascati, Paolo Colombo-Velletri | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si in tutte le strutture | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | P.O. Anzio-Nettuno, San Sebastiano-Frascati, Paolo Colombo-Velletri | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | Almeno il 40% San Sebastiano-Frascati Almeno il 20% P.O. Anzio-Nettuno, Paolo Colombo-Velletri | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | P.O. Anzio-Nettuno, San Sebastiano-Frascati, Paolo Colombo-Velletri | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | P.O. Anzio-Nettuno, San Sebastiano-Frascati, Paolo Colombo-Velletri | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzioni di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | P.O. Albano-Genzano P.O. Anzio-Nettuno, Paolo Colombo-Velletri | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 in tutte le strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | P.O. Anzio-Nettuno, San Sebastiano-Frascati, San Giuseppe-Marino, Paolo Colombo-Velletri P.O. Albano-Genzano, | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 in tutte le strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | ≥ 4% | GR/11/15 |

| TAB. D.8 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA H | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | Proporzione di cancri screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza* Numero dei cancri invasivi screen-detected/numero di tutti i cancri screen detectedX100 | <=25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA__1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.8 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL ROMA H | | | | | |
|---|--|-----------|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | <p>1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG.</p> <p>Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi:</p> <p>- Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP)</p> <p>- Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine.</p> <p>- Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani.</p> | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | GR/11/02 |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore $\geq 92\%$ | |
| FAR_2 | Cefalosporine in età pediatrica | 1 | $\frac{\text{Popolazione con età } \leq 14 \text{ trattata con Cefalosporine 2015}}{\text{Popolazione con età } \leq 14 \text{ 2015}}$ | Valore dell'indicatore $\leq 14\%$ | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati | 2 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ Budget } 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici | 2 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ Budget } 2015)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

| TAB. D.9 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL VITERBO | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Osp. Civitacastellana Osp. Tarquinia Belcolle di Viterbo | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per tutte le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Belcolle di Viterbo | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | Osp. Civitacastellana Belcolle di Viterbo | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% Osp. Civitacastellana ≥70% Belcolle di Viterbo | DEP |

| TAB. D.9 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL VITERBO | | | | | | |
|---|---|-----------|---|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Osp. Civitacastellana Osp. Tarquinia Belcolle di Viterbo | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per tutte le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Belcolle di Viterbo | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70‰ | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | Belcolle di Viterbo | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | Osp. Civitacastellana, Osp. Tarquinia, Belcolle di Viterbo | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. nei presidi ospedalieri | Almeno il 40% per Belcolle Almeno il 20% Tarquinia e Civitacastellana | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | Osp. Civitacastellana, Osp. Tarquinia, Belcolle di Viterbo | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | Osp. Civitacastellana, Belcolle di Viterbo | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | Belcolle di Viterbo | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | Osp. Civitacastellana, Osp. Tarquinia, Belcolle di Viterbo | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | | ≤25% | GR/11/21 |

| TAB. D.9 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL VITERBO | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.9 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL VITERBO | | | | | |
|---|---|--------------------------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: | 1 | Ulteriore Obiettivo a | | |
| | - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito agli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) | | Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_2 | Riduzione dell'uso delle Cefalosporine in età pediatrica | 1 | <i>Popolazione con età ≤ 14 trattata con Cefalosporine 2015 Popolazione con età ≤ 14 2015</i> | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 2 | $\frac{\sum CE\ Consuntivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 8,3% | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 2 | $\frac{\sum CE\ Consuntivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 18,2% | GR/11/02 |

| TAB. D.10 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL RIETI | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percipita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% | DEP |

| TAB. D.10 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL RIETI La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
|---|---|-----------|-------------------------------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraccollamento in PS (I) | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraccollamento PS (II) | 4 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | Polo Unificato Rieti-Amatrice | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | ≤25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | ≥80% | GR/11/21 |

| TAB. D.10 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL RIETI La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.10 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL RIETI La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|---|--------------------------|---|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito agli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_2 | Cefalosporine in età pediatrica | 1 | <i>Popolazione con età ≤ 14 trattata con Cefalosporine 2015 Popolazione con età ≤ 14 2015</i> | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ IV\ Trimestre\ 2014)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 2 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ IV\ Trimestre\ 2014)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

| D11 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL LATINA | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi P.O. Latina Sud - Formia | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per tutte le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti P.O. Latina Sud - Formia | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi P.O. Latina Sud - Formia | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% per tutte le strutture | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi P.O. Latina Sud - Formia | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per tutte le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti P.O. Latina Sud - Formia | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% per entrambe le strutture | DEP |

| D11 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL LATINA | | | | | | |
|---|--|-----------|--|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70‰ | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti, P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi, P.O. Latina Sud - Formia | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si week-hospital nelle tre strutture. Si area per intensità di cura a SM Goretti e Formia | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraccollimento in PS (I) | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti, P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi, P.O. Latina Sud - Formia | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. nei presidi ospedalieri | Almeno il 20% nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraccollimento PS (II) | 4 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti, P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi, P.O. Latina Sud - Formia | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti, P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi, P.O. Latina Sud - Formia | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | P.O. Latina Nord – S.M. Goretti, P.O. Latina Centro – Terracina/Fondi, P.O. Latina Sud - Formia | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVM), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVM attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | ≥ 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzioni di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detected*100 | | ≤25% | GR/11/21 |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | <i>Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato:</i> Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | | ≥80% | GR/11/21 |

| D11 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL LATINA | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | Peso strategico totale 6 | 1. Obiettivo principale | | GR/11/02 |
| | | 6 | (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | | | |

| D11 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL LATINA | | | | | |
|---|---|-----------|--|--------------------------------|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_2 | Riduzione dell'uso delle Cefalosporine in età pediatrica | 1 | $\frac{\text{Popolazione con età} \leq 14 \text{ trattata con Cefalosporine 2015}}{\text{Popolazione con età} \leq 14 \text{ 2015}}$ | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 2 | $\frac{\sum \text{CE Consuntivo 2015}}{\sum \text{Valore Produzione 2015}}$ <p>delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p> | Valore dell'indicatore ≤ 8,0% | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 2 | $\frac{\sum \text{CE Consuntivo 2015}}{\sum \text{Valore Produzione 2015}}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p> | Valore dell'indicatore ≤ 18,2% | GR/11/02 |

| TAB. D.12 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL FROSINONE La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 2 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) per le strutture pubbliche e private accreditate | | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015 (strutture pubbliche e private accreditate) | GR/11/19 |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 1 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 1 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| CTL_1 | Rispetto del volume annuale dei controlli programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie. | 2 | Numero di controlli annuali effettuati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie/Numero di controlli annuali programmati sulle cartelle cliniche dei dimessi in acuzie e post-acuzie | | 100% | GR/11/25 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri Santissima Trinità di Sora Santa Scolastica di Cassino | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 per tutte le strutture NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |

| TAB. D.12 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL FROSINONE | | | | | | |
|---|---|-----------|---|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | | Standard | Referente |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri Santa Scolastica di Cassino | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥70% per entrambe le strutture | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri Santissima Trinità di Sora Santa Scolastica di Cassino | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni per tutte le strutture | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| DEP_6 | Migliorare la gestione a livello territoriale dei pazienti diabetici e ridurre le ospedalizzazioni evitabili | 2 | ASL | Ricoveri per complicanze a breve e lungo termine del diabete/Popolazione assistita diabetica in età 35+ anni Fonte: SIO, Anagrafe Assistiti, Farmaceutica Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤70‰ | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 4 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri, Santissima Trinità di Sora, Santa Scolastica di Cassino | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri, Santissima Trinità di Sora, Santa Scolastica di Cassino | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. in entrambe le strutture | almeno il 20% nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 4 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri, Santissima Trinità di Sora, Santa Scolastica di Cassino | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri, Santissima Trinità di Sora | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 in entrambe le strutture | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri, Santissima Trinità di Sora, Santa Scolastica di Cassino | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2 | P.O. Unificato Frosinone-Alatri, Santissima Trinità di Sora, Santa Scolastica di Cassino | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 nelle tre strutture | GR/11/01 |
| TER_1 | Istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), ai sensi del DCA 431/2012, presso ciascun distretto. | 3 | Numero di distretti con almeno una UVMD attivata e operativa anno 2015 / numero di distretti * 100 <u>Elementi di valutazione</u> a) delibera aziendale di istituzione b) report di attività | | 100% | GR/11/15 |
| TER_2 | Promuovere l'appropriatezza nell'assistenza al Diabete | 1 | Numero pazienti nel territorio della ASL con diabete mellito di tipo 2 con almeno 2 e massimo 4 misurazioni di emoglobina/ pazienti con diabete nel territorio della ASL | | > 80% | GR/11/15 |
| TER_3 | Potenziamento ADI e completezza SIAD | 3 | Popolazione ≥ sessantacinquenne seguita in ADI nel 2015 nel territorio dell'ASL / Popolazione ≥ sessantacinquenne residente nell'ASL *100 | | ≥ 4% | GR/11/15 |
| PRE_1 | Raggiungere un'adeguata capacità di identificare precocemente i tumori della mammella ed ottimizzare le capacità di intervento | 3 | <i>Proporzione di cancro screen detected in stadio II+ ai round successivi a quello di prevalenza*</i> Numero dei cancro invasivi screen-detected/numero di tutti i cancro screen detectedX100 | | ≤25% | GR/11/21 |

| TAB. D.12 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL FROSINONE | | | | | |
|---|---|-----------|--|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRE_2 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo lo svolgimento di indagini di laboratorio per i casi di morbillo | 2 | Percentuale di casi di morbillo per i quali sono state effettuate indagini di laboratorio calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati nel territorio di competenza testati in laboratorio/(numero casi di morbillo notificati nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| PRE_3 | Raggiungimento dell'adempimento LEA riguardo l'identificazione dell'origine dei casi di morbillo | 1 | Percentuale di casi di morbillo per i quali è stata identificata l'origine dell'infezione calcolata come di seguito riportato: Numero di casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza per i quali l'origine dell'infezione è stata identificata/(numero casi di morbillo notificati in residenti nel territorio di competenza)*100 | >=80% | GR/11/21 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 3 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 3 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): a) strutture pubbliche: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) b) strutture private accreditate: prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato) | Devono essere, contemporaneamente: a) ≥ 50% b) ≥ 70% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 2 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 2 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.12 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA USL FROSINONE La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|---|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_1 | Farmaceutica Convenzionata 1. Obiettivo principale: Verifica raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata rilevata dal datawarehouse regionale prendendo in considerazione la popolazione assistita da MMG. | Peso strategico totale 6 6 | 1. Obiettivo principale (Spesa Convenzionata Netta 2015)/ (Popolazione Assistita Pesata 2015) | - 1. Obiettivo Principale - Valore dell'indicatore ≤ 154 € | GR/11/02 |
| | Qualora la verifica dell'obiettivo abbia esito negativo, si procede alla verifica dei seguenti ulteriori obiettivi: - Ulteriore Obiettivo a: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) | 1 | Ulteriore Obiettivo a Numero DDD / 1.000 assistiti/ die IPP | - Ulteriore Obiettivo a - Valore dell'indicatore ≤ 74 | |
| | - Ulteriore Obiettivo b: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito alle Statine. | 1 | Ulteriore Obiettivo b (DDD 1.000 assistiti/ die statine con brevetto scaduto)/ (DDD 1.000 assistiti/ die statine) | - Ulteriore Obiettivo b - Valore dell'indicatore ≥ 80% | |
| | - Ulteriore Obiettivo c: verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti nel DCA n. 156/2014 in merito ai Sartani. | 1 | Ulteriore Obiettivo c (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati Brevetto Scaduto)/ (DDD Antagonisti dell' angiotensina II non associati) | - Ulteriore Obiettivo c - Valore dell'indicatore ≥ 92% | |
| FAR_2 | Riduzione dell'uso delle Cefalosporine in età pediatrica | 1 | $\frac{\text{Popolazione con età} \leq 14 \text{ trattata con Cefalosporine 2015}}{\text{Popolazione con età} \leq 14 \text{ 2015}}$ | Valore dell'indicatore ≤ 14% | GR/11/02 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 2 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ Budget } 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 2 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ IV Trimestre } 2014)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

| TAB. D.13 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO - FORLANINI | | | | | |
|---|--|-----------|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 5 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015. | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percipita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2,7 | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2,6 | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2,7 | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 5 | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2,5 | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 5 | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |

| TAB. D.13 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO - FORLANINI | | | | | |
|---|---|-----------|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2,5 | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2,5 | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2,5 | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 5 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione delle prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 5 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) | ≥ 50% | GR/11/06 |
| LDA__4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 3 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.13 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO - FORLANINI | | | | | |
|---|--|-----------|---|--------------------------------------|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 5 | $\sum (CE\ Consuntivo\ 2015 - CE\ IV\ Trimestre\ 2014)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 7 | $\frac{\sum CE\ Consuntivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore $\leq 18,5\%$ | GR/11/02 |
| FAR_5 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita eritrocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. Prescrizioni\ Piani\ Terapeutici\ per\ Pazienti\ Naive\ con\ Biosimilare}{Totale\ Prescrizioni\ Piani\ Terapeutici\ per\ Pazienti\ Naive}$ relativi a fattori di crescita eritrocitari. | Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | GR/11/02 |
| FAR_6 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita granulocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. Prescrizioni\ Piani\ Terapeutici\ per\ Pazienti\ Naive\ con\ Biosimilare}{Totale\ Prescrizioni\ Piani\ Terapeutici\ per\ Pazienti\ Naive}$ relativi a fattori di crescita granulocitari. | Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | GR/11/02 |
| FAR_7 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica utilizzo, adozione e diffusione scheda prescrittiva Inibitori di Pompa Protonica (IPP) per pazienti in dimissione ospedaliera a tutti gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali | 1 | $\frac{N. Schede\ Prescrittive\ IPP}{N. Pazienti\ in\ Dimissione\ Ospedaliera\ con\ IPP}$ | Valore dell'indicatore =100% | GR/11/02 |

| TAB. D.14 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI - ADDOLORATA | | | | | |
|---|--|-----------|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 5 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015. | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2,7 | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2,6 | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2,7 | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥70% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 5 | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2,5 | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 5 | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |

| TAB. D.14 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI - ADDOLORATA | | | | | |
|---|---|-----------|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRO_4 | Durata della degenza | 2,5 | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2,5 | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2,5 | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 5 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente ≥ 60% e <70%: parzialmente adempiente ≥70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 5 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; ≥ 60% e <70%: parzialmente adempiente ≥70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) | ≥ 50% | GR/11/06 |
| LDA__4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 3 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; ≥ 50% e <70%: parzialmente adempiente ≥70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; ≥ 50% e <80%: parzialmente adempiente ≥80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.14 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. GIOVANNI - ADDOLORATA | | | | | |
|---|--|-----------|---|------------------------------------|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 5 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ Budget } 2015)$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 7 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ IV Trimestre } 2014)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_5 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita eritrocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ relativi a fattori di crescita eritrocitari. | Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | GR/11/02 |
| FAR_6 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita granulocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ relativi a fattori di crescita granulocitari. | Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | GR/11/02 |
| FAR_7 | Verifica utilizzo, adozione e diffusione scheda prescrittiva Inibitori di Pompa Protonica (IPP) per pazienti in dimissione ospedaliera a tutti gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali | 1 | $\frac{N. \text{ Schede Prescrittive IPP}}{N. \text{ Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}}$ | Valore dell'indicatore =100% | GR/11/02 |

| TAB. D.15 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. ANDREA | | | | | |
|---|--|-----------|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 5 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015. | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 2 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 2 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2,7 | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2,6 | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2,7 | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 6 | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 3 | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 5 | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 3 | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |

| TAB. D.15 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. ANDREA | | | | | |
|---|---|-----------|---|--|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 3 | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 4 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 4 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) | ≥ 50% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 3 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 5 | $\frac{\sum CE\ Consuntivo\ 2015}{\sum Valore\ Produzione\ 2015}$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 9,5% | GR/11/02 |

| TAB. D.15 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA OSPEDALIERA S. ANDREA | | | | | |
|---|--|-----------|---|------------------------------------|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 7 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ IV Trimestre } 2014)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_5 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita eritrocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ relativi a fattori di crescita eritrocitari. | Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | GR/11/02 |
| FAR_6 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita granulocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ relativi a fattori di crescita granulocitari. | Valore dell'indicatore $\geq 80\%$ | GR/11/02 |
| FAR_7 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica utilizzo, adozione e diffusione scheda prescrittiva Inibitori di Pompa Protonica (IPP) per pazienti in dimissione ospedaliera a tutti gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali | 1 | $\frac{N. \text{ Schede Prescrittive IPP}}{N. \text{ Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}}$ | Valore dell'indicatore =100% | GR/11/02 |

TAB. D.16 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - IRCCS IFO-INMI
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|--|--|-----------|
| INV_1 | Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 5 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015. | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 2 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 2 | N° di eventi formativi realizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 8 | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 4 | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_4 | Durata della degenza | 4 | Degenza media totale per acuti in giorni (INMI) | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 4 | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 5 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 5 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |

TAB. D.16 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - IRCCS IFO-INMI
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|---|--|-----------|
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) | ≥ 50% | GR/11/06 |
| LDA__4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 3 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (IFO) Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 5 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo } 2015}{\sum \text{ Valore Produzione } 2015}$ | Valore dell'indicatore ≤ 15,9% | GR/11/02 |
| FAR_3bis | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati (INMI) Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060). | 5 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ Budget } 2015)$ | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |

TAB. D.16 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - IRCCS IFO-INMI
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|--|--|-----------|
| FAR_4 | <p>Dispositivi Medici</p> <p>Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); <p>rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 7 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo } 2015}{\sum \text{ Valore Produzione } 2015}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p> | <p>Valore dell'indicatore ≤ 24,5% (IFO)</p> <p>Valore dell'indicatore ≤ 17,2% (INMI)</p> | GR/11/02 |
| FAR_5 | <p>Continuità Ospedale – Territorio</p> <p>Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita eritrocitari pazienti naive</p> | 2 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ <p>relativi a fattori di crescita eritrocitari.</p> | <p>Valore dell'indicatore ≥ 80%</p> | GR/11/02 |
| FAR_6 | <p>Continuità Ospedale – Territorio</p> <p>Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita granulocitari pazienti naive</p> | 2 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ <p>relativi a fattori di crescita granulocitari.</p> | <p>Valore dell'indicatore ≥ 80%</p> | GR/11/02 |
| FAR_7 | <p>Continuità Ospedale – Territorio</p> <p>Verifica utilizzo, adozione e diffusione scheda prescrittiva Inibitori di Pompa Protonica (IPP) per pazienti in dimissione ospedaliera a tutti gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali</p> | 2 | $\frac{N. \text{ Schede Prescrittive IPP}}{N. \text{ Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}}$ | <p>Valore dell'indicatore =100%</p> | GR/11/02 |

| TAB. D.17 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA POLICLINICO TOR VERGATA | | | | | |
|---|--|-----------|---|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| INV_1 | Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 5 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015. | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percipita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2,7 | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2,6 | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2,7 | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥85% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 6 | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 3 | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 5 | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |

| TAB. D.17 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA POLICLINICO TOR VERGATA La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
|---|---|-----------|---|--|-----------|
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| PRO_4 | Durata della degenza | 3 | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 3 | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 5 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 5 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; >= 60% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) | ≥ 50% | GR/11/06 |
| LDA__4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 3 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; >= 50% e <70%: parzialmente adempiente >=70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; >= 50% e <80%: parzialmente adempiente >=80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

| TAB. D.17 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA POLICLINICO TOR VERGATA | | | | | |
|---|--|-----------|--|--------------------------------|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| FAR_3 | <p>Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati</p> <p>Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); <p>al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 5 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo } 2015}{\sum \text{ Valore Produzione } 2015}$ <p>delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p> | Valore dell'indicatore ≤ 10,1% | GR/11/02 |
| FAR_4 | <p>Dispositivi Medici</p> <p>Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240); <p>rispetto al valore della produzione erogata:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - ambulatoriali; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 7 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo } 2015}{\sum \text{ Valore Produzione } 2015}$ <p>delle voci di costo relative ai dispositivi medici (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore)</p> | Valore dell'indicatore ≤ 28,8% | GR/11/02 |
| FAR_5 | <p>Continuità Ospedale – Territorio</p> <p>Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita eritrocitari pazienti naive</p> | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ <p>relativi a fattori di crescita eritrocitari.</p> | Valore dell'indicatore ≥ 80% | GR/11/02 |
| FAR_6 | <p>Continuità Ospedale – Territorio</p> <p>Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita granulocitari pazienti naive</p> | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ <p>relativi a fattori di crescita granulocitari.</p> | Valore dell'indicatore ≥ 80% | GR/11/02 |
| FAR_7 | <p>Continuità Ospedale – Territorio</p> <p>Verifica utilizzo, adozione e diffusione scheda prescrittiva Inibitori di Pompa Protonica (IPP) per pazienti in dimissione ospedaliera a tutti gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali</p> | 1 | $\frac{N. \text{ Schede Prescrittive IPP}}{N. \text{ Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}}$ | Valore dell'indicatore =100% | GR/11/02 |

TAB. D.18 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|--|-----------|---|---|-----------|
| INV_1 | Realizzazione di un inventario delle apparecchiature sanitarie (sistematicamente aggiornato) presenti presso le strutture sanitarie, ai fini dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Allegato tecnico del DM 22.04.2014) | 5 | Inserimento dati flusso informativo per le alte tecnologie (TAC/RMN/ACCELERATORI L./PET-TC/SISTEMI ROBOTIZZATI/GAMMA CAMERE/TC-GAMMA CAMERE) | Partecipazione ad incontri presso la R.L. per la condivisione periodica sul tema (n. 4); garantire l'alimentazione del flusso informativo: 100% per l'anno 2015. | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici prescrittori (MMG e specialisti ambulatoriali) sul tema dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 1 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percipita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| DEP_1 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività per Unità Operativa non sia inferiore al valore soglia definito | 2,7 | Numero di interventi di colecistectomia laparoscopica Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥100 NB: il limite inferiore (≤3) è riferito alla struttura e il limite superiore (≥100) è riferito alla singola unità operativa | DEP |
| DEP_2 | Riorganizzare la attività medico-chirurgica tali che il volume di attività non sia inferiore al valore soglia definito | 2,6 | Numero di interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤3 o ≥250 | DEP |
| DEP_3 | Ridurre la durata della degenza post-operatoria | 2,7 | Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/Totale delle colecistectomie laparoscopiche Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≥70% | DEP |
| DEP_4 | Ridurre la durata della degenza pre-operatoria | 1 | Mediana della degenza pre-operatoria per intervento di frattura della tibia e/o perone Fonte: SIO, SIES Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤4 giorni | DEP |
| DEP_5 | Contenere il ricorso ad interventi potenzialmente non appropriati | 1 | Numero di interventi di angioplastica coronarica percutanea eseguita per condizioni diverse dall'infarto miocardico acuto/Totale degli interventi di PTCA Fonte: SIO Periodo: entro il II semestre 2015 | ≤35% | DEP |
| PRO_1 | Ospedale per intensità di cure | 5 | Presenza di almeno un'area di "week hospital" e di una per intensità di cura di area medica | Si | GR/11/01 |
| PRO_2 | Riduzione del sovraffollamento in PS (I) | 2,5 | Incremento % delle dimissioni la domenica rispetto al lunedì nel II sem. 2015 rispetto al I sem. | almeno il 20% | GR/11/01 |
| PRO_3 | Riduzione del sovraffollamento PS (II) | 5 | I 4 indicatori contenuti nel monitoraggio mensile accessi in PS/DEA prodotto dalla Direzione Salute | 3 su 4 indicatori con valore almeno "accettabile" nel II sem. 2015 | GR/11/01 |

TAB. D.18 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|---|--|-----------|
| PRO_4 | Durata della degenza | 2,5 | Degenza media totale per acuti in giorni | Riduzione di almeno il 10% nel II sem. rispetto al I sem. 2015 | GR/11/01 |
| PRO_5 | Promozione appropriatezza assistenza parti a basso rischio | 2,5 | Numeri di audit effettuati su TC in parti a basso rischio | Almeno 6 audit, uno al mese, nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| PRO_6 | Audit rischio clinico | 2,5 | Numeri di audit effettuati | Almeno 6 audit nel II semestre 2015 | GR/11/01 |
| LDA_1 | Aumentare la visibilità (anche in modalità non prenotabile) delle agende aziendali al sistema ReCUP | 5 | Numero prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 prenotate su agende visibili al sistema ReCUP/Numero totale di prestazioni erogate nel quarto trimestre 2015 (con esclusione della prestazioni di laboratorio di analisi) | <60%: inadempiente ≥ 60% e <70%: parzialmente adempiente ≥70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_2 | Completare la ristrutturazione per classe di priorità delle agende delle prestazioni specialistiche relative alle seguenti discipline: • Radiologia • RM • Chirurgia vascolare • Ostetricia e Ginecologia • Cardiologia • Gastroenterologia | 5 | Limitatamente alle discipline considerate: Ore di agenda visibili al ReCUP e strutturate per classe di priorità/ore di agenda visibili al ReCUP. Indicatore calcolato sulle agende della settimana dal 18 al 22 gennaio 2016 | L'obiettivo è raggiungibile solo se l'azienda è parzialmente o totalmente adempiente all'obiettivo precedente. <60%: inadempiente; ≥ 60% e <70%: parzialmente adempiente ≥70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_3 | Attuazione del monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali | 2 | Copertura, completezza e qualità della rilevazione nel II semestre 2015 (prestazioni critiche): Prenotazioni trasmesse ed accettate in Monalisa (30 gg. Indice)/(30 x media giornaliera erogato ad accesso diretto) | ≥ 50% | GR/11/06 |
| LDA_4 | Trasferimento sul sistema ReCUP della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (inclusa ALPI allargata) | 4 | Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI nel IV trimestre 2015: Valore economico delle prestazioni prenotate tramite ReCUP/ Ricavo complessivo derivante dalle prestazioni ambulatoriali ALPI riportato nel conto economico (voce A.4.D.2) | <50%: inadempiente; ≥ 50% e <70%: parzialmente adempiente ≥70% totalmente adempiente | GR/11/06 |
| LDA_5 | Aumento del numero di prescrizioni elettroniche effettuate dai medici specialisti delle Aziende | 3 | Numero di ricette elettroniche (o dematerializzate) redatte dagli specialisti della Azienda nel IV trimestre 2015 / Numero di prestazioni erogate (dovunque) nel IV trimestre 2015 con prescrizione redatta dagli specialisti della Azienda. | <50%: inadempiente; ≥ 50% e <80%: parzialmente adempiente ≥80% totalmente adempiente | GR/11/06 |

TAB. D.18 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I
La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti

| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
|------------------|---|-----------|--|-------------------------------|-----------|
| FAR_3 | Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - prodotti farmaceutici con AIC (BA0040); - prodotti farmaceutici senza AIC (BA0050); - emoderivati (BA0060); al netto del valore dei farmaci erogati in Distribuzione Diretta e in Somministrazione in Trattamento, rispetto al valore della produzione erogata: - acuzie; - neonato; - riabilitazione; - lungodegenza; - pronto soccorso extra regione; - finanziamento assegnato per funzioni al netto delle somme assegnate al privato. | 4 | $\frac{\sum CE \text{ Consuntivo } 2015}{\sum \text{ Valore Produzione } 2015}$ delle voci di costo relative ai prodotti farmaceutici ed emoderivati (numeratore) e delle componenti del valore della produzione (denominatore) | Valore dell'indicatore ≤ 8,8% | GR/11/02 |
| FAR_4 | Dispositivi Medici Verifica raggiungimento dell'obiettivo di spesa assegnato in merito alla somma delle voci di costo CE NSIS: - dispositivi medici (BA0220); - dispositivi medici impiantabili attivi (BA0230); - dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) (BA0240). | 7 | $\sum (CE \text{ Consuntivo } 2015 - CE \text{ IV Trimestre } 2014)$ delle voci di costo relative ai dispositivi medici. | Valore dell'indicatore ≤ 0 | GR/11/02 |
| FAR_5 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita eritrocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ relativi a fattori di crescita eritrocitari. | Valore dell'indicatore ≥ 80% | GR/11/02 |
| FAR_6 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica prescrizione Piani Terapeutici con biosimilare relativi a fattori di crescita granulocitari pazienti naive | 1 | $\frac{N. \text{ Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive con Biosimilare}}{\text{Totale Prescrizioni Piani Terapeutici per Pazienti Naive}}$ relativi a fattori di crescita granulocitari. | Valore dell'indicatore ≥ 80% | GR/11/02 |
| FAR_7 | Continuità Ospedale – Territorio Verifica utilizzo, adozione e diffusione scheda prescrittiva Inibitori di Pompa Protonica (IPP) per pazienti in dimissione ospedaliera a tutti gli specialisti ospedalieri e ambulatoriali | 1 | $\frac{N. \text{ Schede Prescrittive IPP}}{N. \text{ Pazienti in Dimissione Ospedaliera con IPP}}$ | Valore dell'indicatore =100% | GR/11/02 |

| TAB. D.19 - OBIETTIVI DI BUDGET 2015 - ARES 118 | | | | | |
|---|--|-----------|--|---|-----------|
| La performance complessiva produce l'attribuzione di un massimo di 70 punti | | | | | |
| Codice Obiettivo | Obiettivo | Punteggio | Indicatore | Standard | Referente |
| INV_2 | Esame circostanziato dell'attuale assetto immobiliare secondo un percorso metodologico mirato definire gli obiettivi e le modalità operative - Fase 1/2/3 | 10 | Ricognizione ed analisi del parco immobiliare: raccolta e sistematizzazione di tutte le informazioni di dettaglio in ordine a ciascuna unità immobiliare: descrizione e localizzazione, titolo di godimento, epoca di costruzione, consistenze, stato manutentivo per categorie di opere | 25% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Modalità di utilizzo e costi di gestione: Analisi delle funzioni allocate e gradi di compatibilità relativamente a ciascuna struttura edilizia in termini di accessibilità, efficienza organizzativa, flessibilità, economicità | 35% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| | | | Strategie complessive che si intendono adottare, in termini di efficienza organizzativa, accessibilità, flessibilità, economicità di gestione, | 40% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| INV_3 | Riordino dell'assetto immobiliare da conseguire a seguito di dismissioni e accorpamento delle sedi, coerentemente con i PO 2013-2015 | 6 | Abbattimento delle locazioni passive e riduzione delle sedi con caratteristiche dimensionali non rispondenti ai requisiti minimi di accreditamento | 70% - Entro l'anno di riferimento | GR/11/19 |
| FMZ_1 | Sviluppare attività di formazione e confronto con i medici e gli operatori sul tema della qualità delle cure in emergenza, del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. | 6 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 | ≥ 2 eventi formativi realizzati | GR/11/23 |
| FMZ_2 | Attivare diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi. | 8 | N° di eventi formativi relizzati nel II semestre 2015 e N° indagini di qualità percepita dei servizi | ≥ 2 eventi formativi realizzati e ≥ 1 questionario di valutazione della qualità dei servizi da parte del cittadino | GR/11/23 |
| FAR_8 | Rispetto dell'adempimento ministeriale relativo ai flussi informativi sui farmaci | 8 | Spesa rilevata dai Flussi Medicinali/Costi rilevati da Modello CE (voce B.1.A.1) | ≥ 90% | GR/11/02 |
| FAR_9 | Rispetto dell'adempimento ministeriale relativo ai flussi informativi sui dispositivi medici | 8 | Spesa rilevata dai Flussi Consumi/Costi rilevati da Modello CE (voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2) | ≥ 65% | GR/11/02 |
| FAR_10 | Rispetto dell'adempimento ministeriale relativo ai flussi informativi sui contratti di approvvigionamento di dispositivi medici (DM 25 novembre 2013) | 4 | Avvio della trasmissione dei dati | SI | GR/11/02 |
| SIS_1 | Adempimento del punto aag) del questionario LEA limitatamente al flusso EMUR-118 | 20 | Punteggio conseguito nel 2015 relativamente a disponibilità del dato, completezza territoriale e qualità | ≥4 - Totalmente adempiente <4 e ≥2 - Parzialmente adempiente <2 - Inadempiente | GR/11/06 |