

**PROSPETTO DEGLI OBIETTIVI PRIORITARI DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI,
DI SALUTE E DI TRASPARENZA**

Premessa

Fermo restando che il Direttore Generale deve porre in essere gli adempimenti previsti e perseguire gli obiettivi individuati nell’ambito dei provvedimenti programmatori regionali (quali, a titolo di esempio ma senza finalità esaustive degli stessi, Programmi Operativi, Indirizzi programmatici regionali per la redazione degli strumenti di programmazione aziendale, etc.) relativi alle singole annualità cui afferisce l’incarico di Direttore Generale, oltre che quelli espressamente sanciti da disposizioni normative, nazionali e regionali, e che anche tali adempimenti ed obiettivi costituiscono oggetto di valutazione e verifica da parte dei competenti Organi regionali, col presente documento vengono individuati i seguenti obiettivi di carattere prioritario nel quadro della complessiva programmazione regionale, distinti in: A) Obiettivi di funzionamento dei servizi; B) Obiettivi di salute, C) Obiettivi di trasparenza.

A) OBIETTIVI DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

1) Attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali

L'obiettivo attiene alla necessità di garantire i percorsi di cura per patologia previsti dalla vigente normativa sui livelli essenziali di assistenza, nell'ambito delle reti cliniche ed organizzative del SSR, attraverso cui favorire l'integrazione funzionale, la tempestività, la continuità e l'appropriatezza degli interventi.

A tal fine, l'Azienda Sanitaria Locale deve adottare le misure organizzative e gestionali di attuazione dei PDTA formalmente assunti dalla Regione Abruzzo con proprie deliberazioni giuntali. Si assumono ad indicatori di riferimento dell'obiettivo in questione il soddisfacimento delle seguenti condizioni:

- trasmissione dei provvedimenti aziendali di recepimento dei corrispondenti PDTA regionali e/o di declinazione del relativo percorso di attuazione nell'ambito delle Strutture della ASL coinvolte;
- trasmissione relazione comprovante l'attivazione delle previste misure organizzative e gestionali funzionali alla attuazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale in ambito aziendale.

All’obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 4 punti nella valutazione complessiva, nel caso in cui entrambe le predette condizioni vengano soddisfatte.

- *il punteggio viene ridotto del 50% in caso di riscontro limitato alla sola trasmissione del provvedimento di recepimento del PDTA;*
- *il punteggio viene ridotto del 80% in caso di riscontro limitato alla sola trasmissione del provvedimento di recepimento e/o di declinazione del percorso aziendale e che non contempli, in assenza di pertinenti motivazioni, uno o più degli indicatori richiesti come necessari per il monitoraggio del PDTA;*
- *il punteggio viene ridotto del 100% in caso di mancato riscontro a ciascuno dei predetti ambiti, dopo il secondo sollecito regionale.*

2) Risorse Umane:

l'obiettivo si compone di due sotto-obiettivi:

1. Il primo sotto-obiettivo attiene al rispetto - nell'ambito della spesa per il personale - dello specifico limite di spesa per il personale con rapporto di lavoro flessibile secondo quanto previsto dall'art.9 comma 28 del DL 78/2010 e successive modifiche;
2. Il secondo sotto-obiettivo attiene al rispetto del cronoprogramma degli interventi indicati nella DGR n.211 del 23/04/2019 recante “Individuazione strumenti operativi per il governo ed il monitoraggio della voce di spesa del personale” e s.m. e i.

All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 5 nella valutazione complessiva, di cui 3 punti riferiti all'obiettivo di spesa relativo al personale con rapporto di lavoro flessibile, 2 punti riferiti all'obiettivo di alla DGR n.211 del 23/04/2019: con riferimento al primo sotto-obiettivo si attribuirà un punteggio pari a 3 nel caso di rispetto del tetto, mentre il punteggio sarà pari a 1,5 in caso di scostamento contenuto entro il limite massimo dello 5% rispetto al tetto di spesa stabilito e, infine, lo scostamento dal tetto di spesa oltre il limite consentito dello 5% comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 0 in sede di valutazione; per quanto attiene, invece, al secondo sotto-obiettivo, si attribuirà un punteggio pari a 2 nel caso di rispetto del cronoprogramma e degli adempimenti previsti nella DGR n.211 del 23/04/2019 e s.m.ei., mentre il punteggio sarà pari a 1 in caso di sfioramento dei tempi previsti contenuto entro il limite massimo dello 10% e, infine, lo scostamento oltre il limite consentito dello 10% comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 0 in sede di valutazione. La sommatoria dei punteggi relativi ai due obiettivi considerati determina il punteggio complessivo riferito all'obiettivo sulla spesa del personale.

3) Spesa farmaceutica:

l'obiettivo attiene al contenimento della spesa farmaceutica convenzionata e della spesa farmaceutica per acquisti diretti. *All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 15 nella valutazione complessiva, di cui 5,0 per la spesa convenzionata, 5,0 per la spesa per acquisti diretti, 2,5 per il rispetto delle prescrizioni di farmaco equivalente e 2,5 per il rispetto delle prescrizioni di farmaco biologico a brevetto scaduto.*

1. Tetto spesa convenzionata (7,96% del FSR) – n. 5 punti

Per quanto attiene al tetto della spesa convenzionata, in caso di rispetto del tetto stabilito nel periodo oggetto di valutazione verrà attribuito un punteggio pari a 5,0. *Il punteggio sarà pari a 2,5 in caso di scostamento contenuto entro il limite massimo dello 0,2% (pari all'8,16% del FSR) ossia rispetto al tetto percentuale stabilito; lo scostamento dal tetto stabilito oltre il limite massimo consentito dello 0,2% comporta invece l'assegnazione di un punteggio pari a 0 in sede di valutazione complessiva finale.*

2. Tetto spesa ospedaliera (6,89% del FSR) – n. 5 punti

Considerando lo scostamento assoluto dal tetto - sulla base dei dati osservati nel periodo precedente a quello di riferimento per la valutazione - in caso di scostamento pari a quello registrato nel periodo precedente o superiore verrà attribuito un punteggio pari a zero; in caso di rispetto del tetto stabilito verrà attribuito un punteggio pari a 5,0. Per i risultati intermedi verrà attribuito un punteggio così costruito: 0,5 punti per ogni 10% di diminuzione dello scostamento assoluto dal tetto.

3. Aumento percentuali di prescrizione farmaci equivalenti – n. 2,5 punti

L'obiettivo attiene al raggiungimento del 88% delle dosi di farmaco equivalente (DDD) sul totale delle dosi dei farmaci erogati in convenzionata. *All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 5 nella valutazione complessiva così costruito: al di sotto di 86% - punteggio=0; $\geq 86\% < 88\%$ - punteggio 1,25; $\geq 88\%$ - punteggio=2,5.*

4. Impiego del farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) – n. 2,5 punti

L'obiettivo attiene al rispetto della % di prescrizione di farmaco biologico a brevetto scaduto (biosimilare o originator) a più basso costo, siccome definite annualmente dalla Regione. Con provvedimento regionale entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento vengono individuati i farmaci biologici a brevetto scaduto e definiti i valori degli obiettivi da raggiungere per ogni farmaco. *All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 2,5 nella valutazione complessiva così costruito: vengono costruiti n indicatori e verranno assegnati x/n punti per ogni indicatore x in cui è stato raggiunto o superato il valore stabilito*

4) Spesa per l'acquisizione di Prodotti Farmaceutici e dispositivi medici:

Punteggio complessivo assegnato: 5 punti

Razionalizzazione della spesa per Prodotti Farmaceutici ed emoderivati e Dispositivi Medici (5 punti)

L'obiettivo attiene al contenimento dei costi per acquisto di Prodotti Farmaceutici ed emoderivati e dispositivi medici.

Valore di riferimento: I valori che verranno presi a riferimento per la valutazione di questa azione saranno quelli previsti dagli strumenti di programmazione vigenti.

Gli aggregati oggetto di valutazione ai sensi del presente obiettivo riguardano:

- 1) ***Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati***, composto dalla somma dei seguenti conti del Modello CE:
 - BA0040 'Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale
 - BA0050 'Medicinali senza AIC
 - BA0051 'Ossigeno e altri gas medicali
 - BA0061 Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale
 - BA0062 Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità extraregionale
- 2) ***Dispositivi medici***, composto dalla somma dei seguenti conti del Modello CE:
 - BA0220 Dispositivi medici
 - BA0230 Dispositivi medici impiantabili attivi
 - BA0240 Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)

Punteggio:

- 5 punti in caso di contenimento della spesa annuale consuntivata per entrambi gli aggregati entro valori di riferimento;
- 3 punti in caso di contenimento della spesa annuale consuntivata per un solo aggregato entro i valori di riferimento;
- 0 punti nei restanti casi.

5) Tempi medi di pagamento:

Punteggio complessivo assegnato: 5 punti

L'obiettivo attiene al conseguimento dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (di cui all'art. 33 del D.Lgs. 14/03/2013, n. 33) pari a -5.

Indicatore: Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, calcolato in base alle disposizioni degli articoli 9 e 10 del D.P.C.M. del 22/09/2014 e ss.mm.ii., ed alle circolari del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 3 del 14/01/2015 (RGS - Prot. 2565 del 14/01/2015 – U) e n. 22 del 22/07/2015 (RGS - Prot. 59216 del 22/07/2015).

Punteggio:

- 5 punti in caso di conseguimento dell'Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti minore o uguale a -5;
- 3 punti in caso di conseguimento dell'indicatore maggiore di -5 e minore o uguale a 0;
- 0 punti in caso di indicatore superiore a 0.

6) Percorso attuativo di Certificabilità dei Bilanci – PAC - DM 1 marzo 2013, aggiornato con DGR 242 del 07/05/2020 trasmessa alle Aziende USL regionali con nota prot. RA154541/DPF012 del 26/05/2020.

Punteggio complessivo assegnato: 10 punti

Sotto-obiettivo: Deliberazione di tutte le procedure previste nel Cronoprogramma PAC entro la data indicata dai competenti settori regionali DPF012 (30/10/2020)
(4 punti)

L'obiettivo attiene alla trasmissione al Dipartimento Sanità- DPF 012- Servizio Programmazione Economico finanziaria e finanziamento del SSR, della Delibera del Direttore Generale di approvazione delle procedure amministrativo contabili, come specificato con nota prot. RA154541/DPF012 del 26/05/2020.

Indicatore: trasmissione al Dipartimento Sanità- Servizio programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR –DPF012, della Delibera del Direttore Generale di approvazione delle procedure amministrativo contabili, entro il 30 ottobre 2020

Punteggio:

- 4 punti in caso di trasmissione della Delibera di approvazione delle procedure amministrativo contabili entro il 30/10/2020;
- 0 punti nel restante caso.

Sotto-obiettivo: Riduzione del turn over delle scorte a magazzino per beni sanitari
(3 punti)

L'obiettivo attiene alla riduzione del turn over delle scorte a magazzino per beni sanitari, in relazione al quale è fissata una soglia di raggiungimento inferiore a 30 giorni. In particolare, le Aziende sono tenute a verificare trimestralmente l'indicatore e ad inviare in Regione, entro il 31/12 di ciascun anno, un report con le rilevazioni effettuate trimestralmente, da cui si evinca il rispetto della soglia di raggiungimento per ciascun trimestre.

Indicatore: trasmissione al Dipartimento Sanità- Servizio programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR –DPF012, entro il 31/12 di ciascun anno, del report inerente la verifica trimestrale dell'indicatore del turn over delle scorte a magazzino per beni sanitari, da cui si evinca soglia di raggiungimento inferiore a 30 giorni per ciascun trimestre.

Punteggio:

- *3 punti nel caso in cui dal report inerente le verifiche trimestrali, inviato al Dipartimento Sanità entro il 31/12 di ciascun anno, si rilevi il rispetto della soglia di raggiungimento inferiore a 30 giorni per ciascun trimestre.*
- *2 punti nel caso in cui dal report inerente le verifiche trimestrali, inviato al Dipartimento Sanità entro il 31/12 di ciascun anno, si rilevi il mancato rispetto della soglia di raggiungimento inferiore a 30 giorni per un solo trimestre.*
- *0 punti nei restanti casi.*

Sotto-obiettivo: Strumenti e metodologie per il corretto accantonamento a fondo rischi
(3 punti)

L'obiettivo attiene la predisposizione degli strumenti e delle metodologie per il corretto accantonamento a fondo rischi anche con l'ausilio di strumenti informatizzati

Indicatore: trasmissione al Dipartimento Sanità- Servizio programmazione Economico Finanziaria e Finanziamento del SSR –DPF012, Regolamento aziendale deliberato, entro il 31/12/2020.

Punteggio:

- *3 punti nel caso di trasmissione del regolamento aziendale deliberato entro il 31/12/2020.*
- *0 punti nel restante caso.*

7) Flussi informativi:

l'obiettivo attiene alla gestione dei flussi informativi secondo le disposizioni nazionali e regionali e alla valutazione sulla copertura, completezza e qualità dei dati trasmessi. All'obiettivo in questione viene assegnato un punteggio massimo di 15.

La valutazione avviene considerando tre aspetti:

- Copertura (completezza nella rilevazione)
- Qualità (nei dati inviati, nell'integrazione di eventuali scarti, nella correzione delle anomalie e di errori)
- Tempistica dell'invio (rispetto delle scadenze)

Ciascun flusso della tabella seguente viene valutato secondo questi tre aspetti e riceve un punteggio secondo lo schema. La somma dei punteggi attribuiti a ciascun flusso determinerà un totale, che corrisponde al punteggio definitivo per l'obiettivo in questione.

<i>Flusso informativo</i>	<i>Valutazione copertura (max)</i>	<i>Valutazione qualità (max)</i>	<i>Valutazione tempistica (max)</i>	<i>Punteggio da attribuire in funzione della valutazione raggiunta per ciascun flusso</i>		
Gestionali NSIS	0,4	0,4	0,2	se = 1	2	se < 1 0
ASDO	0,4	0,4	0,2	se = 1	1,5	se < 1 0
SDO xml	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	2	se < 0,9 0
File C	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	1	se < 0,9 0
File F	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	0,7	se < 0,9 0
CEDAP	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	0,7	se < 0,9 0
EMUR	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	1,6	se < 0,9 0
SIAD	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	0,7	se < 0,9 0
FAR	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	0,7	se < 0,9 0
SISM	0,4	0,4	0,2	se >= 0,8	0,5	se < 0,8 0
SIND	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	0,5	se < 0,9 0
Hospice	0,4	0,4	0,2	se >= 0,9	0,3	se < 0,9 0
END	0,4	0,4	0,2	se = 1	0,3	se < 1 0
Distribuzione Diretta	Riconciliazione verso CE >= 95% e concordanza con flusso tracciabilità costi e quantità >= 90% - 0,4		0,2	se >= 0,9	1	se < 0,9 0
Consumi Osp			0,2	se >= 0,9	1	se < 0,9 0
Dispositivi medici	Riconciliazione verso CE >= 95% - 0,4		0,2	se >= 0,8	0,5	se < 0,8 0

8) Sanità Digitale – ICT:

l'obiettivo attiene alla realizzazione degli adempimenti di competenza aziendale inerenti i seguenti interventi-azioni:

	Sub obiettivi	Fonte	indicatore	numeratore	denominatore	TARGET	
1	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) – Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N° ricette di specialistica dematerializzata prodotte (rilevate da SAC)	N° totale di ricette di specialista prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 80% (inclusi MMG/PLS e specializzati convenzionati)	1
2	Prescrizioni dematerializzate per la farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS e specialisti) –		% ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata (rilevate da SAC)	N° totale di ricette di farmaceutica convenzionata (rilevate da comma 11)	≥ 90% (inclusi MMG/PLS e specializzati convenzionati)	1
3	Prescrizioni dematerializzate per la farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS e specialisti) EROGAZIONE		% ricette dematerializzate di specialistica trasmesse a SOGEI che non risultano prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette di specialistica dematerializzata trasmesse a SOGEI che risultano libere (non prese in carico e non erogate)	N° totale di ricette di specialistica dematerializzata trasmesse a SOGEI via comma 5	<5%	1
4	Costituzione nucleo minimo FSE	Sistema TS	Percentuale verbali di Pronto Soccorso firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	N° verbali di PS firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	N° totale di verbali di pronto Soccorso	90%	1
5			Percentuale di referti di laboratorio firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	N° di referti di laboratorio firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	N° totale di referti di laboratorio	90%	1
6			Percentuale di lettere	N° lettere di	N° totale di lettere di	90%	1

			di dimissione firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	dimissione firmate digitalmente e inserite nel fascicolo	dimissione		
			Percentuale di altri referti di specialistica firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	N° di referti di specialistica firmati digitalmente e inseriti nel fascicolo	N° totale di referti di specialistica	50%	1
7	Diffusione del FSE	Sistema TS	Incremento dei cittadini che hanno rilasciato il consenso per il Fascicolo (inclusi i consensi raccolti da MMG e PLS)	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		> 1.500	1
8			Coinvolgimento dei MMG e PLS per l'alimentazione del Patient Summary (profilo sanitario sintetico dell'assistito)	Numero patient summary inseriti sul Fascicolo		> 1.500	1
9	Attivazioni Tessere Sanitarie CNS	Sistema TS	Incremento dei cittadini che hanno attivato la Tessera Sanitaria - CNS	Numero tessere sanitarie attivate		> 1.000	1
	TOTALE						10

All'obiettivo in esame viene assegnato un peso ponderato pari a 10 nella valutazione complessiva attribuiti secondo lo schema soprariportato.

9) Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi:

L'obiettivo attiene al rispetto da parte della ASL degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con tutti gli erogatori privati operanti nell'ambito territoriale di riferimento della ASL che non siano già stati valutati diversamente.

Adempimento	punteggio
Rispetto degli obblighi aziendali assunti nei contratti sottoscritti con gli erogatori privati e attuazione degli stessi	0-2
Presentazione trimestrale, insieme ad ogni CE, di apposita relazione che dettagli: <ol style="list-style-type: none"> 1. le note di credito ricevute 2. le azioni intraprese per ottenere l'emissione delle note di credito ancora da ricevere - presenti nei propri bilanci – con l'indicazione delle relative tempistiche attese 	0-6
TOTALE	Max 8

All'obiettivo in esame viene assegnato un peso totale fino ad un massimo di 8 punti nella valutazione complessiva secondo l'annesso prospetto.

In caso di pieno rispetto degli obblighi aziendali previsti viene attribuito il punteggio pieno indicato; in ipotesi di mancato o parziale rispetto degli obblighi aziendali previsti viene attribuito un punteggio compreso nel range stabilito. Nell'ipotesi di punteggio complessivo dovesse risultare inferiore a 1 il giudizio sarà N.V.

10) Investimenti in edilizia sanitaria e tecnologie:

l'obiettivo è rapportato alla programmazione degli investimenti così come definita nel “Piano Triennale dei Lavori Pubblici” con particolare riferimento al corretto e tempestivo utilizzo delle somme derivanti dalla sottoscrizione di Accordi di Programma a valere sui fondi ex art. 20 L. 67/88 e/o da finanziamenti statali con destinazione vincolata.

L'obiettivo è quindi volto ad accertare la capacità organizzativa e di spesa della ASL, attraverso il rispetto dei seguenti adempimenti:

- trasmissione degli atti di aggiudicazione dei lavori previsti nel Piano Aziendale dei lavori pubblici;
- trasmissione del certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione degli stessi nel rispetto del tempo utile concesso e degli atti di collaudo o del certificato di regolare esecuzione e di contabilità finale, unitamente alla relazione acclarante i rapporti economici Regione/ASL.

All'obiettivo viene attribuito un peso ponderato pari a 5 nella valutazione complessiva: in caso di rispetto di entrambi gli adempimenti sopradescritti verrà attribuito un punteggio pari a 5, mentre in caso di mancato rispetto di ambedue gli adempimenti, il punteggio assegnato sarà pari a 0. Potrà anche attribuirsi un punteggio intermedio nell'ambito del range 0-5, proporzionalmente a:

- 1) numero degli interventi aggiudicati rispetto al numero degli interventi previsti nel Piano Aziendale dei lavori pubblici;*
- 2) numero interventi per i quali è stato trasmesso il certificato di fine lavori attestante l'avvenuta esecuzione degli stessi nei termini contrattuali rispetto al totale degli interventi per i quali sono scaduti i tempi utili concessi sommato al numero degli interventi per i quali sia stata trasmessa la documentazione conclusiva ai sensi dell'attuale normativa in materia di LL.PP. rispetto al totale degli interventi per i quali sono scaduti i tempi utili concessi.*

11) Attività libero-professionale intramuraria:

l'obiettivo attiene al rispetto delle disposizioni normative vigenti, ivi comprese le Linee guida regionali, in tema di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI), con specifico riferimento ai seguenti adempimenti:

- A. assegnazione degli spazi per lo svolgimento dell'attività libero-professionale;
- B. allineamento dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione;
- C. corretta applicazione della trattenuta di cui al DL n.158/2012 art.2 c.1 lett. d).

All'obiettivo viene assegnato un peso ponderato complessivo pari a 3 punti così ripartiti: all'adempimento di cui alla lettera A) vengono attribuiti 1 punti in caso di raggiungimento, mentre lo stesso deve ritenersi non raggiunto laddove manchi la predetta assegnazione degli

spazi o se gli spazi non sono effettivamente utilizzabili e in tal caso il punteggio attribuito sarà pari a 0; l'allineamento dei tempi comporta l'attribuzione di 1 punti, mentre verrà attribuito un punteggio pari a 1 nel caso di disallineamento dei tempi inferiore al 20%, mentre nel caso di disallineamento superiore al 20% sarà assegnato un punteggio pari a 0; la realizzazione dell'adempimento di cui alla lettera C) comporta l'attribuzione di un punteggio pari a 1, la mancata o parziale realizzazione comporta l'attribuzione di un punteggio pari a 0. La sommatoria dei punteggi relativi ai tre adempimenti previsti determina il punteggio complessivo assegnato all'obiettivo in questione.

B) OBIETTIVI DI SALUTE

1) Controlli in materia di appropriatezza e legittimità delle prestazioni sanitarie:

l'obiettivo attiene alla predisposizione ed attuazione del piano dei controlli in conformità a quanto previsto nei protocolli ispettivi approvati con decreto del Commissario ad acta n. 64/2012, con specifico riferimento alla necessità che la ASL assicuri:

- il controllo casuale di almeno il 10% delle cartelle cliniche per ogni Erogatore pubblico e privato, ai sensi della normativa vigente e dei contratti sottoscritti con gli Erogatori provati accreditati;
- il controllo dei ricoveri a rischio di inappropriately non inferiore al 2,5% del totale delle cartelle cliniche, ai sensi e per gli effetti del D.M. 10/12/2009 (pubblicato sulla G.U. n. 122 del 27.5.2010);
- la rendicontazione tramite gli schemi appositamente predisposti dal Servizio Ispettivo e Controllo Qualità della Regione, attestante le risultanze delle attività ispettive espletate dai NOC con osservanza puntuale delle scadenze, completezza e qualità delle informazioni, corredata dei verbali ispettivi contenenti i riferimenti analitici a prestazioni e decurtazioni risultanti per ogni singolo accesso ispettivo;
- la rotazione delle unità ispettive NOC;
- il monitoraggio dei ricoveri ad elevato rischio di inappropriately per U.O. dei PPOO pubblici con il supporto delle Direzioni Mediche di P.O.
 - riduzione progressiva della proporzione di ricoveri inappropriati
 - contabilizzazione degli abbattimenti tariffari e loro riepilogazione all'interno della nota integrativa del bilancio di esercizio ai fini della razionalizzazione della spesa e del riparto del fondo;
- l'aumento di efficacia dei controlli effettuati presso le strutture per l'assistenza a non autosufficienti e disabili.

All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 7 nella valutazione complessiva: in caso di rispetto delle riferite percentuali minime stabilite e di rendicontazione alle scadenze stabilite verrà attribuito un punteggio pari a 7; il mancato rispetto di uno o più dei riferiti adempimenti comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 0 in sede di valutazione complessiva finale.

2) Mobilità sanitaria.

l'obiettivo attiene al miglioramento del saldo della mobilità sanitaria, a cui vengono attribuiti 8 punti, viene valutato attraverso due adempimenti a) e b).

- a) *Correttezza dei dati anagrafici dei principali flussi informativi utilizzati per la mobilità sanitaria (file ASDO/SDOxm e SDAC).*

Si intende recuperare la compensazione economica delle prestazioni erogate in regime di mobilità attiva, ma che, a causa degli errori nei dati anagrafici, vengono contestate dalle altre Regioni. In base alla percentuale di errori rilevati viene attribuito un punteggio secondo il seguente schema:

Percentuale di errore sui record file ASDO/SDOxml + file SDAC	Punteggio (min 0, max 5)
$\geq 2 \%$	0
$< 2 \%$ e $\geq 1 \%$	1
$< 1 \%$ e $\geq 0,6 \%$	2
$< 0,6\%$	5

Si precisa che la percentuale è calcolata sui file interi della produzione (non solo mobilità attiva extra) trasmessi dalle ASL alla Regione, relativi all'anno oggetto di valutazione (non è un confronto con l'anno precedente) e che alimentano il database utilizzato per il primo invio della mobilità.

Per i flussi in questione si calcolerà la percentuale di record con Identificativo (Codice Fiscale) mancante o errato sul totale dei record analizzati. Dall'analisi vanno infatti esclusi:

- casi coperti da riservatezza ai sensi di legge (anonimi),
- nuovi nati dalla data di nascita e fino al 28° giorno di vita (CF facoltativo),
- codici ENI ed STP
- stranieri paganti
- cittadini europei non iscritti al SSN (codice TEAM).

b) Riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri in mobilità passiva (File A).

All'obiettivo in questione viene attribuito un punteggio secondo il seguente schema:

<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di riduzione dei ricoveri in mobilità passiva • (File A) rispetto all'anno precedente 	<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio (min 0, max 3)
<ul style="list-style-type: none"> • $< 2,5\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • 0
<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 2,5\%$ e $< 5 \%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • 1
<ul style="list-style-type: none"> • $\geq 5\%$ 	<ul style="list-style-type: none"> • 3

Nel caso di indisponibilità dei dati ufficiali di mobilità passiva del periodo oggetto di analisi, i 3 punti della valutazione b) vengono assegnati solo se la sezione a) ha ottenuto il punteggio massimo (in tal caso $5 \rightarrow 8$).

3) Contenimento delle liste di attesa:

l'obiettivo attiene al rispetto degli adempimenti inerenti il Piano Regionale per il governo delle Liste di attesa approvato con D.G.R n.265/2019, della normativa nazionale vigente in materia di liste d'attesa e di ulteriori finalità connesse alla regolare e corretta gestione dell'offerta sanitaria regionale. In particolare, costituiranno oggetto di valutazione specifica i seguenti interventi-obiettivi:

- A.** rispetto dei tempi massimi di attesa delle prestazioni sanitarie individuate dal vigente PRGLA;

- B.** attivazione entro i termini previsti dal vigente PRGLA delle agende dedicate (CUP II livello) alle prestazioni successive al primo accesso;
- C.** predisposizione e realizzazione della completa prenotabilità dell'intera offerta sanitaria, sia specialistica che ospedaliera, afferente ai privati accreditati e alle strutture pubbliche attraverso il gestionale CUP aziendale. La valutazione sull'obiettivo in questione sarà effettuata dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 28 nella valutazione complessiva, così suddiviso: la piena realizzazione dell'intervento-obiettivo sub A) comporta l'attribuzione di 18 punti, mentre il rispetto dei tempi di attesa nel 90% delle prestazioni comporta l'attribuzione di punteggio pari a 6 e il mancato rispetto per meno 90% delle prestazioni del comporta l'attribuzione di punteggio pari a 0; la piena realizzazione dell'intervento-obiettivo sub B) comporta l'attribuzione di 5 punti, mentre un ritardo inferiore a 90 giorni rispetto ai tempi previsti dal PRGLA comporta l'attribuzione di punteggio pari a 2,5 e un ritardo superiore a 90 giorni comporta l'attribuzione di punteggio pari a 0; la piena realizzazione dell'intervento-obiettivo sub C) comporta l'attribuzione di 5 punti, mentre la parziale o mancata realizzazione comporta l'attribuzione di punteggio pari a 0. La sommatoria dei punteggi riferiti ai 3 adempimenti sopra richiamati costituisce il punteggio complessivo riferito all'obiettivo in questione.

4) Realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione:

All'obiettivo in questione viene attribuito un punteggio complessivo di 15 punti.

Nell'ambito delle attività in materia di prevenzione, in coerenza anche con gli indicatori fissati nell'ambito del monitoraggio annuale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) assumono rilievo le attività e gli obiettivi da realizzare previsti nei documenti di programmazione nazionale /regionale quali: **Piano Regionale della Prevenzione (PRP), Piano Regionale Prevenzione vaccinale (PRPV), Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), Piano regionale Gioco d'Azzardo Patologico.**

Il Piano regionale di prevenzione 2014-2018, già adottato con Decreto del Commissario ad Acta n. 56/2015, come modificato con Decreto del Commissario ad acta n.65/2016, è stato prorogato al 31.12.2019 con DGR n 630/2018. E'ancora in corso la predisposizione ministeriale del Nuovo Piano nazionale di prevenzione 2020-2025. Nelle more dell'approvazione dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome concernente il Nuovo Piano si terrà conto degli indicatori già fissati nel vigente Piano regionale ponendo come obiettivo il mantenimento /completamento degli obiettivi già fissati al 31.12.2019 secondo gli indicatori predefiniti.

Relativamente alle azioni da implementare previste nel Piano regionale di prevenzione vaccinale 2017-2019, adottato con DGR105/2017, nel Piano regionale sul gioco d'azzardo patologico, adottato con DGR 383/2017, nel Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc), si rinvia nello specifico agli obiettivi di seguito riportati.

- **3,0 punti** per la realizzazione complessiva delle azioni di competenza della ASL, siccome previsto nel Piano regionale di prevenzione vigente: l'obiettivo da raggiungere attiene alla realizzazione, al 31 dicembre di ciascun anno oggetto di valutazione, degli indicatori sentinella indicati in ogni programma del Piano regionale di prevenzione, siccome comunicati annualmente - entro il 31 gennaio di ciascun anno oggetto di valutazione - dal Dipartimento Sanità. In caso di raggiungimento o superamento della percentuale di realizzazione degli obiettivi con indicatore sentinella previsti nel Piano viene attribuito un punteggio di 3,0; in

ipotesi invece di mancato raggiungimento della riferita percentuale il punteggio assegnato sarà pari a 0.

- **6,0 punti** (2,0 punti per ciascuno screening) per la prevenzione delle malattie attraverso gli screening oncologici: l'obiettivo da raggiungere in tal caso attiene al raggiungimento al 31 dicembre di ciascun anno oggetto di valutazione di una copertura (calcolo effettuato secondo formula questionario LEA anno di riferimento) della popolazione target come di seguito:
 - $\geq 50\%$ per il colon retto;
 - $\geq 60\%$ per la mammella
 - $\geq 50\%$ per la cervice uterina.

In caso di raggiungimento o superamento di tale percentuale ovvero di incremento per ciascuno dei riferiti screening viene attribuito un punteggio di 2,0 per ciascuno degli screening. In caso invece di mancato raggiungimento delle riferite percentuali ma di raggiungimento di una copertura della popolazione target come di seguito:

- $\geq 40\% < 50\%$ per il colon retto;
- $\geq 50\% < 60\%$ per la mammella;
- $\geq 40\% < 50\%$ per la cervice uterina;

verrà assegnato un punteggio pari a 0,5 per ciascuno degli screening.

- **1,5 punti** per la prevenzione attraverso la vaccinazione antinfluenzale della popolazione ultrasessantacinquenne: l'obiettivo attiene il raggiungimento della percentuale del 75% della popolazione target (calcolo effettuato secondo questionario LEA). In caso di raggiungimento o superamento di tale percentuale viene attribuito un punteggio di 1,5. In caso di raggiungimento nella campagna antinfluenzale oggetto di valutazione di una copertura $\geq 65\% < 75\%$ ma in miglioramento rispetto all'anno precedente viene attribuito un punteggio pari a 1,0; in caso di raggiungimento nelle campagne antinfluenzali nell'anno di valutazione di una copertura $< 65\%$ viene attribuito un punteggio pari a 0.

- **1,5 punti** per l'implementazione delle azioni previste dal PNEMoRc e dalle disposizioni ministeriali vigenti. In particolare, la valutazione verrà effettuata sul raggiungimento al 31 dicembre di ciascun anno dei valori soglia dell'indicatore LEA, come di seguito:
 - Numero di focolai di morbillo genotipizzati / (Numero di focolai identificati) $\times 100 \geq 80\%$ ovvero del valore soglia previsto per l'anno di riferimento;
 - numero di casi di morbillo notificati che hanno un'indagine epidemiologica adeguata < 48 ore dalla segnalazione)/(numero di casi sospetti di morbillo notificati) $\times 100$

In caso di raggiungimento di uno solo degli obiettivi soprariportati il punteggio assegnato sarà pari a 0

- **2,0 punto** per la prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro: l'obiettivo da raggiungere in tal caso attiene al raggiungimento al 31 dicembre di ciascun anno di una percentuale di imprese attive sul territorio controllate almeno pari al 5%. In caso di raggiungimento o superamento di tale percentuale viene attribuito un punteggio di 2,0; in ipotesi invece di mancato raggiungimento della riferita percentuale il punteggio assegnato sarà pari a 0.
- **1,0 punto** per la realizzazione al 31 dicembre di ciascun anno oggetto di valutazione delle attività previste nel Piano regionale GAP (Gioco Azzardo Patologico), come approvato con [DGR n. 346 del 22/06/2020](#) secondo le tempistiche ivi previste, relativamente agli obiettivi di seguito riportati:
 - obiettivo 1.1 (promuovere le attività di cura dei pazienti affetti da GAP);
 - obiettivo 1.3 (attivare i gruppi di mutuo aiuto);
 - obiettivo 3.2 (aumentare la conoscenza dei rischi e l'empowerment nella popolazione generale);
 - obiettivo - 3.3 (promuovere iniziative per aumentare la consapevolezza dei rischi; promuovere il

- potenziamento dei fattori di protezione nella popolazione giovanile, nei docenti, nei genitori);
 - obiettivo 4.1 (formare gli operatori del sistema dei servizi regionali per le dipendenze).
- In caso di raggiungimento degli obiettivi previsti nel Piano GAP secondo le percentuali ivi riportate, viene attribuito un punteggio di 1,0; in caso di mancato raggiungimento anche di uno solo degli obiettivi suriportati il punteggio assegnato sarà pari a 0*

5) Appropriatezza prescrittiva farmaci:

l'obiettivo prevede l'implementazione di interventi e azioni per promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci. *All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 5 nella valutazione complessiva, di cui 1 per l'implementazione dei Piani Terapeutici on-line, 1 per il rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di PPI (Inibitori di Pompa Protonica), 2 per la riduzione delle prescrizioni di antibiotici, 1 per l'incremento del numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini.*

1. Implementazione Piani Terapeutici (PT) on-line

L'obiettivo attiene all'implementazione presso tutte le strutture autorizzate alla prescrizione di farmaci sottoposti a PT per le tipologie di PT stabilite da provvedimento regionale entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento e avrà valenza a partire dall'anno 2020.

Obiettivo 1.1: % medici accreditati sul totale dei medici operanti nelle strutture aziendali >80% nel periodo considerato (0,5 punti)

Obiettivo 1.2: % medici che compilano i PT sulla piattaforma on-line sul totale dei medici accreditati > 50% nel primo anno o porzione di esso e >80% negli anni successivi (0,5 punti).

2. Rispetto delle indicazioni in materia di prescrizioni di PPI

L'obiettivo attiene alla riduzione dell'inappropriatezza nella prescrizione di Inibitori di Pompa Protonica considerando le indicazioni terapeutiche in scheda tecnica, le indicazioni rimborsabili dal SSN secondo le limitazioni della nota AIFA 48 e le linee di indirizzo regionali. che indicano per ulcera peptica e MRGE con o senza esofagite una durata di trattamento non inferiore alle 4 settimane (razionale obiettivo 2.1) e un trattamento prolungato da autorizzare solo in particolari condizioni. La popolazione eleggibile al trattamento prolungato è stimata nel 10% dei nuovi trattati con nota 48 con durata di terapia sopra le 6 settimane (obiettivo 2.2).

Obiettivo 2.1: % pazienti con prescrizioni di IPP “al bisogno” con durata di terapia < 28 giorni <5% (0,5 punti);

Obiettivo 2.2: % pazienti avviati al trattamento con IPP con durata della terapia superiore a 6 settimane <10% (0,5 punti).

3. Riduzione delle prescrizioni di antibiotici

L'Italia si colloca tra i Paesi Europei con il più alto tasso di antibiotico –resistenze è quindi prioritario promuovere azioni che aumentino la promozione d'uso appropriato di questi farmaci. Dal rapporto Osmed 2018 (Tabella 5.1.8 ATC al primo livello=J) la Regione Abruzzo si colloca nettamente al di sopra della media nazionale (17,2 DDD/1000 ab die ITALIA verso 21,6 DDD/1000 ab die Abruzzo). Nel 2019 il WHO ha aggiornato le DDD per alcuni principi attivi e le fasce di valutazione per l'uso complessivo degli antibiotici sistemici sono state modificate: le nuove DDD hanno determinato infatti una significativa riduzione dei tassi di consumo, pertanto l'obiettivo per la Regione Abruzzo è aggiornato e in linea con la media Italia di 17 DDD/ab die. È necessario all'interno della categoria degli antibiotici diminuire l'uso di fluorochinoloni a seguito della nota AIFA di aprile 2019 che restringe drasticamente le indicazioni per l'utilizzo di questa categoria di farmaci.

Obiettivo 3.1: numero DDD/1000 abitanti die ≥ 19 (0 punti); numero DDD/1000 ab die su popolazione pesata < 19 e ≥ 17 (1 punto); numero DDD/100 ab die su popolazione pesata < 17 (2 punti).

4. Miglioramento del sistema di farmacovigilanza

Le indicazioni ministeriali in tema di governance farmaceutica indicano come prioritario un intervento regionale in tema di farmacovigilanza e sottolineano la necessità che le Regioni rafforzino i flussi di informazioni di farmacovigilanza.

La regione Abruzzo si colloca ancora al di sotto del gold standard di segnalazioni indicato dall'OMS e quantificato in n 300 segnalazioni/1.000.000 di abitanti. Vi è quindi la necessità di migliorare le attività di Farmacovigilanza e vaccino-vigilanza applicando la procedura operativa AIFA per i responsabili locali di FV e porre particolare attenzione alla qualità nella compilazione delle segnalazioni ADR. Vi è necessità di applicare le nuove regole d'inserimento delle segnalazioni avverse da parte dei responsabili locali e supportare gli operatori alla corretta compilazione della scheda on line e cartacea, realizzando specifici eventi formativi.

Obiettivo 4.1: numero di segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e vaccini per 100.000 ab $\geq 15\%$ rispetto al periodo precedente (1 punto).

Fonti di dati utilizzati per la valutazione:

Per la valutazione dei tetti di spesa si fa riferimento alle basi di dati e alla metodologia utilizzati da AIFA; per la valutazione della percentuale di farmaco equivalente si fa riferimento ai dati del sistema Tessera Sanitaria; per la valutazione del consumo dei farmaci biologici a brevetto scaduto si fa riferimento ai dati NSIS; per la valutazione del numero di medici che inseriscono i PT on-line si utilizzano i dati presenti sulla piattaforma informatica regionale all'uopo implementata; per la valutazione inerente IPP e antibiotici si fa riferimento al file D delle ricette della farmaceutica convenzionata; per la valutazione del numero di segnalazioni di reazioni avverse si fa riferimento a schede inserite nella rete nazionale AIFA di farmacovigilanza.

6) Sicurezza e rischio clinico:

l'obiettivo in questione viene declinato nei seguenti adempimenti:

- 1. Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle Asl a seguito di eventi sentinella.**
 - effettuare il monitoraggio degli eventi sentinella nel corso di tutto l'anno;
 - procedere alla registrazione nella Banca dati nazionale (SIMES/NSIS) degli eventi sentinella e delle denunce sinistri avvenuti nel corso dell'anno;
 - predisporre apposito Piano di miglioramento sulla base degli eventi sentinella che si sono maggiormente verificati nell'anno precedente a quello in cui viene effettuata la rilevazione.
- 2. Monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali**
Adozione di tutte le Raccomandazioni Ministeriali e loro implementazione.
- 3. Piano di formazione aziendale degli operatori per la sicurezza dei pazienti (Root Cause Analysis, Audit Clinico)**
Effettuare corsi di formazione rivolti agli operatori sanitari necessari per diffondere le conoscenze metodologiche e per trasmettere la cultura del rischio e attuare programmi di prevenzione dell'errore e di gestione del rischio clinico nelle proprie realtà aziendali.
- 4. Monitoraggio sistemico dell'uso della check list in Sala Operatoria.**
Effettuare il monitoraggio sull'uso sistemico della check list in sala operatoria da parte di tutte le UU.OO di chirurgia.
- 5. Prevenzione delle cadute**

Evitare che si verifichino le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie attraverso l'adozione di apposita Procedura aziendale e/o implementazione della Raccomandazione n. 13 creando una mappa del rischio nell'organizzazione aziendale e prevedendo azioni di miglioramento per la diminuzione del rischio cadute.

6. Verifica periodica della qualità percepita agli utenti del SSR.

Attuare le disposizioni contenute negli indirizzi regionali per le redazioni degli strumenti di programmazione delle A.S.L. periodo 2018/2020 tenendo presente che il monitoraggio della qualità percepita deve perseguire lo scopo principale di valutare la percezione del cittadino della qualità erogata rispetto alla qualità progettata e consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento. Le rilevazioni periodiche della qualità percepita dovranno essere programmate, effettuate e valutate attraverso l'utilizzo di questionari distinti per attività di ricovero, attività ambulatoriale e attività diagnostica..

7. Applicazione della Legge n.24 dell'08/03/2017.

Applicare quanto disposto dalla L.n.24/2017 ed attuare le disposizioni contenute negli indirizzi regionali per le redazioni degli strumenti di programmazione delle A.S.L. periodo 2018/2020.

8. Evasione di tutti i ricorsi, segnalazioni, esposti, ecc., presentati dai cittadini/utenti, associazioni di tutela, aventi diritto, delle richieste dei NAS, Regione, Ministero, ecc.

Espletare tali attività nel rispetto delle richieste di accesso/informazioni degli utenti e riscontrare in tempi brevi le richieste presentate da ciascuna autorità Ministeriale e/o Locale evitando solleciti.

All'obiettivo è assegnato un peso ponderato pari a 2 nella valutazione complessiva: il rispetto di tutti gli adempimenti previsti comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 2. Il mancato rispetto di almeno due degli adempimenti sopra riportati comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 0.

7) Rete cure palliative:

l'obiettivo attiene all'incremento del 10% nell'anno di riferimento degli accessi domiciliari ai malati terminali rispetto all'anno precedente.

All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 5 nella valutazione complessiva. In caso di pieno raggiungimento dell'obiettivo è assegnato un punteggio pari a 5; in caso di mancato raggiungimento è assegnato un punteggio pari a 0.

8) Sanità veterinaria e sicurezza alimentare:

l'obiettivo attiene al raggiungimento delle attività così come definite nell'ambito dei piani e dei controlli indicati sul Piano Pluriennale Regionale dei Controlli Integrati (PPRIC 2015-2018), il nuovo patto per la Salute e declinati nella griglia degli indicatori delle verifiche LEA riferiti alla sicurezza alimentare e alla medicina veterinaria”.

I parametri di valutazione sono individuati nella seguente maniera:

- 1) Profilassi e prevenzione delle malattie animali (profilassi per la TBC, Bruc, LEB, TSE, ecc.);
- 2) Controllo del benessere degli animali e prevenzione del randagismo;
- 3) Verifiche sulla Nutrizione e malattie correlate;

- 4) Controlli sulle strutture di produzione e lavorazione degli alimenti e trasmissione dei dati sul sistema informatizzato della Regione SIVRA;
- 5) Applicazione e verifica dei piani di Audit e relativi Standard di funzionamento dei servizi.

All’obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 10 nella valutazione complessiva: la realizzazione di ciascuno dei 5 adempimenti sopra specificati comporta l’attribuzione di 2 punti (Completa realizzazione delle percentuali di controlli indicate sul PPRIC 2015-2018 e nella relativa programmazione annuale), la eventuale parziale realizzazione comporta l’attribuzione di 1 punto (parziale realizzazione con uno scostamento inferiore al 10% del programmato sul PPRIC), mentre la realizzazione di attività inferiori al 90% del programmato comporta attribuzione di punteggio “0”. La sommatoria dei punteggi riferiti ai 5 adempimenti richiamati costituisce il punteggio complessivo riferito all’obiettivo in questione.

Il giudizio di “Adempiente” sarà assegnato qualora non saranno riscontrati motivi ostativi nella valutazione preliminare (dati disponibili sui sistemi informativi) e se avrà raggiunto lo stato di sufficiente in almeno 4 dei 5 punti riportati sulla griglia di valutazione dei LEA.

9) **Mantenimento erogazione LEA:**

l’obiettivo attiene, con una visione sintetica, alla valutazione complessiva dell’adempimento sul mantenimento dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Sono stati selezionati, fra quelli presenti nella “Griglia LEA” degli adempimenti ministeriali, 11 indicatori. Per ciascun indicatore sono attribuiti un peso e le soglie dei valori che danno luogo al punteggio di valutazione. Le soglie sono suddivise in 3 classi in funzione della distanza del valore dell’indicatore dallo standard (“valore normale”) e a ciascuna classe è assegnato un punteggio. *Il punteggio massimo complessivo è pari a 20 punti.*

Nella tabella seguente sono riportati gli indicatori con rispettiva definizione, metodo di calcolo, peso, classi di punteggi di valutazione e punteggi di valutazione.

N.	Livello di assistenza	Definizione	Formula	Peso	Punteggi di valutazione		
					Valore normale 1,2	Scostamento minimo 0,6	Scostamento non accettabile o non validità del dato 0
1	Prevenzione	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Come da adempimento ministeriale	1,5	tutte >= 95%	tutte >= 92%	una o più < 92%
		1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Come da adempimento ministeriale	1,3	>= 95,0%	92,0% - 94,9%	< 92,0%
		1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale	Come da adempimento ministeriale	0,5	>= 75,0%	60,0% - 74,9%	< 60%

		nell'anziano (≥ 65 anni)					
2	Prevenzione	2. Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	Come da adempimento ministeriale	1,5	score ≥ 9	score 7 - 8	score ≤ 6
3	Distrettuale	Tasso ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco da strutture regionali per residenti	Dimissioni da strutture abruzzesi a residenti in Abruzzo, in regime ordinario per discipline per acuti. Fonte ASDO Popolazione adulta, Età: ≥ 18 anni. Esclusione: MDC 14, MDC 15; pazienti provenienti da altri istituti di cura. tasso ospedalizzazione complessivo (per 100.000 ab.) per: - Complicanze a breve termine del diabete. Diagnosi principale: codice 250.1x, 250.2x, 250.3x. - Complicanze a lungo termine tardive del diabete: Diagnosi principale: codice 250.4x, 250.5x, 250.6x, 250.7x, 250.8x, 250.9x - Scompenso cardiaco: Diagnosi principale: codice 428.x. - Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO): Diagnosi principale: codice 490, 491.xx, 492.x, 494.x, 496.x; oppure Diagnosi Principale 466.0 ed almeno una delle seguenti diagnosi secondarie: codice 491.xx, 492.x, 496.x.	1,17	$\leq 530,00$	530,01 - 578,00	$> 578,00$
4	Distrettuale domiciliare anziani	8. Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI	Come da adempimento ministeriale	2,50	$\geq 1,88$	$\geq 1,56$ e $< 1,88$	$< 1,56$
5	Distrettuale specialistica	13. Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	Come da adempimento ministeriale	0,50	5,10 - 7,50	3,00 - 5,09 o 7,51 - 9,00	$< 3,00$ o $> 9,00$

6	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei primari	(Dimissioni con parto cesareo primario/Totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo) * 100 da fonte CEDAP	2,5	<= 18,00%	18,01% - 22,00%	> 22,00%
		Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale/Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e le 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita da fonte CEDAP e HSP	1,00	<= 18,00%	18,01% - 26,00%	> 26,00
7	Ospedaliera	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	(Dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 2 giorni (inclusi gli estremi))/ (numero dimissioni con diagnosi principale o secondaria di frattura del collo del femore). Fonte SDO • Provenienza paziente <"4" And <"5" And <"6" And <"7" • età ((data ricovero-data nascita)/365,25) >65 • regime ricovero 1 • data intervento principale IS NOT NULL • Tipo DRG ="C" chirurgico • DRG, escluso l'intervallo 484-487 • Modalità dimissione <"1" And <"5" • Diagnosi principale O SECONDARIA 820* • Reparto di dimissione < 28 e < 56 e < 60 e < 75	2,5	>= 60,00%	38,00% - 59,99%	< 38,00%
8	Emergenza	21. Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	Come da adempimento ministeriale	1,7	<= 18	19 - 21	>= 22

B) OBIETTIVI DI TRASPARENZA

1) **Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese previste nel bilancio:**

l'obiettivo attiene alla pubblicazione sul sito istituzionale - con modalità tali da rendere la pubblicazione di immediata comprensione e consultazione per il cittadino – dei dati relativi alle spese indicate nel bilancio a qualsiasi titolo erogate sia in forma analitica che in forma aggregata.

All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 3 nella valutazione complessiva. La pubblicazione dei dati richiesti, nelle modalità previste comporta l'assegnazione di 3 punti. La incompleta pubblicazione, o la pubblicazione con modalità non conformi a quelle previste comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 0

2) **Pubblicazione sul sito istituzionale, in forma integrata ed analitica, delle spese di personale:**

l'obiettivo attiene alla pubblicazione sul sito istituzionale - con modalità tali da rendere la pubblicazione di immediata comprensione e consultazione per il cittadino – dei dati relativi alle spese di personale a qualsiasi titolo sostenute sia in forma analitica che in forma aggregata.

All'obiettivo in questione viene assegnato un peso ponderato pari a 2 nella valutazione complessiva. La pubblicazione dei dati richiesti, nelle modalità previste comporta l'assegnazione di 2 punti. La incompleta pubblicazione, o la pubblicazione con modalità non conformi a quelle previste comporta l'assegnazione di un punteggio pari a 0.

METODOLOGIA DI VALUTAZIONE

La valutazione complessiva sull'operato del Direttore Generale si articolerà in relazione ad un punteggio massimo ottenibile pari a 200 punti, e sarà effettuata dai servizi del Dipartimento Sanità in relazione alle rispettive competenze.

In aggiunta ai 190 punti massimi ottenibili dal pieno conseguimento degli obiettivi prioritari sopra descritti, ulteriori 10 punti afferiscono alla valutazione sul rispetto degli adempimenti e sul raggiungimento degli ulteriori obiettivi richiamati in premessa, individuati nell'ambito dei provvedimenti programmatori regionali o sanciti da disposizioni normative, nazionali e regionali. A tal fine, i singoli Servizi in cui si articola Il Dipartimento Sanità formuleranno un proprio giudizio sintetico sul rispetto degli adempimenti e sul raggiungimento degli ulteriori obiettivi di cui sopra, laddove individuabili in relazione alle competenze del Servizio cui si è preposti, e la media delle valutazioni raccolte andrà a sommarsi al punteggio scaturente dalla valutazione relativa agli obiettivi prioritari sopra specificati.

La valutazione complessiva potrà dirsi positiva qualora il punteggio finale riportato sia pari o superiore a 120. La valutazione sarà invece negativa nel caso in cui il punteggio riportato sia inferiore a 120, specificandosi inoltre che la valutazione sarà considerata comunque negativa qualora vengano riportate valutazioni pari a 0 in almeno 6 dei 22 obiettivi sopra descritti.

La valutazione, riferita ai soli obiettivi di salute, inferiore a 70 punti integra la fattispecie di mancato conseguimento ai sensi dell'art. 3-bis, comma 7-bis, del D. Lgs. n. 502/1992.