



REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e Sociale

Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV

Controllo di Gestione Regionale Sanità

Vademecum

Obiettivi DG 2017

DGR 246/2017

Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli adempimenti

Versione 1.0

Riferimento per comunicazioni:

obiettivi.dg@regione.veneto.it

Riferimenti operativi:

daniela.perin@regione.veneto.it

luca.heller@regione.veneto.it

venerdì 5 maggio 2017

Sommario

Area A. Equilibrio economico-finanziario e rispetto dei tetti di spesa	5
Obiettivo A.1 - Equilibrio Economico-Finanziario	5
A.1.1 Rispetto del Risultato Economico Programmato	5
A.1.2 Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)	6
A.1.3 Rispetto dei tempi di pagamento programmati	7
A.1.4 Adempimenti flusso di contabilità analitica regionale	8
Obiettivo A.2 - Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale	9
A.2.1 Rispetto del tetto di costo: Personale	9
Obiettivo A.3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari	10
A.3.1 - Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti - Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H - Registri AIFA: recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali - Rispetto del tetto di costo: DM - Rispetto del tetto di costo: IVD	10
A.3.2 - Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata - Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa - Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Protesica - Rispetto del pro capite pesato per Ausili Monouso.....	11
A.3.3 Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto.....	12
Area B. Rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali	13
Obiettivo B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso	13
B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016).....	13
B.1.2 Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014	14
Obiettivo B.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	15
B.2.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe A, Classe B, Classe C, Classe D.....	15
Obiettivo B.3 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	16
B.3.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale - Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmabile (P).....	16
Area C. Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	18
Obiettivo C.1 - Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione	18
C.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016).....	18
C.1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)	19
C.1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)	20
C.1.4 Adesione "corretta" per screening mammografico	21
C.1.5 Adesione "corretta" per screening cervicale	22

C.1.6 Adesione “corretta” per colon-retto.....	23
C.1.7 Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori) ...	24
Obiettivo C.2 - Rispetto dei livelli di attività programmati per l’assistenza domiciliare e miglioramento degli indicatori di presa in carico sul territorio	25
C.2.1 Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione.....	25
C.2.2 Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o Strutture Intermedie).....	26
C.2.3 Tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello	27
C.2.4 Supporto alle attività di presa in carico con il care management e all'utilizzo di strumenti di case-finding per i PDTA e case-mix per la valutazione della performance nel territorio.	28
Obiettivo C.3 - Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale ...	30
C.3.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dell'analisi dei tassi di consumo per branca.....	30
C.3.2 Piena implementazione dei pacchetti di Day Service Ambulatoriale	31
Obiettivo C.4 - Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)	32
C.4.1 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di valutazione Treemap	32
Obiettivo C.5 - Risoluzione di ogni altra criticità aziendale rilevante ai fini del rispetto dei LEA	34
C.5.1 Risoluzione delle criticità emergenti alla luce della Verifica degli adempimenti LEA 2016 ed agli oneri previsti dal Questionario LEA 2017.....	34
Area D. Sviluppo di attività innovative e di alta specialità	35
Obiettivo D.1 - Aumento della mobilità attiva extraregionale.....	35
D.1.1 Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera	35
Obiettivo D.2 - Miglioramento degli indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie	36
D.2.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dagli indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie	36
Obiettivo D.3 - Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica.....	37
D.3.1 Riduzione della tempistica di avvio studi clinici con farmaco profit	37
Obiettivo D.4 - Valorizzazione del ruolo di hub per le reti tempo dipendenti, le reti definite nel DM 70/2015 e per la Rete Oncologica Veneta.....	38
D.4.1 Definizione delle modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi della rete	38
D.4.2 Soddisfazione degli indicatori definiti per i principali PDTA	40
Area E. Adeguamento alle migliori pratiche ed omogeneizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari e delle modalità di accesso agli stessi all'interno dei nuovi ambiti territoriali.....	42
Obiettivo E.1 - Analisi delle differenze pre-esistenti e presentazione di un Piano per l'adozione omogenea sul territorio dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari e delle migliori pratiche nell'accesso ai servizi stessi	42
Area F. Attuazione L.R. 19/2016 e Sanità Digitale	44
Obiettivo F.1 - Corretta gestione dei flussi ministeriali (in termini di tempestività e qualità del dato)	44
Obiettivo F.2 - Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico.....	45

Obiettivo F.3 - Corretta compilazione dei Registri Regionali area Farmaceutica.....	47
Obiettivo F.4 - Definizione dei nuovi atti aziendali, secondo le indicazioni regionali	49
Obiettivo F.5 - Presentazione dei Piani di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019	50
Area G. Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza”	51
Obiettivo G.1 - Soddisfazione di tutte le richieste nei tempi previsti ai sensi del comma 3 ter dell’Art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010 Rispetto delle disposizioni regionali.....	51
Elenco Allegati	52

Area A. Equilibrio economico-finanziario e rispetto dei tetti di spesa

Obiettivo A.1 - Equilibrio Economico-Finanziario

A.1.1 Rispetto del Risultato Economico Programmato

Struttura Responsabile: Direzione Programmazione Economico-Finanziaria SSR

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto risultato programmato 2017

Punti		
ULSS	AO	IOV
5	5	5

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Sarà valutato se il risultato economico consuntivo dell'esercizio rispetta il risultato economico programmato per l'anno 2017.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda è adempiente se il risultato economico consuntivo è uguale o migliore del risultato economico programmato.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Modelli CE

Allegati

Nessuno

A.1.2 Variazione Annuale del Costo della Produzione (+ Imposte e tasse)

Struttura Responsabile: Direzione Programmazione Economico-Finanziaria SSR

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Variazione costo produzione ≤ 0

Punti		
ULSS	AO	IOV
5	5	5

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

L'indicatore non misura la mera variazione annua della sommatoria del costo della produzione (aggregato B del modello CE) + IRAP (aggregato Y1A del modello CE). La valutazione riguarderà il costo di produzione dei livelli di assistenza. Pertanto saranno esclusi/rettificati tutti i costi non attribuibili alla funzione di produzione aziendale (tipicamente le poste R) e i costi non relativi all'erogazione dei livelli assistenziali e/o finanziati da contributi vincolati. Per le Aziende interessate da contratti di project financing saranno effettuate ulteriori valutazioni.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

La variazione dei costi 2017 rispetto ai costi 2016 (calcolati secondo la metodologia descritta) dovrà essere inferiore o uguale a zero.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Relazione a giustificazione dell'eventuale scostamento da presentare in sede di consuntivo 2017.

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Modelli CE

Allegati

Nessuno

A.1.3 Rispetto dei tempi di pagamento programmati

Struttura Responsabile: Direzione Programmazione Economico-Finanziaria SSR

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Indicatore di tempestività dei pagamenti ≤ 0

Punti		
ULSS	AO	IOV
4	4	4

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Sarà considerato l'indicatore di tempestività dei pagamenti pubblicato sul sito aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 9 DPCM 22 settembre 2014.

La valutazione definitiva sarà effettuata sul valore dell'indicatore annuale.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore obiettivo dell'indicatore stabilito ex lege è minore o uguale a 0.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Indicatore di tempestività dei pagamenti annuale e trimestrale pubblicato sul sito aziendale nella Sezione Amministrazione Trasparente ai sensi dell'art. 9 DPCM 22 settembre 2014.

Allegati

Nessuno

A.1.4 Adempimenti flusso di contabilità analitica regionale

Struttura Responsabile: Direzione Programmazione Economico-Finanziaria SSR

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: 1) Rispetto scadenze di trasmissione dati; 2) qualità dati di contabilità analitica relativi all'anno 2016 valutata positivamente

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	1	1

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

La verifica riguarda la completezza e adeguatezza delle risposte alle varie richieste regionali. In particolare saranno oggetto di verifica i dati di co.an. regionale anno 2016 che saranno richiesti nel corso del 2017.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda risulta adempiente se:

- Rispetta le scadenze fissate per l'invio del flusso;
- La qualità dei dati inviati è valutata positivamente, sia in termini di coerenza con dati di bilancio e di altri modelli di rendicontazione (ex: modello LA), sia in termini di rispetto delle indicazioni contenute nel manuale regionale.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso dati di contabilità analitica regionale

Allegati

Nessuno

Obiettivo A.2 - Rispetto della programmazione regionale sui costi del Personale

A.2.1 Rispetto del tetto di costo: Personale

Struttura Responsabile: Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto dei tetti assegnati

Note come da Allegato alla DGR: DGR 2174/2016 e succ. modifiche e integrazioni

Punti		
ULSS	AO	IOV
3	3	3

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Viene considerato il conto di conto economico relativo al costo del personale dipendente, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione economica regionale.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve rispettare la Soglia definita con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 1 del 10 Gennaio 2017

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

In occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Relazione a giustificazione dell'eventuale scostamento

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Modelli CE

Allegati

Nessuno

Obiettivo A.3 - Rispetto della programmazione regionale sui costi dei Beni Sanitari

A.3.1 - Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Acquisti diretti

- Rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H
- Registri AIFA: recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali
- Rispetto del tetto di costo: DM
- Rispetto del tetto di costo: IVD

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto dei tetti assegnati

Punti		
ULSS	AO	IOV
6	10	10

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.16/2017 per: gli Acquisti diretti della farmaceutica, i Dispositivi Medici e i dispositivi diagnostici in vitro (IVD) e il rispetto del pro capite pesato diretta di classe A-H. Inoltre la verifica riguarderà anche il recupero dei rimborsi per i farmaci sottoposti ad accordi negoziali (Registri AIFA).

Per questo ultimo punto si valuterà il numero di schede AIFA complete/chiusure per i farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso, che dovrà risultare uguale al 100%.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'Azienda è adempiente se tutti i limiti/pro capite/compilazione registro AIFA sono contemporaneamente rispettati

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica mensile e/o trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso di consumo farmaci, dispositivi medici (DWH), Modelli CE

Allegati

Nessuno

A.3.2 - Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica Convenzionata

- Rispetto del tetto di costo: Assistenza Integrativa
- Rispetto del pro capite pesato per Assistenza Protesica
- Rispetto del pro capite pesato per Ausili Monouso

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto dei tetti assegnati

Punti		
ULSS	AO	IOV
4	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

La verifica riguarderà il rispetto dei limiti di costo fissati con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n.16/2017 per la farmaceutica convenzionata e l'assistenza integrativa e il rispetto del pro capite pesato per l'assistenza protesica e per gli ausili monouso.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'Azienda è adempiente se tutti i limiti/pro capite sono contemporaneamente rispettati

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica mensile e/o trimestrale per il monitoraggio dell'indicatore. Inoltre, in occasione degli incontri periodici di monitoraggio saranno presentati i dati relativi all'indicatore.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso di consumo farmaci, flusso assistenza protesica (DWH), cruscotti regionali per l'assistenza protesica e per l'assistenza integrativa, Modelli CE

Allegati

Nessuno

A.3.3 Aderenza agli Indicatori di appropriatezza prescrittiva ad elevato impatto economico della Regione Veneto

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici

Punti		
ULSS	AO	IOV
2	2	2

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Si rimanda a successiva nota regionale

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Si rimanda a successiva nota regionale

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale sull'andamento degli indicatori.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Cruscotto Health-DB

Allegati

Si rimanda a successiva nota regionale

Area B. Rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo le indicazioni regionali

Obiettivo B.1 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di primo intervento e di permanenza in Pronto Soccorso

B.1.1 Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (indicatore 21 della Griglia LEA 2016)
Struttura Responsabile: Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU)

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: ≤ 18 minuti

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	1	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Sarà misurato l'intervallo di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso (secondo il metodo definito dal Ministero per la misurazione dell'indicatore 21 della Griglia LEA). Viene considerato eccellente un intervallo inferiore ai 18 minuti.

Ai fini della valutazione, come previsto per la Griglia LEA, si terrà conto del 75° percentile.

Il risultato della singola azienda, coincide con il dato della Centrale Operativa di afferenza.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore del 75° percentile deve essere Inferiore o uguale alla Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso EMUR-118

Il metodo di calcolo è descritto nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale (codice indicatore 342)

Allegati

Nessuno

B.1.2 Rispetto della Durata di accesso in Pronto Soccorso inferiore alle 4 ore secondo quanto previsto da DGR 1513/2014

Struttura Responsabile: Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU)

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: 90° percentile entro le 4 ore (240 minuti)

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	1	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Sarà misurato il tempo di permanenza in Pronto Soccorso per gli accessi con codice verde e bianco.

La DGR 1513/2014 definisce il tempo massimo di permanenza in 4 ore.

Ai fine della valutazione, come previsto dalla DGR, si terrà conto del 90° percentile.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve rispettare la Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso PS-EMUR

Il metodo di calcolo è descritto nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale (codice indicatore 308)

Allegati

Nessuno

Obiettivo B.2 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

B.2.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale

- Classe A, Classe B, Classe C, Classe D

Struttura Responsabile: Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto Programmazione ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni

Punti		
ULSS	AO	IOV
6	6	8

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

La Regione valuta la percentuale di interventi chirurgici con tempo di attesa rispettato, dove il tempo di attesa è dato dalla differenza tra la data di intervento principale e la data di prenotazione del ricovero.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'Azienda è adempiente se raggiunge le seguenti soglie percentuali.

SOGLIA % MINIMA	<i>data intervento: II TRIMESTRE 2017</i>	<i>data intervento: III TRIMESTRE 2017</i>	<i>data intervento: IV TRIMESTRE 2017</i>
DRG CHIRURGICI ONCOLOGICI in classe A (30gg) e in classe B (60gg)*: % DRG chirurgici oncologici classe A + classe B (su totale DRG chirurgici oncologici classe A + classe B) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016**	75%	85%	95%
DRG CHIRURGICI ONCOLOGICI in classe C (90gg) e in classe D (180gg)*: % DRG chirurgici oncologici classe C + classe D (su totale DRG chirurgici oncologici classe C + classe D) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016**	70%	80%	90%

(*) nelle logiche individuate da report trasmesso con cadenza mensile da Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente

(**) tempo di attesa = data di INTERVENTO PRINCIPALE - data di PRENOTAZIONE (espresso in giorni)

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente provvede a trasmettere alle Aziende la reportistica di monitoraggio con cadenza mensile, nonché a commentare i dati in occasione degli incontri programmati con cadenza trimestrale presso le Sedi delle Aziende.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Eventuali relazioni integrative su richiesta del Coordinamento regionale.

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso SDO

Allegati

Nessuno

Obiettivo B.3 - Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

B.3.1 Rispetto Piano di Riduzione dei Tempi d'attesa Aziendale

- Classe Breve Attesa (B), Classe Differita (D), Classe Programmabile (P)

Struttura Responsabile: Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto Programmazione ex L.R. 30/2016 e DGR 2174/2016 e succ. modifiche ed integrazioni

Punti		
ULSS	AO	IOV
7	7	7

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

La Regione valuta la percentuale di prestazioni ambulatoriali traccianti con tempo di attesa rispettato e la percentuale di prestazioni ambulatoriali traccianti che soddisfano quanto riportato alla lettera f) dell'art. 38 della L.R. 30/2016.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Come PREREQUISITO, senza il raggiungimento del quale NON sarà fatta alcuna valutazione sull'obiettivo B.3, si richiede il rispetto delle condizioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza: 90% di prestazioni G1* erogate entro i tempi previsti nel vigente PNGLA (A: 10gg, B: 30-60gg, C:180gg)

L'Azienda è adempiente se raggiunge le seguenti soglie percentuali.

	<i>data erogazione: giugno 2017</i>	<i>data erogazione: settembre 2017</i>	<i>data erogazione: dicembre 2017</i>
SOGLIA % MINIMA			
PRESTAZIONI TRACCIANTI IN CLASSE B*** (10gg, solo G1*): % prestazioni in classe B (su totale classe B, G1*) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016	90%	90%	90%
PRESTAZIONI TRACCIANTI IN CLASSE B*** (10gg, G1*+G2**): % prestazioni in classe B (su totale classe B, G1*+G2**) con tempo di erogazione INFERIORE a 20gg (10gg+10gg) come da L.R. 30/2016	95%	95%	95%
PRESTAZIONI TRACCIANTI IN CLASSE D*** (30gg, solo G1*): % prestazioni in classe D (su totale classe D, G1*) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016	-	80%	90%
PRESTAZIONI TRACCIANTI IN CLASSE D*** (30gg, G1*+G2**): % prestazioni in classe D (su totale classe D, G1*+G2**) con tempo di erogazione INFERIORE a 60gg (30gg+30gg) come da L.R. 30/2016	-	85%	95%
PRESTAZIONI TRACCIANTI IN CLASSE P*** (90gg, solo G1*): % prestazioni in classe P (su totale classe P, G1*) con rispetto tempi di attesa come da L.R. 30/2016	-	70%	90%
PRESTAZIONI TRACCIANTI IN CLASSE P*** (90gg, G1*+G2**): % prestazioni in classe P (su totale classe P, G1*+G2**) con tempo di erogazione INFERIORE a 120gg (90gg+30gg) come da L.R. 30/2016	-	75%	95%

(*) G1: prestazioni erogate a Utenti residenti che hanno accettato la prima disponibilità

(**) G2: prestazioni erogate a Utenti residenti che NON hanno accettato la prima disponibilità

(***) nelle logiche individuate da report trasmesso con cadenza mensile da Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente provvede a trasmettere alle Aziende la reportistica di monitoraggio con cadenza mensile, nonché a commentare i dati in occasione degli incontri programmati con cadenza trimestrale presso le Sedi delle Aziende.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Eventuali relazioni integrative su richiesta del Coordinamento regionale.

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso SPS

Allegati

Nessuno

Area C. Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

Obiettivo C.1 - Rispetto degli standard di copertura per vaccinazioni, screening e restanti attività di prevenzione

C.1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (Indicatore 1.1 della Griglia LEA 2016)

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Tutte \geq 95%

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

I dati della rilevazione annuale ministeriale consentono di valutare i tassi di copertura vaccinale a 24 mesi per i cicli completi. Quale misura dell'attività, si identifica la copertura vaccinale "corretta" o meglio il "Tasso di copertura vaccinale aggiustato" che non considera i soggetti "non vaccinabili". Per soggetti non vaccinabili si intendono: italiani domiciliati all'estero, nomadi, senza fissa dimora e non rintracciabili.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

La coorte presa in esame è quella dei nati nel 2015. L'azienda è pienamente adempiente se il valore supera la soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Rilevazione attività vaccinale

Numero di vaccinati nella coorte/(Numero di nati della coorte - Soggetti non vaccinabili)

Allegati

Nessuno

C.1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (Indicatore 1.2 Griglia LEA 2016)

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 95\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,5	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

I dati della rilevazione annuale ministeriale consentono di valutare i tassi di copertura vaccinale a 24 mesi per prima dose. Quale misura dell'attività, si identifica la copertura vaccinale "corretta" o meglio il "Tasso di copertura vaccinale aggiustato" che non considera i soggetti "non vaccinabili". Per soggetti non vaccinabili si intendono: italiani domiciliati all'estero, nomadi, senza fissa dimora e non rintracciabili.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

La coorte presa in esame è quella dei nati nel 2015. L'azienda è pienamente adempiente se il valore supera la soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Rilevazione attività vaccinale

Numero di vaccinati nella coorte/(Numero di nati della coorte - Soggetti non vaccinabili)

Allegati

Nessuno

C.1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni) (Indicatore 1.3 Griglia LEA 2016)

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 75\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,25	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

I dati della rilevazione annuale vengo impiegati per il calcolo delle coperture vaccinali antinfluenzale per i soggetti ≥ 65 anni.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda è pienamente adempiente se il valore supera la soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Rilevazione attività vaccinale annuale

Numero di vaccinati/Numero di soggetti con età ≥ 65 indicati nella scheda di rilevazione

Allegati

Nessuno

C.1.4 Adesione “corretta” per screening mammografico

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 80\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,25	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

L'adesione corretta all'invito è calcolata in percentuale dei soggetti aderenti rispetto ai soggetti invitati, escludendo da quest'ultimo insieme coloro che segnalano di aver effettuato il test di recente, al di fuori dello screening, ed escludendo gli inviti inesitati (lettere di invito che tornano al mittente per indirizzo errato, ecc.)

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Coordinamento Regionale Screening Oncologici - Sistema Informativo Screening

$N. \text{ Soggetti aderenti} / (N. \text{ Soggetti invitati} - N. \text{ Soggetti con test già effettuato} - N. \text{ Inviti Inesitati})$

Allegati

Nessuno

C.1.5 Adesione “corretta” per screening cervicale

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 60\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,25	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

L’adesione corretta all’invito è calcolata in percentuale dei soggetti aderenti rispetto ai soggetti invitati, escludendo da quest’ultimo insieme coloro che segnalano di aver effettuato il test di recente, al di fuori dello screening, ed escludendo gli inviti inesitati (lettere di invito che tornano al mittente per indirizzo errato, ecc.)

A quali condizioni l’indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l’azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l’indicatore è numerico

Coordinamento Regionale Screening Oncologici - Sistema Informativo Screening

$N. \text{ Soggetti aderenti} / (N. \text{ Soggetti invitati} - N. \text{ Soggetti con test già effettuato} - N. \text{ Inviti Inesitati})$

Allegati

Nessuno

C.1.6 Adesione “corretta” per colon-retto

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 65\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,25	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

L'adesione corretta all'invito è calcolata in percentuale dei soggetti aderenti rispetto ai soggetti invitati, escludendo da quest'ultimo insieme coloro che segnalano di aver effettuato il test di recente, al di fuori dello screening, ed escludendo gli inviti inesitati (lettere di invito che tornano al mittente per indirizzo errato, ecc.)

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Coordinamento Regionale Screening Oncologici - Sistema Informativo Screening

$N. \text{ Soggetti aderenti} / (N. \text{ Soggetti invitati} - N. \text{ Soggetti con test già effettuato} - N. \text{ Inviti Inesitati})$

Allegati

Nessuno

C.1.7 Rispetto della programmazione regionale tesa al miglioramento degli Stili di Vita (4 indicatori)

Struttura Responsabile: Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Si

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,5	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Verranno valutati i seguenti quattro indicatori di attività:

- Applicazione del modello della presa in carico del soggetto con fattori di rischio (screening cardiovascolare, prescrizione esercizio fisico, ambulatorio nutrizionale, centro/ambulatorio trattamento tabagismo) - Adempimento: presenza di almeno tre componenti dei quattro richiesti.
- Adesione ai sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'ARGENTO, OKKIO, HBSC) - Adempimento: adesione a tutti i sistemi di sorveglianza attivati nell'anno di riferimento.
- Numero di programmi attivati di promozione del movimento per ciascuna fascia di età (bambini, adulti, anziani) nell'ambito della lotta alla sedentarietà nella popolazione - Adempimento: almeno un programma per fascia di età.
- Monitoraggio del Piano di Prevenzione Aziendale (PPA), utilizzando il software regionale predisposto - Adempimento: alimentare il database secondo le scadenze definite

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda è pienamente adempiente se vengono soddisfatti tutti gli indicatori

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Sistema di monitoraggio dei Piani di Prevenzione Aziendali (PPA)

Allegati

Nessuno

Obiettivo C.2 - Rispetto dei livelli di attività programmati per l'assistenza domiciliare e miglioramento degli indicatori di presa in carico sul territorio

C.2.1 Percentuale di dimissioni ultra 75enni visitati a domicilio - entro 2 gg dalla dimissione

Struttura Responsabile: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 10\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,6	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Saranno individuati i casi nei quali vi è una presa in carico in ADI entro i primi due giorni dalla dimissione per gli ultrasessantacinquenni, sarà quindi misurato il rapporto tra questi casi ed il totale delle dimissioni.

L'analisi sarà riferita solo ai ricoveri di soggetti "fragili" individuati come quelli che hanno avuto almeno un ricovero ordinario nei 6 mesi precedenti alla data di ammissione di ciascun ricovero effettuato nel periodo di riferimento

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso SDO, Flusso ADI

Il metodo di calcolo è descritto nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale (codice indicatore 525)

Allegati

Nessuno

C.2.2 Percentuale di ultra75enni con almeno 8 accessi domiciliari nell'ultimo mese di vita (esclusi i deceduti in Hospice, RSA o Strutture Intermedie)

Struttura Responsabile: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: $\geq 15\%$

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,6	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Saranno individuati i casi nei quali vi sono stati almeno 8 accessi in ADI nell'ultimo mese di vita per pazienti ultrasettantacinquenni. Sarà quindi misurato il rapporto tra questi casi ed il totale degli anziani ultrasettantacinquenni deceduti, con esclusione dei dimessi per decesso da Hospice, RSA o Strutture Intermedie.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve essere Superiore o uguale alla Soglia

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari come da DGR 2372/2011

Anagrafe Regionale degli assistiti

Flusso Hospice

Flusso FAR

Flusso URT/ODC

Il metodo di calcolo è descritto nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale (codice indicatore 526)

Allegati

Nessuno

C.2.3 Tasso di eventi assistenziali di 3-4° livello

Struttura Responsabile: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Tasso standardizzato uguale o superiore alla mediana dei tassi standardizzati 2016 delle regioni italiane (fonte Ministero)

Punti		
ULSS	AO	IOV
0,6	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Sarà misurato il tasso standardizzato (secondo le regole del ministero) di eventi assistenziali di 3-4° livello, ovvero quelli con carico assistenziale maggiore per i quali vi è stato un accesso almeno ogni due giorni. Il tasso dovrà superare la soglia stabilita dal Ministero, pari alla mediana dei tassi standardizzati delle regioni italiane nel 2016.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il Tasso standardizzato dovrà essere uguale o superiore alla mediana dei tassi standardizzati 2016 delle regioni italiane (fonte Ministero)

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Datawarehouse Regione Veneto (dati inviati dalle Aziende Sanitarie)

Flusso ADI

Popolazione ISTAT

Il metodo di calcolo è descritto nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale (codice indicatore 338)

Allegati

Nessuno

C.2.4 Supporto alle attività di presa in carico con il care management e all'utilizzo di strumenti di case-finding per i PDTA e case-mix per la valutazione della performance nel territorio.

Struttura Responsabile: Coordinamento del Sistema Epidemiologico Regionale (SER)

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto richieste regionali

ULSS	Punti	
	AO	IOV
0,6 care management	0	0
0,6 case-mix		

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Per le attività di presa in carico con il modello care management relativo al progetto CCM di cui alla DGR n. 535/2016 (che coinvolge il paziente con scompenso cardiaco e comorbidità), sarà rilevato:

- il n. di pazienti presi in carico (almeno 20 pazienti per AULSS)
- il n. di follow up (almeno 3 rivalutazioni, 1 ogni tre mesi, per il numero di pazienti seguiti)

Il punteggio attribuito sarà proporzionale al n. di pazienti reclutati e con almeno tre follow-up (salvo casi di interruzione della presa in carico per decesso, trasferimento di residenza e altri motivi documentati): 0,2 per il reclutamento di almeno 10 pazienti; 0,4 per il reclutamento di almeno 15 pazienti e 0,6 per il reclutamento di almeno 20 pazienti.

Per le attività di analisi del case-mix

Ricostruzione del dataset ACG degli anni 2013-2016 con riferimento ai nuovi ambiti territoriali delle ULSS (LR 19/2016) e analisi del carico di malattia della popolazione affetta dalle seguenti malattie croniche: Diabete, Scompenso, BPCO, Demenza, Sclerosi Multipla.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Care Management:

Il numero di pazienti seguiti dovrà essere almeno 20 per AULSS e il numero di follow up dovrà essere superiore/uguale a 3 per paziente

Case mix:

Invio al SER dei dataset ACG di ULSS

Presentazione di un report su prevalenza e comorbidità della popolazione affetta dalle malattie croniche sopra elencate con riferimenti a possibili interventi assistenziali.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Care Management:

Ogni Azienda AULSS utilizzerà la cartella informatica (Atl@nte care manager) per l'inserimento dei dati relativi alle valutazioni e follow-up dei pazienti presi in carico con il modello care management di cui alla DGR n. 535/2016.

Ogni Aulss dovrà avere inserito ed aggiornato l'inserimento dati di care management entro il 30/06/2017 per il primo trimestre; entro il 30/09/2017 per il secondo trimestre e entro 31/12/2017 per il terzo trimestre 2017.

Case mix:

Ricostruzione archivi ACG di ULSS: entro il 30/09/2017

Report su prevalenza e comorbidità della popolazione affetta dalle malattie croniche in analisi: entro il 30/11/2017

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Case mix:

Report su prevalenza e comorbidità della popolazione affetta dalle malattie croniche in analisi.

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Care management:

Compilazione cartella informatica (Atl@nte care manager) relativa ai pazienti valutati e rispettivi follow up

Allegati

Nessuno

Obiettivo C.3 - Rispetto della programmazione regionale relativamente all'attività di Specialistica Ambulatoriale

C.3.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dell'analisi dei tassi di consumo per branca

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Assistenza specialistica, liste d'attesa, termale

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	0	0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Per ciascuna Azienda il tasso grezzo di consumo (N. prestazioni per 1.000 abitanti) per ogni singola branca viene confrontato con lo standard "Media 2016", vale a dire la media regionale dell'anno precedente.

La Regione procede ad un'analisi, per singola Azienda, evidenziando le branche con livelli di consumo più critici. Sulla base dell'analisi della domanda 2016, ciascuna azienda propone almeno 2 branche critiche indicando le correlate proposte migliorative, che saranno valutate in corso d'anno.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'Azienda è adempiente se nelle branche critiche PROPOSTE si registra una riduzione di almeno il 20% dello scostamento dallo standard "Media 2016" e, contestualmente, in ciascuna delle altre branche in cui risulta essere al di sopra della "Media 2016" mantiene il valore rilevato nell'anno 2016 .

Le Aziende Ospedaliere e lo IOV non vengono valutate relativamente a questo obiettivo

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle Aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'Azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nota indirizzata all'Unità Organizzativa Assistenza specialistica, liste d'attesa, termale con l'indicazione delle branche critiche nelle quali l'Azienda si impegna alla riduzione di almeno il 20% dello scostamento dalla "Media 2016" da trasmettere entro il 15 giugno 2017.

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Report Analisi della domanda 2016 alimentato dal flusso dell'attività specialistica ambulatoriale (flusso SPS)

Il metodo di calcolo è descritto nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale (codice indicatore 309-337)

Allegati

Nessuno

C.3.2 Piena implementazione dei pacchetti di Day Service Ambulatoriale

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Assistenza specialistica, liste d'attesa, termale

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni regionali

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	2	2

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Numero di pacchetti di Day Service Ambulatoriale con codice regionale eseguiti nell'anno solare 2017 per ciascuna singola Azienda, senza considerare l'attività dei privati accreditati incidenti sul proprio territorio.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'Azienda è adempiente se aumenta l'attività di almeno il 5% rispetto all'anno 2016; qualora l'Azienda non avesse espletato nessun pacchetto di Day Service Ambulatoriale nel 2016 dovrà eseguirne almeno 50 pacchetti nell'anno 2017.

Le Aziende Ospedaliere e lo IOV vengono valutate analogamente alle Aziende ULSS.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

In fase di implementazione

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Breve relazione dove vengono descritti i pacchetti implementati e/o attivati; la relazione deve essere inviata entro 15 giugno 2017.

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Numero di pacchetti di Day Service Ambulatoriali ricavati dal flusso SPS e identificati con il codice 05 del campo "Regime di Erogazione".

Allegati

Nessuno

Obiettivo C.4 - Rispetto degli standard di volume ed esito previsti dal Piano Nazionale Esiti (PNE)

C.4.1 Aderenza agli standard di qualità previsti dal PNE in relazione alle aree cliniche e agli indicatori considerati nella metodologia di valutazione Treemap

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici

Note come da Allegato alla DGR: Esiti del PNE 2015 e 2016

Punti		
ULSS	AO	IOV
6	12	12

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Calcolo di un punteggio complessivo per azienda con valori tra 0 e 6 per le Aziende ULSS e da 0 a 12 per le Aziende Ospedaliere/IOV, in base al valore grezzo dagli indicatori considerati dal PNE nella metodologia di valutazione Treemap (http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/).

Sono oggetto di valutazione solo gli indicatori per i quali il numero di casi a denominatore soddisfa le soglie di significatività previste dal PNE.

La valutazione finale terrà conto anche del rispetto dei volumi di attività previsti dal DM70/2015

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda rappresenta il punteggio raggiunto

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Fonti informative: SDO, AUR

Procedura di calcolo:

- a) Calcolo degli indicatori grezzi previsti dal Treemap in base ai dati più recenti disponibili nel DWH regionale: ciascun indicatore è calcolato con riferimento alla singola struttura ospedaliera (Codice ospedale più sub-codice da SDO) e secondo le specifiche tecniche previste dai protocolli operativi del PNE (http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/).
- b) Al valore grezzo di ciascun Indicatore viene assegnata la categoria colore Treemap secondo le specifiche PNE; tali categorie esprimono il Livello di aderenza a standard di qualità: "Verde scuro"=Molto alto, "Verde chiaro"=Alto, "Giallo"=Medio, "Arancio"=Basso "Rosso"=Molto basso (http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/sintesi/sintesi_vis/croc/Treemap_metodi.pdf).
- c) Alle cinque categorie viene assegnato il seguente punteggio rispettivamente per le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere/IOV: "Verde scuro-Verde chiaro"= 6 e 12, "Giallo" = 3 e 6, "Arancio-Rosso"= 0.
- d) Calcolo per ogni Azienda del **punteggio base** come media semplice dei punteggi relativi a ciascun indicatore.

Il **punteggio finale** per ogni Azienda viene ottenuto incrementando il punteggio base di 0,05 punti per ogni indicatore che passa dalla fascia "Rosso" alla fascia "Arancio" e di 0,15 punti per ogni indicatore che passa dalla fascia "Arancio-Rosso" alle fasce superiori in base al confronto tra gli indicatori grezzi del 2016 e del 2017 e fino all'eventuale raggiungimento del massimo punteggio previsto.

Allegati

Nessuno

Obiettivo C.5 - Risoluzione di ogni altra criticità aziendale rilevante ai fini del rispetto dei LEA

C.5.1 Risoluzione delle criticità emergenti alla luce della Verifica degli adempimenti LEA 2016 ed agli oneri previsti dal Questionario LEA 2017

Struttura Responsabile: Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Adeguata risposta alle richieste regionali

Punti		
ULSS	AO	IOV
1	1	1

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Con riferimento agli adempimenti relativi all'anno 2017 (ed in caso di segnalazioni anche per l'anno 2016), alle aziende potranno essere richiesti interventi necessari all'ottenimento della piena adempienza regionale.

Con riferimento a tali richieste l'Azienda è tenuta ad intervenire nei tempi e nei modi previsti.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda risulta adempiente nel caso la Regione Veneto ottenga la piena adempienza, oppure se tutti gli interventi richiesti sono stati condotti nei tempi e nei modi previsti.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Solo in caso di richieste, nei modi richiesti

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Nessuno

Allegati

Questionario LEA 2016 (All_C51_a_Questionario LEA 2016)

Questionario LEA 2017 (sarà inoltrato non appena formalizzato dal Comitato LEA)

Area D. Sviluppo di attività innovative e di alta specialità

Obiettivo D.1 - Aumento della mobilità attiva extraregionale

D.1.1 Aumento del valore della mobilità attiva extraregionale per assistenza ospedaliera

Struttura Responsabile: Coordinamento regionale per i Controlli Sanitari, per l'appropriatezza e per le liste d'attesa

Indicatore numerico

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: >3% rispetto al valore 2016

Note come da Allegato alla DGR: Sono garantiti 5 punti a fronte di un aumento di almeno l'1% e 10 punti per un aumento di almeno il 2%

Punti		
ULSS	AO	IOV
0	15	15

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Si considera il valore tariffato dei DRG per residenti extraregione.

Per AOPD e AOUIVR si considerano solo le prestazioni di ricovero erogate a residenti extraregione con DGR di Alta complessità.

Limitatamente a IOV l'oggetto della rilevazione è rappresentato dall'intera produzione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale in ambito oncologico erogate a residenti extraregione.

Eventuali variazioni tariffarie avvenute in corso d'anno sono sterilizzate.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda nell'anno 2017 deve essere maggiore del 3% rispetto al 2016. Si prevede comunque un adempimento parziale al superamento dell'1% e del 2% come da Note nell'Allegato A della DGR 246/2017.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Coordinamento regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente provvede a trasmettere alle Aziende la reportistica di monitoraggio con cadenza trimestrale, nonché a commentare i dati in occasione degli incontri programmati con cadenza trimestrale presso le Sedi delle Aziende.

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Flusso SDO (AOPD, AOUIVR, IOV), flusso SPS (IOV)

Allegati

Nessuno

Obiettivo D.2 - Miglioramento degli indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie

D.2.1 Rispetto degli standard e miglioramento delle criticità evidenziate dagli indicatori del network Sant'Anna specifici per le Aziende Ospedaliere Universitarie

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici

Punti		
ULSS	AO	IOV
0	2	2

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Saranno considerati gli indicatori che hanno evidenziato criticità con riferimento al Network Sant'Anna, in particolar modo all'area specifica per le Aziende Ospedaliere Universitarie. Si fornisce l'elenco degli indicatori selezionati. Per ciascun indicatore si considerano le 5 classi di valutazione definite con riferimento all'anno 2015.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda è adempiente se tutti gli indicatori superano la soglia "buona" (verde chiaro) oppure negli altri registra un miglioramento di almeno il 5%

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Il Report Indicatori DG sul Datawarehouse regionale (pagina Indicatori DG)

Per i soli indicatori basati sul flusso CEDAP (Area Materno Infantile) la relativa reportistica è disponibile su <http://cedap.intra.rve/>

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Metodologia di calcolo conforme a quanto definito dal Network Sant'Anna per gli indicatori scelti (<http://performance.sssup.it/netval/start.php>) e riportati nel "Manuale Indicatori Report" (ultima versione), disponibile nella pagina "Indicatori DG" del Datawarehouse regionale.

Per i soli indicatori basati sul flusso CEDAP (Area Materno Infantile) la metodologia di calcolo è disponibile su <http://cedap.intra.rve/>

Allegati

Elenco indicatori selezionati (All_D21_Elenco Indicatori S.Anna AOU)

Obiettivo D.3 - Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica

D.3.1 Riduzione della tempistica di avvio studi clinici con farmaco profit

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto richieste regionali

Punti		
ULSS	AO	IOV
0	1	1

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

L'obiettivo prevede la riduzione o mantenimento della tempistica per l'avvio degli studi clinici che dovrà rispettare il valore soglia.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

Il valore che l'indicatore assume per l'Azienda deve rispettare la Soglia che sarà successivamente comunicata

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

L'UO Farmaceutico-Protesica-Dispositivi medici invierà una reportistica ogni 4 mesi (3 report).

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Registro regionale sperimentazione clinica;

Metodologia di calcolo: saranno selezionati gli studi interventistici con farmaco profit valutati dal Comitato Etico nel corso 2017 e approvati dal CE (esclusi gli studi approvati a condizioni);

Formula: tempo intercorso tra l'approvazione dello studio - data del parere del comitato etico (CE) e la data della stipula del contratto tra promotore e centro clinico.

Allegati

Nessuno

Obiettivo D.4 - Valorizzazione del ruolo di hub per le reti tempo dipendenti, le reti definite nel DM 70/2015 e per la Rete Oncologica Veneta

D.4.1 Definizione delle modalità organizzative volte a realizzare la connessione tra i nodi della rete

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto richieste regionali

Punti		
ULSS	AO	IOV
0	1	1

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Nella programmazione regionale le reti cliniche sono definite con atti normativi, in coerenza con il modello dei luoghi di cura e con le schede di dotazione ospedaliera e territoriale, e sono caratterizzate da definizione dei bacini di riferimento, dall'articolazione delle funzioni definite su livelli, dall'identificazione dei ruoli delle strutture coinvolte e da modalità organizzative multidisciplinari condivise e coordinate.

Le strutture che svolgono il ruolo di hub all'interno della rete sono definite a livello regionale e svolgono un ruolo determinante nel definire l'organizzazione dei collegamenti tra i vari ruoli di rete.

Alle Aziende Ospedaliere ed allo IOV si richiede quindi un ruolo di guida nell'identificazione delle principali problematiche organizzative e nella ricerca delle necessarie soluzioni.

Saranno monitorate con particolare attenzione le reti tempo dipendenti (ima, ictus, trasporto neonatale e traum) e la rete oncologica.

Le aziende ospedaliere e lo iov per la rete oncologica dovranno presentare una relazione congiunta, redatta in accordo con la UOC "Governo clinico assistenziale" di Azienda Zero e condivisa con tutte le strutture della rete dove si evidenziano:

- Le modalità organizzative adottate per garantire il collegamento tra i livelli della rete
- proposta di introduzione, revisione od integrazione di protocolli operativi necessari a realizzare le migliori condizioni di transito del paziente tra i differenti nodi assistenziali della rete
- proposta di PDTA da redarre all'interno della rete
- criticità relative alle connessioni tra i nodi della rete con particolare attenzione al percorso di accesso alle rete e ai passaggi amministrativi-organizzativi a carico del paziente

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda è adempiente se presenta entro il 30 settembre 2017 la relazione competente delle proposte per almeno 2 delle reti:

- Infarto acuto del miocardio
- Traumatologica
- Ictus
- Trasporto neonatale
- Oncologica (solo per lo iov)

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Relazione sulle problematiche di connessione dei nodi delle reti tempo dipendenti e della ROV

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Non applicabile

Allegati

Nessuno

D.4.2 Soddisfazione degli indicatori definiti per i principali PDTA

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Assistenza ospedaliera pubblica e privata accreditata

Verifica basata su di un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto degli standard o miglioramento degli indicatori critici

Punti		
ULSS	AO	IOV
0	1	1

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Il PDTA è uno strumento di trasversalità che consente di creare collegamenti tra i nodi individuati nella rete e le figure professionali che entrano nel percorso di cura garantendo continuità nell'assistenza. Attraverso lo strumento del PDTA si garantiscono la riproducibilità delle azioni e l'uniformità delle prestazioni erogate.

La maggior parte dei PDTA già strutturati in seno alle reti tempo dipendenti, delle reti definite nel DM 70/2015, a livello regionale e della ROV, prevedono indicatori di monitoraggio e di qualità dell'assistenza.

Si richiede all'azienda di procedere con un'autovalutazione di almeno 3 PDTA sulla base degli indicatori definiti, evidenziando il rispetto degli standard e/o il miglioramento conseguito.

L'autovalutazione potrà essere sostituita dalle valutazioni sui PDTA che potrebbero venire effettuate da Azienda Zero.

Per tutti gli indicatori previsti dai PDTA scelti, vanno riportati chiaramente i valori 2016 e 2017.

La regione effettuerà un controllo a campione sui valori evidenziati dall'azienda.

A quali condizioni l'indicatore si ritiene soddisfatto?

L'azienda deve inviare una relazione che per almeno 3 PDTA nei quali è coinvolta, evidenzia la performance attraverso gli indicatori di monitoraggio e di qualità già definiti. Nella relazione, per tutti gli indicatori previsti, vanno riportati chiaramente i valori 2016 e 2017.

La relazione deve essere inviata entro il 30/3/2018 in modo da considerare i dati consuntivi 2017.

Si riconoscerà un adempimento parziale di almeno il 50% a fronte dell'invio della relazione nel caso i valori degli indicatori considerati non rispettino gli standard né mostrino miglioramenti rispetto al 2016.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Relazione sulla Performance dell'azienda all'interno della rete attraverso la valorizzazione degli indicatori di monitoraggio e di qualità già definiti

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Non applicabile

Allegati

Nessuno

Aree per le quali il raggiungimento degli
obiettivi dà diritto ad un Bonus

Area E. Adeguamento alle migliori pratiche ed omogeneizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari e delle modalità di accesso agli stessi all'interno dei nuovi ambiti territoriali

Obiettivo E.1 - Analisi delle differenze pre-esistenti e presentazione di un Piano per l'adozione omogenea sul territorio dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari e delle migliori pratiche nell'accesso ai servizi stessi

Struttura Responsabile: Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle richieste regionali

Note come da Allegato alla DGR: Solo per le AULSS risultanti dall'incorporazione di precedenti aziende soppresse ai sensi della L.R. 19/2016

Bonus Massimo		
ULSS	AO	IOV
5	-	-

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Si richiede che le Aziende ULSS risultanti dall'incorporazione di precedenti aziende soppresse ai sensi della L.R. 19/2016 procedano ad un'analisi delle principali differenze pre-esistenti nei territori prima afferenti ad aziende diverse in merito a:

- l'offerta di servizi sanitari e sociosanitari e
- le modalità di accesso da parte dei cittadini.

Nell'analisi, se rilevanti, possono essere considerate anche eventuali difformità nell'esecuzione delle pratiche amministrative richieste dai cittadini.

Alla luce di questa analisi, va presentato un piano di omogeneizzazione basato sulla selezione delle migliori pratiche rilevate, evidenziando in particolare le attività concluse o che saranno concluse entro la fine del 2017.

L'analisi deve essere inviata entro il 30 luglio 2017, il Piano entro il 30 settembre 2017 ad

obiettivi.dg@regione.veneto.it

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi Verrà riconosciuto il Bonus

L'azienda risulta adempiente, e quindi avrà diritto al bonus, se presenta il documento di Analisi ed il Piano per l'adozione delle migliori pratiche entro i tempi previsti.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Documento di Analisi delle differenze pre-esistenti

Piano per l'adozione omogenea sul territorio dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari e delle migliori pratiche nell'accesso ai servizi stessi

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Nessuno

Allegati

Nessuno

**Aree per le quali il mancato raggiungimento
degli obiettivi dà seguito ad una
Penalizzazione**

Area F. Attuazione L.R. 19/2016 e Sanità Digitale

Obiettivo F.1 - Corretta gestione dei flussi ministeriali (in termini di tempestività e qualità del dato)

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Sistema informativo SSR

Verifica basata su un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali

Penalizzazione Massima		
ULSS	AO	IOV
-2,0	-2,0	-2,0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Verranno effettuate due verifiche:

F.1.1 Insieme dei flussi NSIS

La completezza, la qualità e la tempestività verrà verificata sull'insieme dei flussi NSIS ministeriali e di attività, come da Decreti D.M. 12 dicembre 2001 (*Allegato 1 punto 2 lettera c dell'Intesa 23 marzo 2005*) (D.M. 5.12.2006 e s.m.i.) e successivi decreti istitutivi dei flussi informativi Nazionali e decreti Regionali che integrano le disposizioni nazionali, per il rispetto delle soglie definite dagli indicatori LEA. Le soglie definite per il livello Regionale saranno riproporzionate per il livello aziendale.

F.1.2 Flussi dei beni sanitari

Il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) verificherà un insieme di indicatori riportati nell'allegato All_F1b_Elenco indicatori completezza e qualità dei flussi beni sanitari.

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi non si procede con alcuna penalizzazione?

L'azienda deve garantire il rispetto di tutti i criteri di completezza e qualità entro le soglie proposte, calcolate dal sistema sui dati inviati.

Eventuali anomalie dovranno essere affrontate tempestivamente secondo le disposizioni degli uffici regionali preposti.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Reportistica presente sul portale di caricamento dei flussi e DWH Regionale in fase di definizione a cura della Struttura Responsabile

Il Coordinamento Regionale Unico sul Farmaco (CRUF) invierà a tutte le direzioni aziendali una reportistica trimestrale per il monitoraggio degli indicatori per i beni sanitari

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Vedi allegati

Allegati

All_F1a_Elenco Flussi NSIS e specifiche

All_F1b_Elenco indicatori completezza e qualità dei flussi beni sanitari

Obiettivo F.2 - Realizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Sistema informativo SSR

Verifica basata su documenti ed atti ed un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali

Penalizzazione Massima		
ULSS	AO	IOV
-2,0	-2,5	-2,5

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

L'obiettivo F.2 è suddiviso in 3 sotto-obiettivi, con i relativi indicatori di raggiungimento:

F2.1: Firma digitale e notifiche al registry regionale della creazione ed aggiornamento dei documenti clinici

F2.2: Collaborazione ed allineamento dei piani progettuali aziendali con le modalità e i tempi definiti a livello regionale, in linea con la programmazione e le realizzazioni dell'infrastruttura FSEr, rispetto a tematiche di integrazione aziendale quali CUP, ADT e Anagrafe

F2.3: Collaborazione e allineamento dei piani progettuali aziendali con le modalità e i tempi definiti a livello regionale, in linea con la programmazione e le realizzazioni dell'infrastruttura FSEr, rispetto alla realizzazione di servizi digitali per i cittadini, applicazioni mobile e aggiornamenti portali aziendali.

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi non si procede con alcuna penalizzazione?

F2.1:

- Mantenimento delle % di indicizzazioni raggiunte per il 2016 sulle tipologie di documenti clinici a regime ambulatoriale quali: referti di medicina di laboratorio, radiologia, anatomia patologia, verbali di pronto soccorso e operatori, lettere di dimissione.
- Raggiungimento del livello di digitalizzazione di ulteriori documenti clinici previsti e attivazione delle notifiche verso il registry regionale.

Nello specifico, salvo revisioni future, si richiede l'indicizzazione:

- delle tipologie documentali del punto 1, prodotti in regime di ricovero, 90% dei documenti prodotti;
- di referti ambulatoriali con particolare attenzioni per quelli di oncologia, cardiologia, endoscopia digestiva e diabetologia;
- documenti clinici quali la SVAMA e i certificati vaccinali.

Le % di raggiungimento, per questi due ultimi punti, non ancora definite verranno in seguito dettagliate dipendentemente dalla programmazione aziendale/regionale presentata.

- Indicizzazione del Profilo Sanitario Sintetico, per una percentuale maggiore uguale al 30 rispetto alla popolazione individuata.

F2.2:

- Partecipazione a gruppi di lavoro e alle eventuali commissioni tecniche per la definizione dei contenuti previsti
- Predisposizione dei piani aziendali in linea in tempi e modalità con quanto definito a livello regionale

F2.3:

- Partecipazione a gruppi di lavoro e alle eventuali commissioni tecniche per la definizione dei contenuti previsti
- Predisposizione dei piani aziendali in linea in tempi e modalità con quanto definito a livello regionale

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

F2.1: invio in tempi e modalità che si andranno a definire dei dati richiesti per alimentare il cruscotto di monitoraggio degli indicatori di obiettivo per l'anno 2017, predisposto e gestito dal consorzio Arsenal.IT, all'interno dell'area del portale riservata al progetto FSER.

F2.2: presentazione di un piano aziendale una tantum

F2.3: presentazione di un piano aziendale una tantum

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Piano progettuale aziendale dove richiesto

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Nel caso del F2.1: numero di documenti indicizzati correttamente sul registry regionale su numero di documenti della stessa tipologia documentale firmati digitalmente.

Allegati

Nessuno

Obiettivo F.3 - Corretta compilazione dei Registri Regionali area Farmaceutica

Struttura Responsabile: Unità Organizzativa Farmaceutico, protesica, dispositivi medici

Verifica basata su documenti ed atti/ un insieme di indicatori numerici

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali

Penalizzazione Massima		
ULSS	AO	IOV
-2,0	-2,5	-2,5

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

La verifica riguarderà la compilazione dei seguenti registri regionali:

- **Registro regionale studi clinici (CE – online):** l'obiettivo è la compilazione del registro regionale, che dovrà coincidere con gli studi inseriti nel registro nazionale (valore soglia 100%). Questo indicatore è assegnato solo alle aziende sede di Comitato Etico (CE): AOUI VR, AO PD, IOV, ULSS 3-Serenissima, ULSS 8 – Berica, ULSS 2 –Marca Trevigiana.
- **Registro biologici:** la verifica riguarderà la percentuale di farmaco che risulta dispensata (in quantità) in base ai registri regionali rispetto alla quantità presente nel flusso della distribuzione diretta/DPC (c.d. DDF3, canale di erogazione distribuzione diretta, distribuzione per conto e canale A). Dal calcolo del denominatore saranno esclusi i consumi per gli usi off-label (ricavabili dal Registro off-label, appena sarà a regime, i consumi per gli usi in 648/96 (ricavabili dal flusso DDF3) e i consumi per le malattie rare (ricavabili dal flusso delle malattie rare).
- **Registro Navigatore - NAV (Epatite C):** la verifica riguarderà l'inserimento nel registro NAV sia dei pazienti presi in carico e in attesa di essere trattati, che dei pazienti avviati al trattamento. Il numero dei pazienti avviati al trattamento inseriti nel registro NAV dovrà coincidere con il totale dei pazienti avviati al trattamento inseriti nel registro AIFA. La verifica dell'inserimento dei pazienti in attesa di essere trattati avverrà tramite autocertificazione. Questo indicatore è assegnato sia alle aziende sede di centri autorizzati al trattamento dell'epatite C che alle aziende sede di centri spoke.
- **Farmacovigilanza:**
 - Per le Aziende ULSS, l'indicatore sarà calcolato come Tasso di segnalazioni ADR per farmaci e vaccini standardizzato per milione di abitanti. Al numeratore sarà riportato il numero di segnalazioni ADR per l'anno in corso e al denominatore la popolazione residente per singola Azienda ULSS al 31.12 dell'anno precedente. L'Azienda risulta adempiente se soddisfa entrambi questi due requisiti:
 - il valore aziendale raggiunge o supera il valore soglia (≥ 500 segnalazioni per milione di ab) per farmaci e vaccini;
 - il valore aziendale raggiunge o supera le 300 segnalazioni per milione di ab esclusivamente per farmaci.
 - Per le Aziende Ospedaliere e IOV, l'indicatore sarà calcolato come numero di segnalazioni ADR per farmaci e vaccini calcolato sul numero di ricoveri per le Aziende Ospedaliere e per lo IOV (rilevati dal flusso SDO). L'indicatore sarà calcolato partendo dal numero di dimessi 2016 e moltiplicandolo per il fattore 0,005 (ottenuto assumendo come da letteratura che il 10% dei ricoverati ha una reazione avversa e che almeno il 5% va segnalato). Il valore soglia è $\geq 0,005$ dei ricoveri.

Nel corso dell'anno l'obiettivo potrà subire delle modifiche/integrazioni sulla base di nuovi registri regionali che saranno attivati nel corso dell'anno.

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi non si procede con alcuna penalizzazione?

L'Azienda risulta adempiente se tutti i registri saranno compilati e se verrà raggiunto il tasso di segnalazione ADR per la farmacovigilanza

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Registri regionali, registri AIFA, piattaforma AIFA per la sperimentazione clinica, farmacovigilanza

Allegati

Nessuno

Obiettivo F.4 - Definizione dei nuovi atti aziendali, secondo le indicazioni regionali

Struttura Responsabile: Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali

Penalizzazione Massima		
ULSS	AO	IOV
-2,0	-2,5	-2,5

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Si richiede l'approvazione dell'Atto Aziendale nelle modalità e nei tempi previsti dalle disposizioni regionali.

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi non si procede con alcuna penalizzazione?

L'Azienda è adempiente se adotta l'Atto Aziendale nel rispetto delle disposizioni regionali

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Nessuno

Allegati

Nessuno

Obiettivo F.5 - Presentazione dei Piani di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019

Direzione Risorse Strumentali SSR – CRAV

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni nazionali e regionali

Penalizzazione Massima		
ULSS	AO	IOV
-2,0	-2,5	-2,5

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Si richiede la presentazione di una proposta di Piano di Razionalizzazione della Spesa per il triennio 2017-2019, da redigere secondo quanto comunicato con nota prot. 529222 del 29 dicembre 2016

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi non si procede con alcuna penalizzazione?

La presentazione del Piano ed eventualmente delle sue integrazioni e modifiche richieste dagli uffici regionali determina l'adempienza dell'azienda.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Proposta di Piano di Razionalizzazione della Spesa 2017-2019 come da richiesta regionale nota prot. 529222 del 29 dicembre 2016 ed eventuali integrazioni e modifiche richieste dagli uffici regionali

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Nessuno

Allegati

Nessuno

Area G. Obbligo di soddisfazione delle richieste provenienti dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza”

Obiettivo G.1 - Soddisfazione di tutte le richieste nei tempi previsti ai sensi del comma 3 ter dell'Art. 4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010 Rispetto delle disposizioni regionali

Risorse Strumentali SSR – CRAV

Verifica basata su documenti ed atti

Soglia come da Allegato A alla DGR 246/2017: Rispetto delle disposizioni regionali

Penalizzazione Massima		
ULSS	AO	IOV
-5,0	-8,0	-8,0

Descrizione delle richieste e del metodo di verifica

Il comma 3 ter dell'Art.4 della L.R. n. 21 del 5 agosto 2010, come novellata dall'art. 12 della L.R. 19/2016, prevede che

“Per i direttori generali delle Aziende ULSS l'inadempimento o l'adempimento parziale o difforme all'obbligo di cui al comma 3 [n.d.r. “obbligo di fornire, entro i termini indicati dalla struttura ispettiva, la documentazione richiesta e di consentire l'accesso alle proprie sedi e ai locali destinati all'esercizio dell'attività”] costituisce elemento funzionale alla valutazione annuale di competenza della Giunta regionale e della competente commissione consiliare di cui al comma 8 quinquies e seguenti dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56”

Si richiede pertanto di ottemperare a tutte le richieste che la “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” dovesse avanzare all'Azienda.

A quali condizioni si ritiene l'obiettivo raggiunto e quindi non si procede con alcuna penalizzazione?

L'Azienda risulta adempiente se, a fronte delle eventuali richieste di verifica provenienti dalla struttura ispettiva, le soddisfa nei tempi previsti. Eventuali segnalazioni di inadempienza o ritardo proveniente dalla “Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza” saranno invece prova di mancato raggiungimento dell'obiettivo.

Reportistica, modalità e tempistiche di aggiornamento/invio e di accesso ai dati da parte delle aziende

Non è prevista reportistica

Documenti che l'azienda deve presentare e che saranno oggetto di verifica

Nessuno

Flusso dati, Metodologia di calcolo e formula se l'indicatore è numerico

Nessuno

Allegati

Nessuno

Elenco Allegati

All_C51_a_Questionario LEA 2016	34
All_D21_Elenco Indicatori S.Anna AOU	36
All_F1a_Elenco Flussi NSIS e specifiche	44
All_F1b_Elenco indicatori completezza e qualità dei flussi beni sanitari	44
Manuale Indicatori Report.....	13; 14; 25; 26; 27; 30; 36