

Allegato B3_Criteri valutazione Obiettivi DG ASL senza plessi Anno 2022

Ai fini della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, i Direttori Generali dovranno produrre per gli anni 2022 e 2023, una dettagliata e documentata relazione sulle attività svolte in relazione agli obiettivi.

Periodo riferimento 01 Gennaio 2022 – 08 Agosto 2022

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Rispetto dei tempi di pagamento	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento	L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando le fatture emesse nell'intero anno di riferimento (Fatture emesse dal 01 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022). Formula calcolo: Tempo medio ritardo ponderato – 60 GG Fonte di calcolo: Indicatore calcolato dall' Area RGS del MEF <u>(Rif Nota DG Tutela della Salute e Coordinamento del SSR n. PG/2024/0162036)</u>	100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero; 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni; 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; 50 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni 0 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo	30%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Percentuale di ultra sessantacinquenni sottoposti a valutazione multidimensionale e per la presa in carico ADI entro due giorni dalla dimissione ospedaliera	L'indicatore misura l'appropriatezza organizzativa nella gestione della valutazione multidimensionale per la presa in carico ADI	$\frac{\text{N. dimessi età} \geq 65 \text{ anni sottoposti a VM per presa in carico entro 2 gg dimissione}}{\text{N. dimessi con età} \geq 65 \text{ anni sottoposti a VM}} \times 100$ Fonte di calcolo: Sistema informativo SIAD e sistema informativo SDO <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito all'intero anno 2022. Ai fini del calcolo saranno considerati gli assistiti residenti nell'ASL di riferimento da strutture che insistono sul territorio di competenza della stessa ASL. Sono esclusi i pazienti deceduti in ospedale</i>	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore maggiore o uguale a 10 punti percentuali; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 9,9 e 9 punti percentuali; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 8,9 e 7 punti percentuali • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 6,9 e 4 punti percentuali • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore inferiore a 3,9 punti percentuali	15%
Percentuale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con almeno un accesso sul totale delle prese in carico con data di dimissione nell'anno	L'indicatore misura l'efficienza organizzativa nella gestione delle cure domiciliari	$\frac{\text{Numero di prese in carico con data di dim. nell'anno con almeno un accesso}}{\text{Numero totale di prese in carico con data di dimissione nell'anno}} \times 100$ Fonte di calcolo: Sistema informativo SIAD <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito all'intero anno 2022.</i>	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore maggiore o uguale a 90 punti percentuali; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 99 e 90 punti percentuali; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri	15%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
			un valore dell'indicatore compreso fra 89 e 70 punti percentuali • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso fra 69 e 50 punti percentuali • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore inferiore a 49 punti percentuali	
Rapporto standardizzato tra il numero di dimissioni per intervento di amputazione maggiore degli arti inferiori determinato dalle complicanze della patologia diabetica e la popolazione residente espresso per 1.000.000 abitanti		<u>N. dimissioni per dimissioni per intervento di amputazione nei residenti ≥ 18 anni</u> N. soggetti con età ≥ 18 anni Sono considerati i ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati presso le strutture pubbliche e private accreditate con diagnosi principale cod. ICD - 9- CM 250.7x, diagnosi secondaria cod. ICD - 9 - CM 443.81 e intervento principale cod. ICD - 9- CM 84.15 o 84.17. Sono inclusi i pazienti deceduti in ospedale. Il tasso è standardizzato per età e sesso con la popolazione del censimento dell'anno di riferimento. <u>Fonte di calcolo:</u> Sistema informativo SDO Qualora dalla selezione della coorte delle SDO utili al calcolo dell'indicatore non si rilevino SDO caratterizzate dalla codifica indicata nei precedenti criteri sarà valutato alternativamente l'indicatore Piano Nazionale Esiti "Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti diabetici" calcolato come di seguito. • Numeratore: Ricoveri ordinari, Età: 18+ anni Diagnosi (principale o secondaria): 250.x Intervento (principale o secondario): 84.10, 84.12 – 84.19 Esclusi: trasferiti da altra struttura; DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390; diagnosi (principale o secondaria) di amputazione traumatica: 895.0, 897.1, 895.1,	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore inferiore o uguale a 15 per 1.000.000 ab.; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso tra 15,1 e 16,1 per 1.000.000 ab.; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso tra 16,2 e 16,5 per 1.000.000 ab.; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore compreso tra 16,6 e 17,0 per 1.000.000 ab.; • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore	15%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
		897.2, 896.0, 897.3, 896.1, 897.4, 896.2, 897.5, 896.3, 897.6, 897.0, 897.7; non residenti in Italia Denominatore: Popolazione residente in età 18+ anni (popolazione residente al 1 gennaio dell’anno di analisi) Ai fini del calcolo sarà considerato l’indicatore nella versione grezza. Periodo di riferimento anno 2022 <u>Fonte di calcolo:</u> Sistema PNE	superiore a 17,1 per 1.000.000 ab. <u>Standard per indicatore PNE</u> 100 per cento qualora l’ente sanitario registri un valore dell’indicatore grezzo inferiore o uguale 0,07; 90 per cento qualora l’ente sanitario registri un valore dell’indicatore grezzo compreso tra 0,08 e 0.09; 75 per cento qualora l’ente sanitario registri un valore dell’indicatore grezzo compreso tra 0,10 e 0,11; 50 per cento qualora l’ente sanitario registri un valore dell’indicatore grezzo compreso tra 0,12 e 0,14; 0 per cento qualora l’ente sanitario registri un valore dell’indicatore grezzo superiore 0,15.	
Rispetto delle tempistiche di trasmissione dei flussi informativi NSIs	La normativa di istituzione dei flussi informativi che costituiscono nell’ambito del Nuovo sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute prevede	I flussi considerati ai fini del calcolo dell’indicatore sono i seguenti: - Emur 118 e PS Mensile - SIAD Valido solo per le ASL Trimestrale - FAR Valido solo per le ASL Trimestrale - HOSPICE Valido solo per le ASL Trimestrale - SISM Valido solo per le ASL Semestrale - SIND Valido solo per le ASL Semestrale - SDO Mensile - CEDAP Valido solo per i punti nascite Semestrale	100 per cento qualora l’ente sanitario abbia conferito tutti i flussi nelle tempistiche previste; 90 per cento qualora l’ente sanitario abbia conferito tra il 99 per cento e il 90 per cento dei flussi di propria	25%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
	Specifiche modalità e una tempistica per l'alimentazione delle informazioni che ciascuna Regione e Provincia Autonoma deve fornire. La tempestiva lettura ed elaborazione dei contenuti informativi è fondamentale per la misura della qualità, dell'efficienza e dell'appropriatezza del Servizio Sanitario Regionale	• FLS 11 Valido solo per le ASL Annuale • FLS 12 Valido solo per le ASL Annuale • FLS 18 Valido solo per le ASL Annuale • FLS 21 Valido solo per le ASL Annuale • HSP 11 Annuale • HSP 11 BIS Annuale • HSP 12 Annuale • HSP 13 Valido solo per le ASL Annuale • HSP 14 Annuale • HSP 22 BIS Mensile • HSP 23 Valido solo per le ASL Mensile • HSP 24 Mensile • RIA 11 (quadri a,b,c,e) Valido solo per le ASL Annuale • RIA 11 (quadri f,g,h,i) Valido solo per le ASL Annuale • STS 12 Annuale • STS 14 Annuale • STS 21 Annuale • STS 24 Valido solo per le ASL Annuale • Distribuzione Diretta e per conto dei medicinali Mensile • Consumi Ospedalieri e ambulatori dei medicinali Mensile • Consumi Dispositivi medici Trimestrale • Contratti Dispositivi medici Trimestrale • Apparecchiature Sanitaria Trimestrale Le tempistiche per il corretto conferimento dei flussi sono riportate nella nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019. <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito all'intero anno 2022.</i> Fonte di calcolo: Sistema Accoglienza Sinfonia	competenza nelle tempistiche previste; • 75 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito tra l'89 per cento e l'80 per cento dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 50 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito tra il 79 per cento e il 70 per cento dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste; • 0 per cento qualora l'ente sanitario abbia conferito un valore inferiore o uguale al 69 per cento dei flussi di propria competenza nelle tempistiche previste.	

Criteri valutazione Obiettivi DG ASL senza plessi Anno 2022/2023

Periodo riferimento 09 Agosto 2022 – 31 Dicembre 2023

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso Indicatore
Rispetto dei tempi di pagamento	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento	L'indicatore è calcolato come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando le fatture emesse nell'intero anno 2022 e 2023 (Fatture emesse dal 01 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022 e fatture emesse dal 01 Gennaio 2023 al 31 Dicembre 2023). Formula calcolo: Tempo medio ritardo ponderato – 60 GG <u>Fonte di calcolo:</u> Indicatore calcolato dall' Area RGS del MEF (Rif Nota DG Tutela della Salute e Coordinamento del SSR n. PG/2024/0162036)	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore con valore minore o uguale a zero; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra uno e dieci giorni; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra undici e trenta giorni; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi compresi fra trentuno e sessanta giorni • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri ritardi superiori a sessanta giorni oppure in caso di mancata riduzione di almeno il 10 per cento del debito commerciale residuo	40%
Attuazione della rete aziendale dei laboratori pubblici in conformità con la programmazione regionale	L'art. n°29 del DL n°73 sancisce che, al fine di adeguare gli standard organizzativi e di personale ai processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano favoriscono il completamento dei processi di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche. A tal scopo è stata individuata quale soglia minima di efficienza l'erogazione di almeno 200.000 prestazioni di laboratorio	Ai fini del calcolo il numero di prestazioni di attività di laboratorio di erogatori pubblici (esclusi i punti prelievo) considerato è pari alla somma delle prestazioni presenti nelle seguenti fonti: STS21(prestazioni interni); File C (prestazione esterni); Emur Pronto Soccorso. La valutazione tiene conto delle prestazioni erogate per gli anni 2022 e 2023, pertanto sarà considerata la media aritmetica delle risultanze attribuite ai singoli periodi di competenza.	• 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per tutti i presidi di competenza; • 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori di competenza tra il 99 e il 70 per cento; • 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori di competenza tra il 69 e il 60 per cento; • 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori di competenza tra il 59 e il 50 per cento;	25%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso Indicatore
			0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca la soglia prevista (≥ 200.000 prestazioni) per una percentuale di laboratori inferiore o uguale a 49 per cento;	
Digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali	L'obiettivo misura la digitalizzazione e trasmissione al Fascicolo Sanitario Elettronico dei documenti digitali nel rispetto delle specifiche e delle tempistiche definite nel DM 23.12.2019 e ss.mm.ii. e nei provvedimenti regionali	$\frac{\text{N. documenti indicizzati}}{\text{N. documenti prodotti}} \times 100$ In particolare, per "prodotti" si intende il numero di referti prodotti sia in formato cartaceo che in formato digitale mentre con il termine "indicizzati" si intende il numero di referti prodotti e trasmessi con esito positivo al FSE, così come comunicato periodicamente al Gruppo Regionale. Ai fini del calcolo dell'obiettivo saranno considerate le annualità 2022 (Agosto 2022 – Dicembre 2022) e 2023 (Gennaio 2023 – Dicembre 2023), rispetto alle seguenti classi documentali: - Lettera di dimissione ospedaliera - Referto di anatomia patologica - Referto di Laboratorio - Referto di radiologia - Referto specialistico ambulatoriale - Verbale di pronto soccorso Per tale indicatore la Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del servizio sanitario regionale, come da nota protocollo della Regione Campania n. 639695 del 21/12/2021, ha fissato specifici target già a partire da Aprile 2022, che si intendono validi anche per il 2023. In considerazione delle complessità organizzative e tecnologiche connesse all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico si considera ai fini del calcolo di raggiungimento dell'obiettivo la media	Anno 2023 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati pari almeno all'80 per cento 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 79 per cento e il 70 per cento. 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 69 per cento e il 60 per cento. 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 59 per cento e il 50 per cento. 0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati inferiore o uguale al 49 per cento.	25%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso Indicatore
		ponderata delle classi documentali dei singoli anni associando pesi distinti alle singole annualità: • Agosto – Dicembre 2022 – 5% • Gennaio – Dicembre 2023 – 20%		
Puntuale monitoraggio delle attività inerenti alle prestazioni rese in regime di accreditamento	L'indicatore misura l'efficienza organizzativa dell'ente nella attività di monitoraggio delle prestazioni rese in regime di accreditamento	Ai fini del calcolo del raggiungimento dell'obiettivo è necessario che l'ente produca una relazione dettagliata sulle attività svolte, nel periodo di analisi (09 Agosto 2022 – 31 Dicembre 2023), in tema di puntuale monitoraggio delle prestazioni rese in regime di accreditamento.	• 100 per cento qualora l'ente sanitario svolga attività di monitoraggio puntuali con tempistiche idonee a garantire l'efficienza organizzativa del processo • 50 per cento qualora l'ente sanitario svolga attività di monitoraggio periodiche che richiedono interventi migliorativi • 0 per cento qualora le attività di monitoraggio poste in essere non siano tali da garantire un puntuale monitoraggio	10%