

Allegato B4_Criteri valutazione Obiettivi DG IRCCS Anno 2022 e 2023

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 – 31 Dicembre 2023

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 per i periodi di riferimento (Fatture emesse dal 01 Gennaio 2022 al 31 Dicembre 2022 e 01 Gennaio 2023 al 31 Dicembre 2023). Formula calcolo: Tempo medio ritardo ponderato – 60 GG Fonte di calcolo: 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%
Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico	L'indicatore Degenza Media PreOperatoria (DMPO) misura il tempo medio trascorso in ospedale in Ricovero Ordinario (RO) prima di eseguire un intervento chirurgico	$\frac{\text{Numero di giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico}}{\text{Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico}}$ Ai fini del calcolo sono inclusi solo i presidi pubblici. L'analisi è ristretta ai ricoveri ordinari programmati non urgenti e programmati con pre-ospedalizzazione. Codifiche ICD-9 CM: codici di procedure da 00 a 86 Reparto di ammissione: a) chirurgico (06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontoiatria e stomatologia, 36 ortopedia e traumatologia, 38	• 100 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore minore o uguale di 1,4 giorni; • 90 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 1,5 giorni e 2 giorni; • 75 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 2,1 giorni e 3 giorni; • 50 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore compreso tra il 3,1 giorni e 4 giorni; • 0 per cento qualora l'ente sanitario registri un indicatore superiore del 4,1 giorni;	25%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
		otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica) b) Pediatria, Ostetricia e Ginecologia: selezione dei soli dimessi con DRG chirurgico Sono esclusi: I trapiantati (DRG 103,302,480,481,495,512,513) Pancreas: (intervento principale 528) Sono altresì esclusi i dimessi che hanno un errore di compilazione nel campo relativo alla data dell'intervento, i pazienti che presentano un numero di giorni di degenza prima dell'intervento maggiore ad un anno, i dimessi con data di intervento chirurgico precedente alla data di ammissione <i>Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è compreso tra il 01 Gennaio 2022 e l'31 Dicembre 2023.</i> Fonte di calcolo: Sistema Quani – Area di analisi - Report Obiettivi DG 2016 – Allegato B		
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 Specifiche modalità e una tempistica per l'alimentazione delle informazioni che ciascuna Regione e Provincia Autonoma deve	I flussi considerati ai fini del calcolo dell'indicatore sono i seguenti: • Emur 118 e PS Non Valido Mensile • SDO Mensile • CEDAP Valido solo per i punti nascite Semestrale • 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 • STS 12 Annuale • STS 14 Annuale • STS 21 Annuale • Distribuzione Diretta e per conto dei medicinali Mensile • Consumi Ospedalieri e ambulatori dei medicinali Mensile • Consumi Dispositivi medici Trimestrale	• 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 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.	25%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
	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	- 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		
Monitoraggio di appropriatezza e di efficacia delle SDO		Grado di adesione alle richieste del Gruppo tematico Regionale Qualora non siano state avanzate richieste di adesione sarà valutato per il raggiungimento dell'obiettivo l'indicatore NSG H04Z "Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario" Formula di Calcolo indicatore H04Z $\frac{N. Dimissione attribuite ai 108 DRG ARI}{N. Dimissione non attribuite ai 108 DRG ARI}$ <i>Ai fini del calcolo saranno considerati per i presidi pubblici esclusivamente i ricoveri in degenza ordinaria per acuti riferiti al periodo compreso tra il 01 Gennaio 2022 e il 31 Dicembre 2023.</i> Fonte di calcolo: Sistema Quani – Area di analisi – Report NSG	<u>Valutazione richieste Gruppo Tematico</u> 100 per cento nel caso in cui l'ente aderisca in misura superiore o uguale a tutte le richieste del gruppo tematico regionale 90 per cento nel caso in cui l'ente aderisca in misura compresa tra il 99 per cento e il 70 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale 75 per cento nel caso in cui l'ente aderisca in misura compresa tra il 69 per cento e il 60 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale 50 per cento nel caso in cui l'ente aderisca in misura compresa tra il 59 per cento e il 55 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale 0 per cento nel caso in cui l'ente aderisca in misura inferiore al 54 per cento alle richieste di adesione del gruppo tematico regionale <u>Soglie indicatore H04Z</u> 100 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore inferiore o uguale 0,24	10%

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di Calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
			• 90 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore compreso tra 0,25 e 0,27; • 75 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore compreso tra 0,27 e 0,30 • 50 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore compreso tra 0,31 e 0,49 • 0 per cento nel caso in cui l'ente garantisca un valore dell'indicatore superiore o uguale a 0,50	