azienda sanitaria locale
matera

Allegato n. 1 "Aggiornamento Piano della Performance ASM" Anno 2019

AREE STARTEGICHE DI RISULTATO	INDICATORI PER LA VALUTAZIONE GLOBALE PERFORMANCE (VGP)
INDICATORI QUANTITATIVI	
TUTELA DELLA SALUTE	1. Copertura vaccinale antinfluenzale nella Popolazione bersaglio (anziani) 2. n. aziende ispezionate / n. Aziende con dipendenti
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Appropriatezza organizzativa Appropriatezza clinica	3. Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg.a seguito di frattura del femore dell'anziano
	4. Proporzione di ricoveri in Day Suregry di colecistectomie laparascopiche
	5. Proporzione di parti con taglio cesareo primario
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI Efficacia dell'assistenza territoriale	6. Percentuale di anziani trattati in Cure Domiciliari
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA Efficienza /Appropriatezza prescrittiva farmaceutica Efficienza prescrittiva diagnostica	7. Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nella lista di trasparenza
	8. Consumo di farmaci antibiotici sul territorio
	9.Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
INDICATORI QUALITATIVI	
CONSEGUIMENTO OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI	10. Trasmissione dei Flussi informativi in maniera tempestiva e completa
TUTELA DELLA SALUTE	11. Raggiungimento della copertura percentuale di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)

La V.G.P. è un parametro basato sul confronto tra il posizionamento che l'Azienda ha tra due anni consecutivi: Il calcolo è effettuato per l'anno 2018, attraverso il confronto tra il valore dell'indicatore conseguito nell'anno 2018 e quello conseguito nel 2017, e così via di seguito per le successive annualità. (2019: 2019 vs 2015; 2018: 2020:2020 vs 2019) Il confronto del singolo indicatore tra i due anni assume il segno (+) se il suo valore è migliorato, viceversa assume il segno (-) se il suo valore è peggiorato.
Per quanto riguarda la modalità di monitoraggio la DGR 395/2019 ha previsto che gli obiettivi verranno verificati secondo la seguente tempistica:

- alla chiusura del 31 dicembre;

L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. In altri termini, tale diagramma dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione.

Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti.

Gli obiettivi operativi sono dettagliati in Piani operativi in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

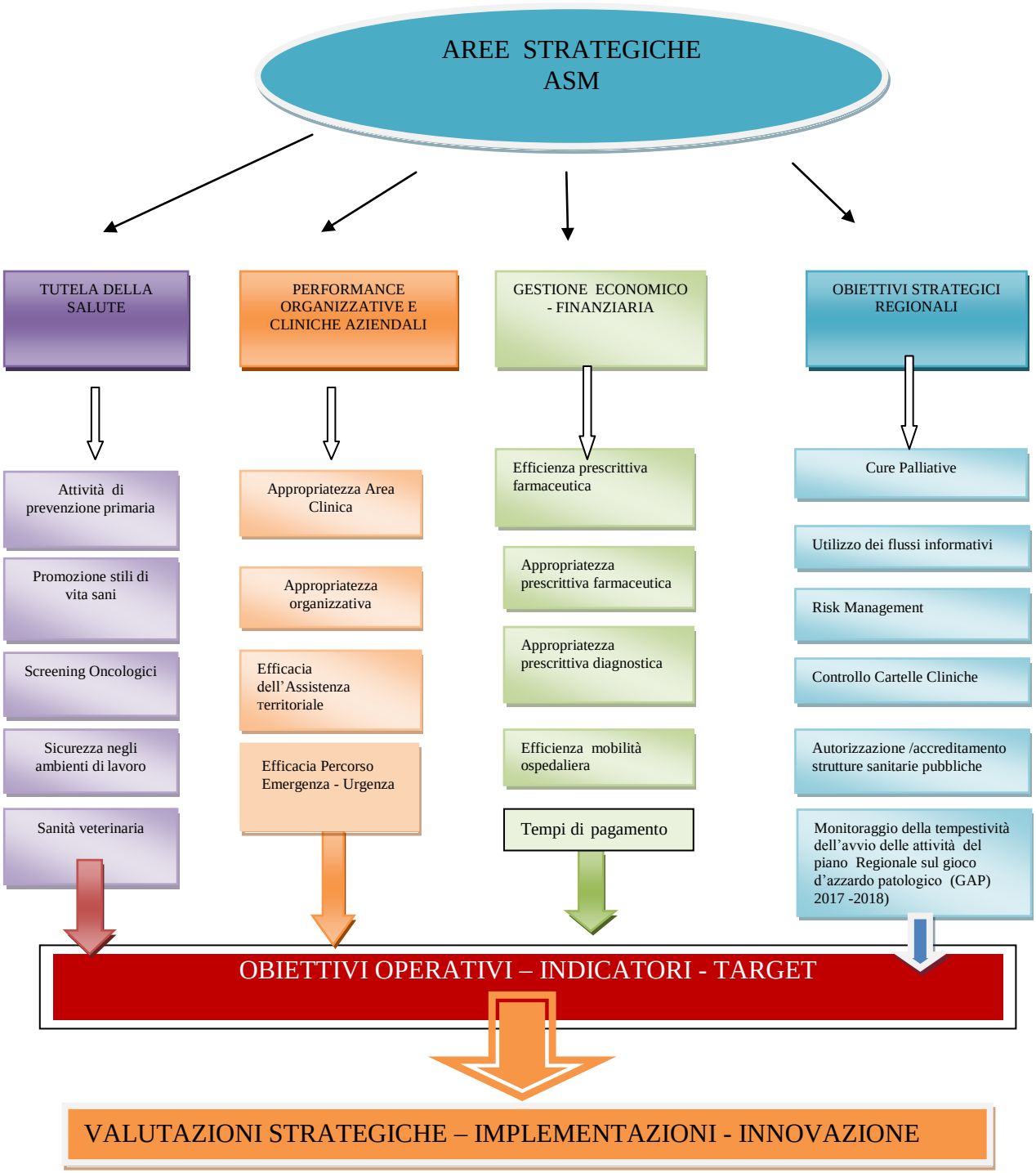
La definizione del piano della performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento.

La Performance della ASM viene valutata sulla base delle seguenti 4 aree strategiche:

1. TUTELA DELLA SALUTE
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI
3. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
4. CONSEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

Tali obiettivi vengono successivamente declinati e assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

L'Albero della Performance è rappresentato rappresenta graficamente seguito dalla Tabella dove sono enucleati gli obiettivi operativi, gli indicatori (e relativa formula), i target per il triennio di riferimento, la fonte dei dati ed i destinatari.



Obiettivi operativi, Indicatori, Risultati e Target

OBIETTIVI DI SALUTE E PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA Anni 2018 – 2020 - DGR 190/2018 - DGR 395 2019									
			2018 - 2020				2018 - 2020	2018 - 2020	
AREA	**NR**	**OBIETTIVI**	**INTERVALLI DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**			**PUNTI**	**RISULTATI ANNO 2018 RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DGR 190 -2018**	**RISULTATI I SEMESTRE 2019 RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DGR 395 -2019**	
			0%	50%	100%		FONTE ASM	0%	50%	100%
TUTELA DELLA SALUTE - 25									
Prevenzione primaria 10	1.a.1	Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza	< 90	tra 90 a 95	> 95	2	91%	82%		
	1.a.2	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (anziani) **(VGP)**	< 60	tra 60 a 65	> 65	3	75%	Le vacc.si effettuano negli ultimi mesi dell'anno - Si prevede di ragg. l'obiettivo		
	1.a.3	Copertura vaccinale Papilloma Virus (HPV) nella popolazione bersaglio	< 75	tra 60 e 75	> 75	1	67%	**35%** Si prevede di ragg. la stessa % dell'anno 2018		
	1.a.4	Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio (operatori sanitari ruolo sanitario e tecnico)	< 25	tra 25 e 40	> 40	1	33%	Le vacc.si effettuano negli ultimi mesi dell'anno - Si prevede di ragg. l'obiettivo		
	1.a.5	Copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi	< 90	tra 90 e 95	> 95	1	86%	**77%** Si prevede di ragg. la stessa % dell'anno 2018		
	1.a.6	Copertura vaccinale antipneumococcico a 24 mesi	< 95	tra 90 e 95	> 95	1	95%	**90,7%** Si prevede di ragg. l'obiettivo		
	1.a.7	Copertura vaccinale esavalente 24 mesi per bambini residenti nel territorio di competenza	< 90	tra 90 e 95	> 95	1	95%	90,7% Si prevede di ragg. l'obiettivo		

							FONTE Dip. Politiche della Persona Regione Basilicata	
Promozione stili di vita sani 5	1.b.1	% di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	< 23	tra 23 e 33	> 33	1	19, 43%	Dati dispobili solo a fine anno
	1.b.2	% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico di perdere o mantenere peso	< 25	tra 25 e 45	> 45	1	30%	Dati dispobili solo a fine anno
	1.b.3	% di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	< 25	tra 25 e 35	> 35	1	24%	Dati dispobili solo a fine anno
	1.b.4	% di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	< 3	tra 3 e 9	> 9	1	8%	Dati dispobili solo a fine anno
	1.b.5	% di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	< 35	tra 35 e 55	> 33	1	48%	Dati dispobili solo a fine anno
							Centrale Reg. Screening Osservatorio Epidemiologico Regionale	
Screening omcologici 3	1.c.1	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	< 25	tra 25 e 50	> 33	1	25, 07%	Dati dispobili solo a fine anno
	1.c.2	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per mammella	< 35	tra 35 e 60	> 33	1	65%	Dati dispobili solo a fine anno
	1.c.3	Proporzione di persone che ha effettuato il test di screening di I livello, in un programma organizzato per colon retto	< 25	tra 25 e 50	> 50	1	34%	Dati dispobili solo a fine anno

							FONTE ASM			
Sicurezza sul lavoro 4	1.d.1	Numero aziende ispezionate / numero aziende con dipendenti **(VGP)**	meno di 5	tra 5 e 10	più di 10	1	8%	Dati dispobili solo a fine anno		
	1.d.2	Numero cantieri ispezionati / Numero cantieri notificati	meno di 20	tra 20 e 30	più di 30	1	29%	Dati dispobili solo a fine anno		
	1.d.3	Numero aziende ispezionate / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	meno di 40	tra 40 e 50	più di 50	1	42%	Dati dispobili solo a fine anno		
	1.d.4	Numero sopralluoghi / Numero personale UPG (uffici di Polizia Giudiziaria) SPSAL (Serv. Prev. e Sic. ambienti di lavoro)	meno di 70	tra 70 e 90	più di 90	1	71%	Dati dispobili solo a fine anno		
Sanità veterinaria 3	1.e.1	Raggiungimento della copertura % dei campioni effettuati per ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti di origine vegetale	NO		SI	1	SI			SI
	1.e.2	Raggiungimento della copertura % dei campioni % di ovini e caprini testati per scrapie	NO		SI	1	SI			SI
	1.e.3	Raggiungimento della copertura % di campioni effettuati per la ricerca di residui di farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale (Piano Nazionale Residui)	NO		SI	1	SI			SI
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI - 30										
Appropriatezza area clinica 13	2.a.1	Tasso di ospedalizzazione per i DRG medici LEA standardizzato per età e per sesso – Ricoveri medici potenzialmente inappropriati	> 180	da 135 a 180	> 135	1	114,95 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	14,3 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali		

	2.a.2	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti	> 3	da 1,5 a 3	< 3	1	0,04 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	0,0 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.a.4	Percentuale di ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG dei LEA chirurgici	< 45	da 45 a 75	> 75	1	33%	62%
	2.a.5	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzati per età e per sesso	> 65	da 50 a 65	< 50	1	12 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	2,38 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.a.7	Riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca	> 3,7	da 2,7 a 3,7	< 2,7	1	4,47 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	0 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.a.8	Proporzione di intervento chirurgico entro 2 gg. a seguito di frattura del collo del femore nell'anziano **(VGP)**	< 50	da 50 a 60	> 60	3	70,70	72,31
	2.a.14	Proporzione di infarti miocardici acuti (IMA) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminare (PTCA) entro 2 gg.	< 34	da 34 a 44	> 44	1	29%	39%
	2.a.15	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA in diagnosi principale)	> 10,5	da 8,5 a 10,5	< 8,5	1	1%	0%
	2.a.16	Proporzione di ricoveri in day surgery di colecistectomie laparoscopiche	< 50	da 50 a 60	> 60	1	2%	Obiettivo non presente
	2.a.16	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenz inferiore a 3 giorni **(VGP)**	< 51	da 50 a 61	> 61		Obiettivo non presente	Dato non disponibile
	2.a.17	Proporzione di parti con taglio cesareo primario **(VGP) la % è variata con la DGR 395 - 2019 rispetto alla DGR 190- 2018**	> 15		< 15	2	22%	13%

Appropriatezza organizzativa	2.b.2	Reti tempo dipendenti – adozione, da parte della ASM, entro il 30 giugno 2018 di percorsi az. per completamento della strut. ed organiz. delle diverse reti in coerenza con i relativi PDTA per presa in carico e trattamento dei pz. con IMA, Trauma STEMi ed ICTUS cerebrale	NO		SI		SI	Obiettivo non presente
Efficacia assistenziale territoriale 12	2.c.1	Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali x 1000 residenti	> 10	da 7 a 10	< 7	1	5,6 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	0,06 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.c.2	Tasso di ricovero per scompenso cardiaco x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 195	da 155 a 195	< 155	1	217,5 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	31,07 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.c.3	Tasso di ricovero per diabete x 100.000 residenti 35– 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	1	10,9 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	1,55 calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.c.4	Tasso di ospedalizzazione BPCO x 100.000 residenti 50 – 74 anni	> 35	da 25 a 35	< 25	1	29,5%calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali	3,1calcolato solo sui ricoveri effettuati in strutture aziendali
	2.c.5	% di anziani in Cure Domiciliari con valutazione sul totale della popolazione **(VGP)**	< 4	da 4 a 8	> 8	3	5%	Dati dispobili solo a fine anno, si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	2.c.6	% di presa in carico con CIA (coefficiente di intensità assistenziale) > 0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	< 35	da 35 a 55	> 55	1	68%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	2.c.7	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni	> 300	da 200 a 300	< 200	1	215,10	37,54
	2.c.8	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg. per patologie psichiatriche	> 6	da 4 a 6	< 4	1	8%	1,64%
	2.c.9	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica x 100 residenti <14 anni	>10	da 7 a 10	<7	1	5%	1%

Efficacia percorso emergenza - urgenza 5	2.d.1	% di accessi in P.Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	> 80	da 80 e 93	< 93	3	90%	84, 27%
	2.d.2	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE visitati entro 1 ora	> 70	da 70 a 80	< 80	1	77%	73%
	2.d.3	% di accessi in P. Soccorso con codice VERDE non inviati al ricovero con tempi di perm. entro le 4 ore	> 6	da 4 a 6	< 4	1	84%	79, 02%
GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA - 25								
Efficienza prescrittiva farmaceutica 11	3.a.1	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza **(VGP)**	< 74	da 74 a 76	<76	4	9114%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari (mantenimento dei livelli di utilizzo per i attivi elencati)	< 80	da 80 a 95	<95	3	53%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.a.3	% di utilizzo di farmaci biosimilari (incremento dei livelli di utilizzo per altri principi attivi elencati)	< 15	da 15 a 20	< 20	4	31%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.a.2	% di utilizzo di farmaci biosimilari	>30	da 28 e 30	<28		presente solo 2019	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
Appropriatezza prescrittiva farmaceutica 7	3.b.1	Consumo pro capite farmaci inibitori di Pompa Protonica (IPP)	>30	da 28 e 30	<28	1	34%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.b.2	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina – angiotensina (antiipertensivi)	>40	da 40 a 30	<30	1	51%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.b.3	Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSR)	>36	da 26 a 36	<26	1	22%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.b.4	Consumo di farmaci antibiotici sul territorio **(VGP)**	>22	da 16 a 22	< 16	1	22%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.b.5	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti beta – bloccanti alla dimissione	< 67	da 67 a 77	> 77	1	98%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	3.b.6	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani	< 55	da 55 a 75	>75	1	99%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018

	3.b.7	% di pz. dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	< 60	da 60 a 80	>80	1	99, 34%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
Appropriatezza prescrittiva diagnostica 3	3.c.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)	< 30	da 20 a 30	> 20	1	9%	Dati dispobili solo a fine anno
	3.c.2	% di pz. che ripetono le RM lombari entro 12 mesi	> 8	da 6 a 8	< 6	2	7,30%	Dati non dispobili, mancano i dati di mobilità passiva
Efficienza mobilità ospedaliera 4	3.d.1	recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (elencati nella DGR) eseguiti in mobilità passiva dai residenti	< 4	da 4 a 12	> 12	3	5	Dati non dispobili, mancano i dati di mobilità passiva
	3.d.2	recupero della mobilità passiva ospedaliera per alcuni ricoveri (elencati nella DGR) eseguiti in mobilità passiva dai residenti	< 0,58	da 0,58 a 0,62	> 0,62	1	0,42	Dati non dispobili, mancano i dati di mobilità passiva
OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI - 20								
Cure Palliative 4	4.b.1	% di assistiti oncologici con tempo massimo di attesa fra segnalazione e ricovero in Hospice inferiore o uguale a 3 giorni	< 50	da 50 a 85	> 85	2	100%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	4.b.2	Consumo territoriale di farmaci oppiacei	< 1,6	da 1,6a 2,1	> 2,1	2	1%	Dati dispobili solo a fine anno
Utilizzo dei flussi informativi 5	4.c.1	Trasmissione dei flussi informativi inviati in maniera tempestiva e completa	NO		SI	1	SI	SI
	4.c.2	n. % di errori che generano scarti sul totale delle SDO trasmesse	< 5	da 3 a 5	< 3	1	0%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	4.c.3	n. % di errori che generano anomalie sul totale delle SDO trasmesse	>20	da 10 a 20	< 10	1	3%	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	4.c.4	Copertura del flusso NSIS sui contratti dei dispositivi medici	< 10	da 10 a 15	< 15	1	< 15	Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018
	4.c.5	Copertura del flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici		da 80 a 95		1		Dati dispobili solo a fine anno si prevede di ragg. La stessa % del 2018

Risk Management 2	4.d.1	Adozione / attualiz. del Piano aziendale per la prev. del rischio clinico e invio del Piano Aziendale ASM in regione entro il 30 giugno di ogni anno	NO		SI	1	SI	SI
	4.d.2	Relazione annuale stato di att. del Piano aziendale di prev. del rischio clinico. Trasmissione della relazione annuale entro il 28 febbraio dell'anno succ. all'anno di riferimento	NO		SI	1	SI	SI
Controllo cartelle cliniche 1	4.e.1	Verifica del programma di controllo delle cartelle cliniche e trasmissione in regione degli esiti nei tempi previsti	NO		SI	1	SI	SI
Autorizzazione / Accreditamento strutture sanitarie pubbliche 5	4.f.1	Verifica dell' Autorizzazione definitiva e/o di Accreditamento per le strutture sanitarie - Centro Dialisi Ospedale distrettuale Tinchi - Procreazione medicalmente assistita c/o P.O. Mt - Riabilitazione e RSA c/o O. D. Tricarico - Diagnostica per immagini c/o P.O. Policoro - Ospedale Matera	NO		SI	5	SI	SI
Verifica della tempestività dell'avvio delle attività del Piano Regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) 2017-2018 3	4.g.1	Trasmissione alla Regione entro il 30 giugno delle attività svolte (avvisi pubblici)	NO		SI	3	presente solo 2019	

Tempi di pagamento	**All. n. 2**	Rispetto dei tempi di pagamento stabiliti dalla legislazione vigente per gli Enti del Servizio Sanitario	0%	50%	75%	90%	100%
			> 60 gg. o mancata riduzione del 10% del debito commeriale	**ritardi tra 31 e 60 gg.**	**ritardi tra 11 e 30 gg.**	**ritardi tra 1 e 10 gg.**	**< =a 60 gg.**