

Allegato B5_Criteri valutazione Obiettivi DG AORN Santobono Anno 2024 - 2025

Periodo riferimento 01 Gennaio 2024 – 31 Gennaio 2024

01 Gen 2025 - 31 Dic 2025

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
Rispetto dei tempi di pagamento	L'indicatore relativo al 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 media dei ritardi di pagamento ponderata per l'importo delle fatture, considerando le fatture emesse per ciascun anno di riferimento dell'intero mandato. Formula calcolo: Tempo medio ritardo ponderato – 60 GG Fonte di calcolo: Indicatore calcolato dall'Area RGS del MEF	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	15%
Garanzia dei livelli essenziali di assistenza monitorati attraverso il sottoinsieme degli indicatori definito "CORE" del Nuovo Sistema di Garanzia	L'indicatore ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di garantire i livelli essenziali di assistenza per gli indicatori di competenza pediatrica	L'indicatore è calcolato sulla base del valore attribuito all'indicatore NSG H04Z: come rapporto tra ricoveri ARI e ricoveri non ARI. La soglia NSG è pari a 0,18. Formula calcolo: 100 per valori dell'indicatore tra 0 e 0,15; $Y = -444,4444 * i + 166,6667$ per valori dell'indicatore tra 0,15 e 0,375; 0 per valori dell'indicatore tra 0,375 e 0,6. Fonte di calcolo: CIRS. Il DG dovrà fornire una relazione dettagliata che certifichi azioni intraprese per il raggiungimento dell'obiettivo.	<ul style="list-style-type: none"> • 100 per cento del punteggio: indicatore minore o uguale a 0,15; • 90 per cento punteggio: indicatore compreso tra 0,16 e 0,17; • 75 per cento del punteggio: indicatore compreso tra 0,18 e 0,20; • 50 per cento del punteggio: indicatore compreso tra 0,22 e 0,24; • 0 per cento del punteggio: indicatore superiore a 0,25 	10%
Rispetto dei tempi di attesa previsti per le classi di priorità delle prestazioni assistenziali	L'indicatore fa riferimento alle classi di priorità per le prestazioni traccianti di cui al vigente PNGLA	Ai fini della valutazione del raggiungimento dell'obiettivo l'ente dovrà produrre una relazione che certifichi le prestazioni sentinella erogate nei tempi previsti sul totale delle prestazioni (ricoveri e attività ambulatoriali), attraverso un monitoraggio sia ex ante sia ex post. Per monitoraggio ex ante si intende la differenza tra la data di appuntamento e la data di contatto. Per monitoraggio ex post si intende la differenza tra la data di erogazione e la data di contatto. Per le prestazioni ambulatoriali, il dato dovrà essere coerente con quanto presente sulla Piattaforma Sinfonia Liste Attesa (asap bi e ss.mm.ii) Formula di calcolo: Prestazioni sentinella erogate nei tempi/ totale prestazioni sentinella erogate Fonte di calcolo: Piattaforma Sinfonia Liste Attesa (asap bi e ss.mm.ii)	<ul style="list-style-type: none"> • 100 qualora il valore dell'indicatore risulti pari o superiore a 90; • 90 qualora il valore dell'indicatore risulti compreso tra 80 e 89,99; • 75 qualora il valore dell'indicatore risulti compreso tra 75 e 79,99; • 50 qualora il valore dell'indicatore risulti compreso tra 60 e 74,99; • 0 qualora il valore dell'indicatore risulti inferiore a 60. 	15%

Allegato B5_Criteri valutazione Obiettivi DG AORN Santobono Anno 2024 - 2025

Periodo riferimento 01 Gennaio 2024 – 31 Gennaio 2024

01 Gen 2025 - 31 Dic 2025

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
<p align="center">Costante monitoraggio delle Attività Libero Professionale Intramurarie</p>	<p>L'indicatore misura la capacità dell'ente sanitario di rispettare l'equilibrio delle prestazioni tra regime istituzionale e ALPI</p>	<p>L'indicatore è calcolato in due fasi. In una prima fase, per ciascuna tipologia di prestazione, si determina il rapporto tra le prestazioni erogate in regime ALPI e il totale delle prestazioni erogate dall'azienda: se tale valore è inferiore al 50%, viene attribuito un punteggio pari a 1, altrimenti pari a 0. In una seconda fase, l'indicatore è ottenuto come rapporto tra la somma dei punteggi delle singole tipologie di prestazione e il numero complessivo delle tipologie di prestazioni che prevedono anche l'erogazione in regime ALPI.</p> <p>Formula di calcolo: 1) Indicatore per singola prestazione : Prestazioni erogate in regime ALPI / Totale delle prestazioni erogate; 2) Indicatore complessivo : sommatoria degli indicatori che rispettano il limite del 50% per singola prestazione (di cui al punto 1)/Numero complessivo delle tipologie di prestazioni che prevedono ALPI</p> <p>Fonte di calcolo: Relazione dell'Ente sul numero totali e in ALPI di prestazioni ambulatoriali e di ricovero - la Regione potrà verificare la validità del dato per la specialistica ambulatoriale attraverso i dati del CUP presenti sul CIRS e per i ricoveri attraverso i flussi SDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100 qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore complessivo pari o inferiore al 50%; • 90 qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore complessivo compreso tra il 50,01 e il 60%; • 75 qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore complessivo compreso tra il 60,01 e il 65%; • 50 qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore complessivo compreso tra il 65,01 e il 70%; • 0 qualora l'ente sanitario registri un valore dell'indicatore complessivo superiore al 70%. 	<p align="center">10%</p>
<p align="center">Continuità, completezza e qualità nell'alimentazione dei flussi informativi</p>	<p>La normativa di istituzione dei flussi informativi 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 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.</p>	<p>I flussi considerati ai fini del calcolo dell'indicatore sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Emur 118 e PS Mensile •SDO Mensile •HSP 11 Annuale •HSP 11 BIS Annuale •HSP 12 Annuale •HSP 14 Annuale •HSP 22 BIS Mensile •HSP 24 Mensile •STS11 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 •Contrati Dispositivi medici Trimestrale •Apparecchiature Sanitaria Trimestrale. <p>Le tempistiche per il corretto conferimento dei flussi sono riportate nella nota Ministero della Salute prot. 9016 del 07/06/2019. Il periodo di riferimento per il calcolo dell'indicatore è riferito agli interi anni solari.</p> <p>Formula di calcolo: % di flussi trasmessi entro i tempi</p> <p>Fonte di calcolo: Sistema Accoglienza Sinfonia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 99,99 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'89,99 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 79,99 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. 	<p align="center">15%</p>

Allegato B5_Criteri valutazione Obiettivi DG AORN Santobono Anno 2024 - 2025

Periodo riferimento 01 Gennaio 2024 – 31 Gennaio 2024

01 Gen 2025 - 31 Dic 2025

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
<p>Produzione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale come determinati nel documento allegato alla delibera di Giunta regionale n. 210 del 4 maggio 2022, così come modificato dalla DGRC 420 del 6 agosto 2024</p>	<p>L'indicatore misura la capacità dell'ente di incrementare i volumi produttivi delle prestazioni previste nella DGRC 420/2024</p>	<p>L'indicatore è calcolato sulla base del grado di realizzazione del volume di prestazioni ambulatoriali programmate per ciascuna branca specialistica. Per ogni branca viene calcolato il rapporto tra prestazioni erogate (interni e esterni) e prestazioni programmate. L'indicatore complessivo è determinato come media dei valori ottenuti per ciascuna branca specialistica.</p> <p>Formula di calcolo: 1) Indicatore per singola branca specialistica : Prestazioni erogate / Totale delle prestazioni programmate (per ogni branca di cui alla DGRC 420/2024); 2) Indicatore complessivo : media aritmetica degli indicatori di cui al punto 1</p> <p>Fonte: Monitoraggio trimestrale DGRC 420/2024 <u>Il DG dovrà fornire una relazione dettagliata che certifichi azioni intraprese per il raggiungimento dell'obiettivo.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100 per cento del punteggio: percentuale di raggiungimento maggiore o uguale al 100%; • 90 per cento punteggio: percentuale di raggiungimento maggiore o uguale al 90% e inferiore al 100%; • 75 per cento del punteggio: percentuale di raggiungimento maggiore o uguale al 75% e inferiore al 90%; • 50 per cento del punteggio: percentuale di raggiungimento maggiore o uguale al 50% e inferiore al 75%; • 0 per cento del punteggio: percentuale di raggiungimento inferiore al 50%. 	<p>5%</p>
<p>Riduzione percentuale progressiva della mobilità passiva dei DRG a maggiore complessità</p>	<p>L'obiettivo misura la capacità dell'ente di svolgere DRG a maggiore complessità</p>	<p>L'indicatore è calcolato come rapporto tra il numero di DRG complessi che hanno registrato un incremento dei ricoveri e il totale dei DRG complessi oggetto di monitoraggio.</p> <p>Formula di calcolo: DRG complessi che hanno registrato un incremento dei ricoveri/totale dei DRG complessi oggetto di monitoraggio</p> <p>Fonte di calcolo: Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo, l'Ente dovrà produrre una relazione dettagliata sulle attività svolte nel periodo di riferimento, finalizzate alla riduzione della mobilità passiva relativa ai DRG a maggiore complessità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 100 per cento del punteggio: valori dell'indicatore pari o superiori all'80%; • 90 per cento punteggio: valori dell'indicatore compresi tra il 70% e il 79,99%; • 75 per cento del punteggio: valori dell'indicatore compresi tra il 60% e il 69,99%; • 50 per cento del punteggio: valori dell'indicatore compresi tra il 50% e il 59,99%; • 0 per cento del punteggio: valori dell'indicatore inferiori al 50%. 	<p>10%</p>

Allegato B5_Criteri valutazione Obiettivi DG AORN Santobono Anno 2024 - 2025

Periodo riferimento 01 Gennaio 2024 – 31 Gennaio 2024

01 Gen 2025 - 31 Dic 2025

Obiettivo DG	Descrizione Indicatore	Modalità di calcolo	Soglie di Valutazione	Peso obiettivo
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	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	L'indicatore è calcolato come rapporto tra documenti indicizzati (documenti trasmessi con esito positivo al FSE) e prodotti (cartacei o digitali generati dall'Ente), rispetto alle seguenti classi: Lettera di dimissione ospedaliera; Referto di anatomia patologica; Referto di laboratorio; Referto di radiologia; Referto specialistico ambulatoriale; Verbale di Pronto Soccorso. Formula di calcolo: Documenti indicizzati/Documents prodotti Fonte di calcolo: FSE	<ul style="list-style-type: none"> • 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati pari almeno all'90 per cento • 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 80 per cento e il 89,99 per cento. • 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 70 per cento e il 79,99 per cento. • 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati compresa tra il 60 per cento e il 69,99 per cento. • 0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca una percentuale di documenti indicizzati inferiore o uguale al 60 per cento. 	10%
Incremento percentuale e progressivo dell'erogazione del primo ciclo terapeutico ai pazienti dimessi secondo le linee di indirizzo regionali	L'indicatore misura l'efficienza organizzativa dell'ente nell'erogazione del primo ciclo di terapia agli assistiti dimessi da ricovero ordinario	L'indicatore è calcolato mediante il rapporto tra il numero di erogazioni di farmaci per il primo ciclo e il numero di dimissioni relative al primo ciclo di cura. Formula di calcolo: N.erogazioni farmaci per primo ciclo/N.dimissioni per primo ciclo cura <i>In caso di incalcolabilità dell'indicatore, saranno considerate anche relazioni esplicative sulle azioni intraprese per il raggiungimento dell'obiettivo. La Commissione di valutazione può, inoltre, riservarsi di riparametrizzare l'indicatore qualora rilevi difficoltà di monitoraggio e/o incalcolabilità di specifici indicatori, ridistribuendo il peso sugli altri obiettivi.</i> Fonte di calcolo: SAP ECC per l'analisi delle erogazioni e i flussi SDO.	<ul style="list-style-type: none"> • 100 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore superiore o uguale all'80 per cento • 90 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore compreso tra il 79 per cento e il 70 per cento. • 75 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore compreso tra il 69 per cento e il 60 per cento. • 50 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore compreso tra il 59 per cento e il 50 per cento; • 0 per cento qualora l'ente sanitario garantisca un valore dell'indicatore inferiore o uguale al 49 per cento. 	10%